

TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO
SANIDAD Y SALUD PÚBLICA
COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA
SESIÓN N.º 8, CELEBRADA EL VIERNES 19 DE JUNIO DE 2020

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

ORDEN DEL DÍA:

Se abre la sesión.

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

-Don José Felix Hoyo, presidente de Médicos del Mundo. (Número de expediente 219/000195).

-Don José María Martín Moreno, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Doctor en Salud Pública, Epidemiología y Gestión Sanitaria por la Universidad de Harvard (EE.UU). (Número de expediente 219/000196).

-Don Ildfonso Hernández Aguado, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública y director del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández (Alicante). Ex director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social. (Número de expediente 219/000197).

-Doña Margarita Alfonsel Jaén, Secretaria General de FENIN. (Número de expediente 219/000198).

-Don Enrique Castellón Leal, vicepresidente del Colegio de Médicos de A Coruña. Profesor de la Escuela Nacional de Salud. (Número de expediente 219/000199).

-Doña Itziar de Lecuona Ramírez, doctora en Derecho, profesora agregada del Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud y subdirectora del Observatorio de Bioética y Derecho-Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona. Subdirectora del Observatori de Bioética i Dret (OBD). (Número de expediente 219/000200).

La señora **PRESIDENTA**: Buenos días. Se abre la sesión.

El orden del día de hoy consta de seis comparecencias, como todos ustedes saben, y comenzamos con la de don José Félix Hoyo, presidente de Médicos Mundi, al que agradecemos su presencia hoy aquí. Sabemos que ha tenido una actividad incansable y que haya tenido tiempo para estar hoy con nosotros.

Muchísimas gracias y, sin más, le damos la palabra al señor Félix Hoyo.

El señor **PRESIDENTE DE MÉDICOS DEL MUNDO** (Félix Hoyo): Bueno, muchísimas gracias a la Presidencia y a las señorías que están aquí presentes por habernos invitado a esta comisión.

Sí que es cierto que estamos cansados, porque hemos hecho muchísimo trabajo durante todo este tiempo. Desde luego, ha sido para nosotros un honor trabajar dentro de nuestro territorio en lo que estamos acostumbrados a hacer no solo aquí, sino también en otros países del mundo y aportar en

esa experiencia que tenemos con respecto a la actividad en epidemias durante todos estos años.

Bueno, en primer lugar, voy a hablar un poco de la estructuración de la intervención, aunque se ha transmitido un documento en el que más o menos está el índice. Vamos a hablar un poquito de los titulares de alguna de sus señorías, aunque algunas personas incluso han sido socias de Médicos del Mundo ya nos conocen, pero situar un poco a la organización.

Luego vamos a hablar de lo que hemos hecho en esta intervención del COVID en España y en resto del mundo y después hablaremos un poquito de dos ejes fundamentales de nuestra actuación en cuanto a la incidencia política en España, que son el derecho a la salud y la atención a todas las personas, la cobertura sanitaria universal.

Por último, daremos unas pequeñas recomendaciones o lecciones aprendidas, que, aunque no serán completas si podremos aportar más en el futuro, sí que son una parte esencial o una parte que nos parece esencial para analizar cómo ha sido la respuesta en nuestro país.

Lo que nosotros decimos trabajar hacia el futuro: ¿qué hicimos bien, qué podríamos haber hecho mejor y qué podemos todavía haber hecho mejor? Porque la epidemia, por desgracia, todavía no se ha acabado y nos queda un tiempo hasta que todo esto termine.

Bueno, Médicos del Mundo es una asociación independiente que trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas, especialmente para las poblaciones vulnerables, excluidas o víctimas de catástrofes naturales, hambrunas, epidemias, conflictos armados o violencia política o violencia en todas sus acepciones.

Realizamos con nuestra red internacional intervenciones en casi 60 países. Tenemos unos 440 programas. Tenemos 16 delegaciones en todo el mundo que hacen programas locales —es decir, que también trabajamos

habitualmente dentro del territorio español en programas locales— y programas internacionales en los cinco continentes.

Médicos del Mundo tiene una experiencia muy grande en epidemias desde al menos el año 1998, trabajando en epidemias de malaria, dengue, y hemos estado presentes en las epidemias más graves de la historia, incluyendo epidemia de marburg, cólera y ébola en el 2014 y en el 2019, tanto en Sierra Leona como en la República Democrática del Congo.

La verdad es que nunca nos imaginamos que tuviéramos que desplegar en España nuestro conocimiento de intervención en emergencias dentro de nuestro territorio y que tuviéramos que hacer lo que hacemos en muchas otras ocasiones en otros lugares del mundo como un refuerzo institucional al sistema sanitario para hacer frente a una pandemia.

Nuestro objetivo —y ya lo comento con vistas a lo que se pueda preguntar después— es trabajar hacia adelante. Lo que queremos es que podamos terminar con la pandemia lo antes posible, que podamos aprender de todo lo que ha ocurrido, que podamos trabajar para el futuro —y que esto no se nos olvide: para el futuro— y que tengamos los mecanismos de resiliencia necesarios para hacer frente a esta y a otras pandemias que —ya diremos después— es probable que continúen.

Finalmente, quiero decir que Médicos del Mundo tiene una relación preferente con la Asamblea Mundial de la Salud y participan muchas otras redes de derecho a la salud en todo el mundo.

Nuestra asociación en la emergencia COVID ha participado en muchas partes. Ha tenido muchísimas actividades. Una de ellas tiene que ver con una intervención específica en asesoramiento y apoyo en prevención y control de la infección en hospitales de la Comunidad de Madrid, también en los dos pilares de control de la epidemia —luego hablaremos de ello con un poquito más de detenimiento— y hemos accedido con ello a más de 12 000 profesionales sanitarios.

En muchos hospitales seguimos trabajando en ello. De hecho, una parte de nuestro equipo está ahora mismo en el hospital de Leganés y se ha propuesto esta intervención para otros lugares, porque los mecanismos de prevención y el control de la infección son muy importantes en el control de una epidemia. También nosotros hemos trabajado en muchos aspectos, como el Centro de Acogida de Menores de Rostrogordo en la ciudad autónoma de Melilla.

Hemos asesorado a otras oenegés, hemos asesorado a residencias de personas mayores, a escuelas. Hemos trabajado también a través de nuestras dos sedes autonómicas y nuestras dos representaciones en 25 ciudades españolas. Nuestra respuesta con nuestros titulares de derecho habituales ha sido modificada y adaptada para dar respuesta a nuestros programas habituales y a las necesidades provocadas por la emergencia sanitaria y también por las medidas de confinamiento.

Hemos atendido a personas en situación de prostitución, personas sin hogar, en asentamientos informales, inmigrantes sin acceso a la atención sanitaria, que es un elemento clave en las epidemias que luego comentaremos también más despacio. Se han distribuido alimentos, realizado acciones informativas, psicológicas, atención telefónica en más de 10 idiomas, ayudas económicas, ayudas de alojamiento, reparto de mascarillas (**Palabras que no se entienden**) y muchísimas acciones que serían incontables.

Además de todo esto, quiero destacar que muchas de estas personas tienen poco o ningún acceso al sistema de salud y quedan marginadas con la misma enfermedad que puede afectarnos a nosotros mismos. Quedan marginadas del sistema sanitario y pueden constituir un riesgo de rebrote para el futuro, si no están integradas dentro del sistema de salud.

Además, Médicos del Mundo es un actor principal de salud en amplias zonas de lugares en conflicto, incluyendo Ucrania, Palestina, Sudán del

Sur, Siria o Venezuela. Lugares en los que no hay ninguna otra persona, ningún otro actor o actriz de salud, que esté atendiendo a la respuesta, a la emergencia y a la pandemia.

Para nosotros el derecho a la salud es un hecho histórico que proviene o que tiene una amplia trayectoria. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25 reitera la importancia de este derecho y afirma que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar.

El derecho a la salud es concretado posteriormente en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales del año 1996, señalando que los Estados parten del presente pacto, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incorporando una serie de medidas que deben llevar a cabo los Estados para conseguir su realización. Eso está en el artículo 12.

Este pacto junto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos otorgan obligatoriedad jurídica y concretan contenidos en la Declaración Universal.

Ese nuevo enfoque supone un cambio de paradigma para las y los profesionales sanitarios, en la medida que promueve una atención preventiva y no exclusivamente curativa. Además de resaltar los diferentes determinantes sociales que afectan a la salud —y luego entraremos también a analizar un poquito cómo afectan esos determinantes sociales y esa prevención en lo que ha ocurrido en la epidemia—, incorporando una visión holística de la misma. Este compromiso fue renovado y ampliado en la reciente Conferencia de Astaná, siguiendo a la Conferencia de Alma-Ata que sucedió previamente.

En el 2008 se instaló la Comisión de Determinantes Sociales de Salud que preparó los insumos para la Conferencia de Río sobre Determinantes Sociales en 2011 y que aprobó la Declaración de Río, que impulsa desde

una perspectiva salubrista abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud, promover la participación y el liderazgo de las comunidades, promover la gobernanza global —otro asunto bastante importante— y el análisis para fundamentar las políticas y desarrollar las responsabilidades sobre los determinantes sociales tan importantes en esta epidemia.

En septiembre del 2019 los líderes mundiales firmaron una declaración en la que se comprometieron a impulsar las inversiones y reforzar los trabajos para conseguir la cobertura universal de salud tal y como lo marca la Agencia de Desarrollo Sostenible. Esa es una palabra muy importante que repetiremos durante muchas ocasiones en esta presentación: sostenible. Eso es lo que pretendemos hacer con el mundo.

En España el sistema de salud, también el sistema de cooperación, pero el sistema de salud fue una de las principales víctimas de las medidas de austeridad adoptada para hacer frente a la crisis económica del 2008 y estas medidas tuvieron un efecto desproporcionado sobre las personas más vulnerables. Tales medidas no han sido totalmente revertidas en una década después, cuando nuestro sistema de salud se ha visto confrontado a la peor pandemia de las últimas generaciones.

A pesar de que el objetivo del Real Decreto 7/2018 es no dejar a nadie atrás, lo cierto es que todavía siguen existiendo situaciones de exclusión sanitaria que en REDER —que son 300 organizaciones que luchamos contra el Real Decreto 16/2012— seguimos constatando y que todavía no han conseguido que la salud sea igual para todas las personas que están en nuestro territorio.

Creemos que el desarrollo legislativo —y sobre todo a un más ahora, teniendo en cuenta lo que ha ocurrido en esta pandemia— de ese Real Decreto es muy importante y también creemos que siguen existiendo importantes barreras para el acceso al derecho a la salud.

La situación generada por esta epidemia, por el COVID-19, y las restricciones que han acompañado a la declaración del estado de alarma han exacerbado muchas de estas situaciones. Luego analizaremos alguna de ellas.

Así, por ejemplo, la imposibilidad de tramitar una tarjeta sanitaria ha dejado fuera del sistema sanitario a personas que estaban afectadas por la enfermedad y que constituían no solo un riesgo para ellas mismas y un riesgo para su propia salud, sino un riesgo para las demás personas. Eso es una parte que tiene mucho que ver con qué significa inclusión sanitaria. Ante esta situación, lo cierto es que algunas comunidades autónomas, como Aragón y Castilla y León, han dado una tarjeta sanitaria transitoria con carácter temporal a toda la población.

Nos ha parecido esa medida una medida como un ejercicio de responsabilidad por parte de las autonomías que lo han hecho y una buena práctica para tener en cuenta para el futuro mientras dure el estado de alarma, mientras dure la epidemia, porque en las epidemias —e insistiré en muchas ocasiones— la salud de una persona es la salud de todas las personas. Para protegernos necesitamos que todas las personas estén incluidas.

La reforma sanitaria del 2012 introdujo una serie de copagos, que empeoró el acceso a los medicamentos esenciales para colectivos vulnerables, enfermos graves y personas pobres. Los enfermos graves no solamente son personas excluidas del sistema inmigrantes indocumentados, sino que también son personas que están supuestamente incluidas en el sistema y que se quedan fuera de esta protección sanitaria. Existe el compromiso de revisar este sistema de copagos, pero lo cierto es que muchas personas vulnerables todavía están excluidas del sistema sanitario en cuanto a la prestación farmacéutica se refiere.

La exclusión del sistema sanitario —y esto es una parte muy importante que queremos transmitir desde Médicos del Mundo como organización que está intentando trabajar en economía de la salud, que es algo que probablemente será muy importante en los próximos años— no constituye un beneficio económico neto para la población española —ya no me estoy refiriendo a la población extranjera, sino para la población española—, sino más bien un aumento de gasto —como demuestran algunos artículos— como el relacionado con el coste de la exclusión sanitaria de los inmigrantes en situación irregular de la agencia de la Unión Europea de los derechos fundamentales.

Además, tened en cuenta que la sanidad se sostiene fundamentalmente con impuestos indirectos —como el IVA— a los que contribuyen todas las personas que viven en un país y que el gasto sanitario de los inmigrantes jóvenes en su mayoría es menor de lo que aportan. Si se regularizara incluso el mercado laboral, esta aportación podría ser todavía mayor.

Quiero decir que todas las personas que están dentro del territorio español contribuyen con el pago de impuestos indirectos —si no son regulares— al sostenimiento del sistema sanitario, y que las personas jóvenes solamente contribuyen y no gastan. Con lo cual, son una contribución al sistema sanitario español, que es un sistema para todos y todas las personas que residen en el sistema sanitario español.

Lo único que favorece a esta exclusión sanitaria es el crecimiento de un lobby sanitario privado, que es el tercer volumen en la economía del mundo, el tercer negocio en volumen de la economía del mundo después de las inmobiliarias del petróleo. Por eso, de ahí la importancia de sostener sistemas públicos de salud universales basados en impuestos.

No se lleven a engaños, señorías. Excluir a los inmigrantes de la atención sanitaria encarece los costes de esta para todas las personas que residen en el mismo territorio. Cuando hablamos de atención sanitaria, la

universalidad no es solo cuestión de justicia y derechos humanos que — como hemos dicho— ya están recogidos en todos los artículos que hemos firmado como país, sino un elemento fundamental para la eficacia del sistema.

Una sanidad que priorice la prevención otorgando cobertura a toda la población sin exclusiones es una sanidad menos costosa, que reduce el número de hospitalizaciones y minimiza en este caso muy importante los riesgos de salud pública para toda la población. La inclusión fortalece como consecuencia el Sistema Nacional de Salud en beneficio de toda la sociedad.

Hemos estado trabajando durante toda esta epidemia con personas vulnerables que han sido objeto de nuestra intervención —que ya lo son en situación basal— sobre las que queríamos hacer algunas consideraciones.

Con respecto a las personas sin hogar el aislamiento domiciliario nos parece algo bastante complicado, básicamente porque viven en la calle.

Muchas personas están en asentamientos informales, en los que el hacinamiento y las faltas de condiciones mínimas de salubridad —dos tercios de los barrios que existen aquí al lado, en la Comunidad de Madrid y en todas las comunidades en España no tienen acceso ni siquiera al agua potable— hacen virtualmente imposible cumplir las medidas preventivas de distanciamiento e higiene y favorecen, por supuesto, que perduren nuevos brotes epidémicos o este mismo.

Hay que hacer como determinante de salud una solución habitacional para todas esas personas y dar un lugar digno para que vivan y, sobre todo, no solo para que vivan, sino para que protejan a todas las sociedades. Esto es una cosa muy importante.

Con respecto a las personas mayores —y yo creo que es uno de los objetivos de esta comisión— la crisis ha puesto de manifiesto la debilidad de los recursos sociosanitarios y la extrema vulnerabilidad de nuestras

personas mayores, que están teóricamente incluidas en el sistema de salud. Ya diré por qué digo teóricamente.

La situación de los centros sociosanitarios y el cuidado a las personas mayores en España es deficitaria en condiciones basales. Esta crisis ha venido a poner más de manifiesto esta realidad. Esto no solo ocurre en las residencias.

Decenas de miles de personas mayores sobreviven en el domicilio por debajo del umbral de la pobreza, sin acceso real a la salud, porque difícilmente se pueden desplazar desde su domicilio a conseguir medicamentos esenciales a pesar de tener tarjeta sanitaria. Miles de domicilios de personas aisladas y, sobre todo, cuidadoras ancianas.

Hagamos otra vez este enfoque de género a las personas mayores que tienen la carga esencial de los cuidados que recaen en mujeres que cuidan muchas veces a maridos que están en una situación pésima y que nosotros vemos a diario cuando vamos a visitar a personas a su domicilio. Las residencias son variopintas.

El sector público no oferta en absoluto el número de camas necesarias y muchas personas mayores se ven obligadas a invertir su pensión, si la tienen y es suficiente, o a vender sus bienes para lograr el acceso a las residencias o a domicilios adaptados que en muchos casos no cumplen estándares mínimos de cuidados necesarios.

La crisis en las residencias es otra de las consecuencias de la escasa preparación —y luego también hablaremos de ello— en epidemias del sistema sanitario español. Las medidas avanzadas de prevención y control de la infección que se precisan para cortar la cadena de transmisión de las epidemias no son conocidas y han obviado la influencia del ambiente y la transmisión entre personas, sobre todo, asintomáticas y poco sintomáticas.

La primera oleada en las residencias vino de un paciente sintomático, se aislaron a los enfermos, pero entre los sanos había algún caso poco

sintomático o en periodo de incubación que propagaron la epidemia en oleadas hasta el dramático resultado que conocemos.

Es decir, que si queremos (**Palabras que no se entienden**) nosocomial en la residencia, debemos también aislar a los sanos: residentes, personal y ambiente, no solamente a los enfermos. Esto choca muchas veces con la estructura física de muchas residencias, haciendo esta acción prácticamente imposible.

Respecto a las personas trabajadoras en asentamientos informales —que hemos trabajado mucho con ellas, sobre todo en la zona de Andalucía, en Almería— solo cabe relatar las palabras del relator especial de Naciones Unidas sobre la extrema pobreza, sobre las terribles condiciones en los asentamientos de chabolas en España y que decía textualmente: “Me encontré con trabajadores en asentamientos en condiciones que compiten con los peores que he visto en cualquier parte del mundo. Además, soportan una elevada carga de estigmatización social que les hace todavía llegar de forma más difícil a entrar dentro del sistema sanitario. Cosa tan importante dentro de esta epidemia.”

Existen muchas barreras administrativas, de idiomas y culturales para el acceso sanitario, que no se han valorado especialmente. Me he encontrado a personas que no hablaban el idioma y no tenían capacidad de transmitirme con ellos atendiendo a pacientes en el hospital, porque también soy un médico asistencial y he estado atendiendo a personas. He estado atendiendo en la fase más dura de la epidemia a las personas en los hospitales en España. Nos hemos encontrado con esas dificultades y con que eso es un riesgo para ellas mismas y para todo el mundo. También, la atención telefónica, que es muy complicada.

En cuanto a las personas en situación de prostitución, plantearse que la situación de explotación sexual de miles de mujeres ha hecho que se hayan visto obligadas a mantener su actividad con el riesgo de contagio y la falta

de protección contra el virus. Sin olvidar que muchas de esas personas son víctimas de trata de personas que no afloran a la superficie.

La mayoría de las personas que están en situación de prostitución la ejercen bajo presiones y es un elemento fundamental a tener en cuenta, porque muchas mujeres prostituidas lo que han hecho ha sido agravar la deuda que mantienen con sus captores en clubs en donde se obliga a mantener esta actividad, que es una actividad que claramente, para nuestra organización, está en contra de los derechos fundamentales de las mujeres, está en contra de los derechos humanos y se considera una forma de violencia de género. No han podido acceder tampoco a prestaciones, porque no existen, a prestaciones básicas que en principio les deberían ser reconocidas como el Ingreso Mínimo Vital.

Las medidas de aislamiento —que también querríamos llamar la atención sobre este asunto— no han contemplado un plan específico para víctimas de violencia de género que han tenido que convivir, y esto lo sabemos de primera mano, con maltratadores dentro de un propio domicilio sin poder desplazarse.

No se ha creado el entorno de darles una posibilidad de escapatoria especial de protección o jurídica. Muchas veces las leyes que se crean no llegan a la sociedad y sería muy importante, hablaremos después también, de la perspectiva comunitaria de las leyes (**Palabras que no se entienden**) qué realmente llega a las personas. Eso es una parte muy importante.

También es cierto que se requiere una respuesta eficaz para controlar todos los instrumentos médicos y elementos preventivos. Hemos visto que había déficit de respiradores, de camas de cuidados intensivos, pero también mascarillas, equipos de protección individual, de tratamientos. En su momento ya veremos cómo se distribuye si la hay —ojalá la haya y la haya pronto— una vacuna de forma gratuita para proteger a toda la

sociedad. Insisto en que en las epidemias el riesgo de una persona es el riesgo de todas las personas.

No podemos mantener la misma dinámica que mantenemos hasta ahora, en la que las leyes de mercado dictan la fijación de los precios de los medicamentos, tratamientos y demás instrumentos médicos, **(Palabras que no se entienden)** del acceso rápido y en el que las consideraciones financieras —más allá que en la salud pública— orienten dónde y cuándo deben estar disponibles los productos.

Como desgraciadamente estamos viendo, una crisis de salud puede paralizar el mundo. Es esencial —y esto es otra de las ideas que tenemos— un pacto por el sistema de salud. Renovar el pacto por el sistema de salud y que sea amplio, estable e inclusivo y que blinde estepreciado bien —que ahora lo vemos más que nunca— de los vaivenes políticos. Algo que esté por encima de los vaivenes políticos y de la situación que quede después de cada una de las elecciones. Lo estamos viendo muy claro, no lo olvidemos para el futuro. Creo que es una responsabilidad nuestra hacer esa reflexión.

En cuanto al análisis de la respuesta COVID en nuestro territorio, lo que sí que hemos visto desde Médicos del Mundo y como organización experta en epidemias es que no existe. El sistema de salud en España es un sistema muy eficiente. Estamos llegando al límite de la eficiencia. Para tener eficiencia hay que tener unos ciertos gastos en gestión y la perla del Estado del bienestar —de la que siempre hablábamos y exportábamos a otros lugares— está en situación crítica.

Hay que hacer una inversión decidida en el sistema de salud. Estamos en situación crítica. Eso que decíamos de somos uno de los mejores sistemas de salud del mundo, estamos llegando a un momento en el cual esa afirmación —que era tan buena y de la que estábamos tan orgullosos y orgullosas— está en riesgo.

Es cierto que esto igual tampoco era una inversión básica: nunca hubo una inversión en programas de reducción de riesgo en desastres epidémicos en España. En España teníamos epidemias que eran la gripe, algún caso de sarampión, epidemias de meningitis, pero no pensábamos que esto nos fuera a ocurrir. De la misma manera que si ocurriera un terremoto en Madrid, morirían cientos de miles de personas y en Japón, con la misma intensidad de terremoto, prácticamente no morirá nadie. No tenemos en muchos países occidentales y en España, por supuesto, un sistema de reducción de riesgo epidémico.

Por eso, como organización experta en epidemias, habiendo trabajado en la mayoría de las epidemias mundiales que han ocurrido en los últimos 30 años, nos gustaría compartir un análisis desde el punto de vista de los pilares de la respuesta a la epidemia, identificados por la OMS y ya constatados en el plan del 3 de febrero de este año y que —digamos— podrían mejorar con vistas al futuro —al futuro próximo— y con vistas a trabajar para ese futuro la planificación del resto de la epidemia.

El primer pilar de la respuesta a la epidemia se llama coordinación, planificación y supervisión a nivel de país. Es estrictamente necesario y nosotros trabajamos siempre en cualquier contexto epidémico con la formulación de un plan estratégico global, que tiene una batería de objetivos, indicadores específicos y una medición de esos indicadores para dar respuesta a la emergencia sanitaria y la consecuencia crisis social y económica.

Ese plan nunca ha estado claro e instamos al Parlamento a tener ese plan. No estamos hablando de los Gobiernos autonómicos, no estamos hablando del Gobierno estatal e instamos al Parlamento en su conjunto a tener ese plan. Queremos recordar que también para ese plan la OMS dice que se deben incluir a la sociedad civil, a las ONGs nacionales, para ampliar el alcance en salud pública y en las intervenciones socioeconómicas. El plan

estratégico debe servir de referencia a futuras epidemias y debe incorporar una línea de formación continua a personal sanitario clave que no existía, porque no existía esa reducción del riesgo en desastres epidémicos.

Es importante que haya una coordinación única asesorada por expertos. Coordinación única no significa que esté coordinada por un solo grupo, sino que tiene que ser una coordinación única, asesorada por expertos, que ponga el bien colectivo por encima de los bienes particulares y que el plan definido tenga una evaluación continua que nos permita ahondar en cada uno de los puntos que fallan en la respuesta epidémica.

En cuanto a la comunicación de riesgos y participación de la comunidad, es imposible controlar una epidemia si la comunidad no participa. Ha habido una sobreinformación que la OMS ya sabéis que llama infodemia, que es una sobrecarga de información, muchas de ellas precisan y la mayoría no precisa. Esto ha hecho que la comunicación de riesgo entre la población, incluso entre la población sanitaria, no haya producido ese efecto necesario que tiene que conllevar que la población se adhiera a las medidas que se le presentan. Un ejemplo muy claro es: ¿qué ocurrió cuando se cerraron las universidades? ¿Cómo se interpretó que aquello era una fiesta? Y eso es comunicación de riesgo.

Para ello, se deben utilizar portavoces oficiales que trasladen mensajes unívocos, firmes, claros, exentos de contenido político, sostenidos en evaluaciones claramente técnicas de los datos existentes, que puedan reconocer que hay cosas que se saben, cosas que se van sabiendo y cosas que no se saben, y que no hay que ponerles una respuesta, sino que simplemente no se sabe y que dejen esa claridad. Esos mensajes deben estar antropológicamente adaptados a la población. No es lo mismo transmitir información de riesgo en España que transmitirla en Japón o que transmitirla en los países nórdicos.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, todavía en los últimos informes que se hacen con respecto al seguimiento de los casos y seguimiento de los contactos o aquellos famosos rastreadores —que les hemos puesto ese nombre aquí en nuestro país— si se están utilizando relativamente pocas herramientas gratuitas validadas por la OMS, como por ejemplo *Go.Data*, que permite un seguimiento muy claro. Sorprendentemente, lo que nos encontramos es a personas, a preventivistas que están utilizando bloques de papeles para hacer el seguimiento de los contactos.

No estamos en ese momento histórico. Tenemos que adaptar nuestro sistema informático, o sea, adaptar aplicaciones informáticas para el seguimiento de todo esto que es tan importante. La clave en este momento es el seguimiento de los casos y la identificación y aislamiento, en su caso, de los contactos. Esto es la clave para lo que va a ocurrir en los próximos meses.

También tenemos que buscar medidas sociales y psicosociales para las personas que son dadas de alta. Buscar hasta dónde van, después de salir de los hospitales con una PCR positiva: ¿dónde van a vivir se pueden cumplir medidas de aislamiento? Esto no es una imaginación nuestra, sino que se hace en otros países. Lo hemos hecho en Sierra Leona. Creo que se puede hacer también aquí y no habría ninguna dificultad.

Es cierto que se recomienda esa puesta en marcha y, sobre todo, reforzar para esa puesta en marcha al eje fundamental del sistema sanitario, que es el sistema de atención primaria y que son las personas que tienen contacto directamente con las familias, con los enfermos, y que son las personas que deberían estar encargadas del seguimiento de los casos y del rastreo e identificación de los contactos.

Tenemos que controlar los puntos de entrada con un plan multisectorial de puntos de entrada, que implica establecer mecanismos de punto de

entrada no solo en los aeropuertos —que se está hablando ahora—, sino también en todos los centros comunitarios, como por ejemplo el Congreso. Por supuesto, en los hospitales y en centros asistenciales, instalación de sistemas estandarizados de control de puntos de entrada que permitan disminuir progresivamente el riesgo y de llegar a un riesgo más o menos cero de asistencia de personas o profesionales trabajadores que vayan a su trabajo con un triaje positivo.

Hay que establecer equipos de respuesta rápida para responder a cada uno de estos sistemas de control de la epidemia, aumentar o estandarizar las directrices realizadas de test de laboratorio y las directrices para los test.

En nuestro país ha aumentado el número de test que se hacen. Ahora somos uno de los países del mundo en el que a mayor número de test por millón de habitantes se realizan, pero no hay una estandarización del uso de estos test y debería hacerse una formación general —insisto— en el enfoque comunitario. No solamente plasmar sobre papeles instrucciones que están claras, sino asegurarse de que esas instrucciones se utilizan con enfoque comunitario. Médicos del Mundo aporta la recomendación general de emergencias de que los planes de contingencia no son suficientes, aunque sean muy buenos, si no se refuerzan o ejecutan a nivel comunitario.

En cuanto a la prevención y control de la infección, más de 50 000 personas del sistema sanitario público se han contagiado en este tiempo. Eso significa que alguna parte del sistema de control y prevención de la infección ha avanzado y dentro de los recursos asistenciales ha fallado.

Es necesario la creación de un equipo de **(Palabras que no se entienden)** o de crear las normas estándares básicas para esa prevención y control de la infección.

Es cierto que está costando trabajo construir circuitos estancos, circulaciones, triaje, puntos de entrada, limpieza, distribución de áreas, descontaminación, manejo de muestras de farmacia, de cocina, de lencería

y otros sectores que son esenciales para completar el marco de protección en el sistema sanitario.

En cuanto a la gestión de los casos, el sistema sanitario se ha visto bloqueado en algunos lugares de nuestro país y hay que garantizar la continuidad de los servicios esenciales, porque muchas veces en la epidemia se producen más muertes por enfermedades comunes que por la propia epidemia.

El sistema de salud se ha visto bloqueado en muchos lugares de la geografía española y debemos planificar las camas suficientes antes de que se llenen los hospitales, antes de que se llenen los recursos asistenciales, antes de que cerremos los recursos asistenciales para que podamos seguir atendiendo a las enfermedades basales con seguridad para el sistema sanitario. No se trata tampoco de crear nuevas camas de agudos o de cuidados intensivos, sino que con medidas de prevención adecuadas estas no tengan que abrirse.

Es muy importante el enfoque psicosocial para las personas que han estado sufriendo toda esta emergencia. El personal sanitario con el que convivimos día a día ha pasado una crisis muy grave y todavía no se ha recuperado. La cuarta oleada pandémica —la que tiene que ver con el enfoque psicosocial— empieza justo cuando acaba la oleada epidémica o la principal oleada epidémica. Es necesario hacer sistemas de enfoque psicosocial proactivos para recuperar tanto a la población como a los recursos sociales y sanitarios que han sufrido tanto durante esta epidemia.

Por último, quiero recordar que, en cuanto a gestión logística, adquisiciones y suministros es muy importante crear líneas locales de producción que se podrían haber aprovechado más en el sistema sanitario en España. Dentro de todas las comunidades autónomas de España hay una excelente industria que podría haber producido equipos de protección individual o incluso test de calidad. Gestionar adecuadamente el uso de los

equipos de protección individual que en algunos casos se han sobreutilizado, reciclarlos de forma segura con las instrucciones de la OMS si es necesario, aunque en principio no deberían ser reciclables y tener preparado un stock suficiente antes de que se acabe ese stock.

Por último, plantear que es importante trabajar en dos cosas que son fundamentales para el futuro. La primera es que vivimos en un mundo interrelacionado. Hemos hablado de ello durante la epidemia de gripe A, el SARS, el MERS, el ébola. Muchas otras enfermedades que nos han hecho ver que el que haya muchos casos de coronavirus en América Latina o en África ahora mismo nos va a afectar de vuelta y que tenemos que invertir en los lugares del mundo donde no se llega a esos sistemas de salud resilientes y que tienen una salud pública suficientemente dotada o mínimamente dotada.

Personas que sobreviven con 9 dólares por persona y año a países que sobreviven con 9 dólares por persona y año. Ya sabéis que España está entre 1300 y 1600 y ese sistema de salud no es resiliente. El riesgo aquí es el riesgo aquí. Hay que invertir.

Ayer una buena noticia con respecto a esta y esperemos que sea verdad, porque se ha prometido otras veces: los programas de acción humanitaria. La cooperación española debe recuperarse y debe poner a España en el lugar que le corresponde en el mundo, y la imagen de la marca España depende de esto. Los impuestos deben ser utilizados para el bien común de las comunidades que los aportan y no son propiedad del Estado, sino de las personas.

El cambio climático va a producir —si quieren después en la parte de preguntas puedo ampliar esa información— mayores riesgos epidémicos en todo el mundo. Esta no va a ser la última epidemia o estadísticamente es posible que no sea la última epidemia a la que nos enfrentemos.

Por último, resulta imprescindible cumplir nuestras propias responsabilidades, las responsabilidades individuales, y como colectivo — que tenemos titulares de responsabilidades como las organizaciones no gubernamentales— también reclamar las suyas, señorías: representantes elegidos por la comunidad en nuestro sistema político para que cumplan con sus responsabilidades con una visión más allá de los sondeos electorales o de quien vaya a ganar las próximas elecciones. Sería muy importante que lo hiciéramos.

Hay una serie de recomendaciones que tienen que ver: con reforzar el sistema de salud pública; con velar que la salud sexual y reproductiva no se vea mermada por la inversión que se va a hacer en todo esto; con incrementar significativamente y de forma equitativa y cohesionada...

La señora **PRESIDENTA**: Perdone. No vamos a tener tiempo.

El señor **PRESIDENTE DE MÉDICOS DEL MUNDO** (Félix Hoyo): Voy, 2 minutos y ya está.

La financiación sanitaria; con promover reformas legales necesarias para asegurar el acceso universal a todos los recursos sociales; con fortalecer la inversión en I+D; con el compromiso de transparencia y buena gobernanza en el acceso universal a medicamentos; con reforzar la atención primaria y comunitaria y reforzar las inversiones en la red hospitalaria; potenciar la salud pública; compartir experiencias entre comunidades autónomas y ministerio en cuanto a la gestión de la epidemia; creación de un fondo de reservas estratégicas de material sanitario; fomentar la formación en gestión de epidemias; contar con un plan estratégico global y protocolos de coordinación entre las comunidades autónomas; esa formación muy importante en todas esas cuestiones que he comentado sobre pilares de respuesta a la epidemia; definir el rol del sector público; desplegar

campañas públicas diseñadas por personas expertas en marketing y publicidad; reforzar la capacidad comunitaria de la respuesta epidémica; mejorar la respuesta tecnológica; reforzar la capacidad estructural; crear equipos de respuesta rápida; aumentar el presupuesto de cooperación internacional; desarrollar un plan de acción climático; planificar el repuesto comunitario de los planes de contingencia. Agradecer, finalmente, y pedir de nuevo ese pacto por el sistema de salud amplio, estable y resiliente.

Agradecer a los líderes y lideresas políticos y a las personas técnicas que han primado la protección de la población sobre los intereses particulares desde las propias formaciones, al personal sanitario y no sanitario de los centros asistenciales que han realizado un esfuerzo desmesurado muchas veces incluso por encima de sus propias posibilidades para tratar a pacientes y confortar a familiares durante toda la epidemia, a todas las personas que han contribuido con su esfuerzo y compromiso durante el confinamiento y contribuirán a la nueva normalidad en el control de la epidemia hasta que todo esto acabe.

Finalmente, a ustedes, señorías, al grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública, constituido en el seno de la Comisión de Recuperación Social y Económica, por habernos invitado a esta sesión y haber escuchado a Médicos del Mundo, aunque sentimos haber sido un poco largos en la exposición y esperamos que nos dé tiempo a hacer preguntas.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. (*Aplausos*).

Discúlpeme porque tenemos el tiempo muy tasado, pero bueno, seguro que ahora los portavoces son breves.

Creo que por Teruel Existe no hay nadie.

Por el Partido Regionalista Cántabro, Foro, Unión del Pueblo Navarro, Nueva Canarias, Coalición Canaria, Candidatura de Unidad Popular, Grupo Euskalerría Bildu tampoco.

Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta, y oído cocina: seremos breves como usted manda. Gracias por las explicaciones, señor Hoyo, y por la documentación aportada.

Usted ha dicho que después de la oleada de la pandemia empezará la oleada psicosocial. Las consecuencias que tendrá sobre la salud mental están siendo algo que se está abordando y planteando en reiteradas ocasiones por distintos ponentes y también en esta comisión y en la grande, por ejemplo.

Ayer el doctor Mata Sanz planteaba el necesario reconocimiento, por ejemplo, de especialidades como la de enfermedades infecciosas de urgencia. Le plantearía también que hay una especialidad, la de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, que no está reconocida como tal.

Si no le parecería a usted que además de incluirse esas específicas de enfermedades infecciosas también por esas consecuencias que esta pandemia ha tenido y en el futuro puede tener el confinamiento y las situaciones que se están viviendo, no hay otras especialidades que también se deberían contemplar.

También usted hablaba —y también en otras ocasiones se ha hablado— de la necesidad de incorporar nuevos profesionales para poder atender este tipo de situaciones críticas, este tipo de crisis sanitarias. No sé si podría concretar desde su perspectiva cuáles son, en concreto, esas nuevas profesiones sanitarias que deberían incorporarse al sistema porque no existen actualmente.

En cuanto a casos importados: ¿cómo podrían ustedes y cómo podría intervenir? Se dice que es uno de los grandes riesgos para el control de la pandemia y que es muy difícil controlar estas situaciones en las fronteras. Digamos que hay que intervenir en origen.

¿Cómo se puede hacer para que algunos países realmente tengan estrategias de control en origen acertadas? ¿Qué se puede hacer desde aquí? ¿Cómo se puede colaborar y reforzar esa estrategia de control, que al final es una forma de que todo el sistema y todo el mundo esté de alguna forma protegido?

Usted ha hablado también de herramientas gratuitas en cuanto a la trazabilidad. Algunas de ellas que, por ejemplo, la OMS pone a disposición y no se están utilizando. Sin embargo, vemos que las distintas administraciones están haciendo un esfuerzo inversor, de innovación y de acertar en el desarrollo de algunas herramientas para lograr acertar con la trazabilidad. ¿Cómo pueden colaborar en todas esas cuestiones? ¿Por qué se está fallando y usted dice que estamos viendo gente que está trazando con un dossier de papel eso, con papel y bolígrafo?

Hablaba usted de las personas recién llegadas. Compartimos, por supuesto, el planteamiento de que la sanidad tiene que ser universal. Eso es lo que nosotros, en la medida de las posibilidades, desde Osakidetza y desde donde estamos gobernando procuramos hacer: atender a las personas recién llegadas en condiciones de igualdad.

Por último, hablaría de los determinantes de la salud. Usted estaba diciendo lo importante que es como el confinamiento en este tipo de pandemias afecta de distinta forma a personas, sobre todo a colectivos vulnerables que usted ha referido. No sé si hay medidas concretas que pudiera decirnos los determinantes de la salud que podamos ir planteando para abordar con más acierto la estrategia de respuesta.

Por último, en el ámbito de la cooperación internacional: ¿cómo les ha impactado la pandemia? ¿Cómo han vivido ustedes esto? Ayer la ministra presentó la estrategia de cooperación de respuesta conjunta: ¿desde la cooperación cómo lo valoran y si han participado en ella?

Sin más, gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Hoyo, por comparecer en este grupo de trabajo y por sus amplias aportaciones.

Lo primero, queríamos mostrar nuestras condolencias a todos los que han perdido un ser querido, especialmente por su presencia aquí, a todos los del ámbito sanitario, y asimismo decirles que prestan una ayuda impagable, incluyendo también a los voluntarios.

Por su ámbito de responsabilidad, su intervención ha sido especialmente valiosa. Especialmente valiosa en cuanto a los colectivos más vulnerables, algo que todos conocemos. Nuestros mayores se han mostrado como el colectivo más vulnerable, con el que más fallecidos ha tenido desgraciadamente.

Nos surgen muchas dudas —dudas con las cifras—, pero a toda España le surgen. Por eso, ¿qué datos manejan ustedes en el ámbito en el que ha sido su trabajo en cuanto a contagios y fallecidos? ¿Cuál cree usted que es el problema entre la contabilización del Estado y las comunidades autónomas?

Como profesional sanitario del ámbito de la ayuda a los colectivos más desfavorecidos, como ya he dicho: ¿cuáles creen que serían las medidas más urgentes y las más adecuadas para garantizar que esto no volviera a

sucedir entre esos colectivos? ¿Qué opina de la presencia permanente de personal de enfermería supervisada por los equipos de atención primaria en residencias de ancianos?

Habla de crear una reserva estratégica de material sanitario para estar además preparados ante lo que parece que ya va a ser cada vez más seguro un rebrote. Estamos totalmente de acuerdo. En esta misma línea, mi grupo parlamentario ha propuesto la creación de un cuerpo de reserva de personas con capacitación médica. ¿Cómo valora usted esta propuesta?

Una última cuestión: ¿cree que deberíamos prever y facilitar un proceso de duelo —lo estábamos hablando hace un momentito— para los millares de familiares que han perdido a un ser querido sin siquiera poder despedirse? Hemos cortado ese duelo. De hecho, no se está ni celebrando. ¿Cree que deberíamos preverlo?

Sin más, —voy a ser muy breve—, le agradezco su comparecencia, las aportaciones y las respuestas.

Muchas gracias

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Republicano.

La señora **VALLUGUERA BALAÑÁ**: Sí, buenos días. Gracias por la comparecencia.

Me parece que usted ha tenido poco tiempo para explicar su visión de cómo irá el cambio climático. Por tanto, le voy a ceder todo mi tiempo solo haciendo tres preguntas diríamos.

Primero, el análisis que hace de la situación de irregularidad de las personas vinculadas a la salud nos parece fundamental. Por tanto, si pudiera aportar algún tipo de solución que...

¿Perdón? Sí, el análisis de cómo impacta la situación de irregularidad de gente que tenemos en el país a todo el sistema de salud y a ellos mismos, obviamente. Nosotros estamos con la regularización ya, pero si esto no fuera posible, porque legislativamente no conseguimos que se derogue la Ley de Extranjería: ¿cuáles podrían ser otras soluciones, como mínimo temporales?

El otro elemento. Me ha gustado mucho —y si pudiera extenderse un poco más— la vinculación que hace con las situaciones habitacionales que también forma parte al final de cómo es la calidad de salud de los ciudadanos.

La tercera y penúltima en cuanto a las fronteras. Hemos oído por activa y por pasiva que el virus no entiende de fronteras. Esto es que decía básicamente referido a las comunidades autónomas, pero si no entiende de fronteras, no entiende de ninguna frontera. Entonces, la pregunta es: ¿cree usted que los planes deberían ser a nivel europeo, continental o, incluso, global-mundial?

El último elemento, el de la cooperación, que también nos parece fundamental: ¿cuál cree que debería ser la parte del PIB dedicado a cooperación, por favor?

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 Hoyo.

Quiero destacar unas cosas que ha dicho usted: que la enfermedad es un hecho social, que la salud también es un hecho social —y más en una pandemia, es evidente— y que hemos recibido esta pandemia padeciendo

los efectos de las políticas de austeridad que han afectado fundamentalmente a nuestro sistema nacional de salud con unos recortes brutales desde hace 10 años.

Entonces, nos encontramos con un sistema débil. Ahora nos lamentamos todos de no tener una sanidad y una salud pública que funcione, en fin, todos estos años diciendo. “Hay que recortar, recortar y a los que no tienen papeles o a los que no contribuyen quitarles el derecho a la sanidad a no ser que vayan de urgencias.”

Claro, los inmigrantes, aunque no tengan papeles, no es cierto que no contribuyan, O sea, con los impuestos indirectos contribuyen. Cosa que nunca se destaca. Es como si fuera una caridad: se les da porque es un ser humano y no lo vas a dejar que se muera en la calle, pero lo atiendes de urgencias. Pero es que sí que contribuyen con sus impuestos indirectos. Cosas que nunca se dicen pero que es importante resaltar. No tienen tantos derechos como el resto.

En el aspecto de la prevención, como es lo único que parece que podemos hacer o **(Palabras que no se entienden)** a una pandemia: la prevención. No solo a una pandemia nueva, sino a un rebrote. Pero nos encontramos con que esa prevención, esas medidas de prevención, al no tener un sistema potente, es difícil de llevar adelante. Todo esto como consecuencia de una falta de inversión brutal en sanidad en general, globalmente.

Bueno, entre medidas de **(Palabras que no se entienden)** —se lo he dicho esto por el contexto—, quería preguntarle: ¿de qué manera se puede —de una manera inmediata— aplicar medidas de prevención en colectivos en esta situación, como los que están debajo un puente?

Otra pregunta sería el copago como medida de inequidad en salud. ¿Cree usted que el copago, si es que es necesario el copago, debe basarse en el nivel de renta y no en la edad o en la situación laboral?

Otra cosa que quería: ¿piensa usted que hay posibilidades de financiación —posibilidades reales según el comportamiento de Europa— y podamos reforzar el sistema nacional de salud de una manera real? ¿Se lo cree usted?

Gracias.

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

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Buenos días, doctor Hoyo. Bueno, no nos ha dejado mucho tiempo para preguntarle. Entonces, le voy a preguntar brevemente, si me permite.

Lo primero quiero felicitarle. Médicos del Mundo ha hecho una labor espléndida, hay que reconocerlo, porque seguro que ha evitado muchas muertes, y aprovecho para expresar mis condolencias a todos los que han tenido familiares fallecidos.

Quería preguntarle si usted ha asesorado al Gobierno en algún momento. Esa es la primera pregunta.

Ustedes han pedido la regularización del inmigrante entre los inmigrantes que están de forma ilegal en España incluso durante la pandemia y la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de todas las personas. Es decir, si no me equivoco, incluso en un momento de pandemia, nuestra interpretación de que de alguna forma ustedes colaboraban a un efecto llamada.

Supongo que el objetivo fundamental de Médicos del Mundo es desaparecer y que no sea necesario, ¿verdad? Eso sería el momento ideal. Espero que eso se cumpla.

Le quería preguntar lo siguiente: usted el 28 de febrero en La Sexta dio unas explicaciones muy exhaustivas, mostrando su conocimiento sobre el

COVID-19. ¿No alertó usted a las autoridades sanitarias españolas de lo que se nos venía?

Usted dice que hay una debilidad estructural de nuestro sistema sanitario y al mismo tiempo aboga incluso en este momento que estamos en epidemia. No olvidemos, no hablemos en pasado. Estamos en una epidemia. Puede ser que esto se convierta en endémico. Bien.

Entonces, un Gobierno que no ha sabido ayudar a los españoles, que no ha protegido a los sanitarios, que no tiene una táctica correcta a nuestro modo de ver en PCR. ¿Usted cree que está en condiciones de prestar una sanidad universal a todos los habitantes de la Tierra? Conteste, por favor, sinceramente a esto.

Por supuesto que en una epidemia hay que facilitar aquellas medidas sanitarias para todas las personas que estén en una población, de forma que no padecen la enfermedad y no se conviertan en contagiadores. Parece que la iniciativa que ha tenido en Castilla y León a nosotros nos parece muy bien, siempre que sea transitoria.

Porque, mire, la realidad es que con estas medidas ustedes generan un efecto llamada, pero no para curarse de esta enfermedad, huyendo de esta epidemia que todavía existe y que va a existir durante mucho tiempo en África, por ejemplo, sino que además no solamente les ofrecen esa detección de la enfermedad o esa cura de la enfermedad.

Por ejemplo, soy hematólogo, la experiencia de nosotros es que los inmigrantes irregulares venían a Murcia en las pateras con una radiografía con lesiones osteolíticas y lo primero que decían era: “Yo tengo mieloma, yo quiero un trasplante.” Eso es la verdad. Entonces, eso es la verdad que ustedes ocultan a los españoles, que así de esta forma van a hacer un efecto llamada.

La misma OMS aclara que —eso está en sus documentos. No me lo estoy inventando— tiene su concepción. La cobertura sanitaria universal no

significa una cobertura gratuita de todas las intervenciones sanitarias posibles, porque ustedes ocultan el deseo de una cobertura universal y gratuita.

¿Usted cree realmente que no es una irresponsabilidad en estos momentos pedirles a los españoles más sacrificios y generar un efecto llamada con la trata de inmigrantes irregulares que van a ser sometidos a la esclavitud?

Así que le agradezco mucho lo que Médicos del Mundo ha hecho, de verdad, en nombre de nuestro grupo, pero si tiene tiempo y seguro que conocimiento, aunque ya sé lo que me va a decir —creo yo—, si tiene tiempo, contésteme.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular.

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

Doctor Hoyo, quiero agradecerle sus aportaciones, la documentación que nos ha remitido, muy amplia, y, sobre todo, que nos haya transmitido esta mañana esas lecciones aprendidas que ha compartido con nosotros y que es la clave de esta comisión para poder llegar a lo que nuestro presidente denominó en su momento pacto Cajal, que creo que es fundamental que tengamos un pacto por la salud y por la salud pública y la sanidad en nuestro país.

Quiero que transmita a todo su equipo y a los trabajadores y voluntarios de Médicos del Mundo nuestro agradecimiento por el trabajo que hacen, no solamente lo que han hecho junto con los sanitarios salvando vidas y recuperando la salud de las personas en Madrid y en el resto de España,

sino también la labor que ustedes hacen a nivel de los países con más problemas.

Creo que quizás de las personas que han pasado por esta comisión, la que probablemente tenga más experiencias en contingencias y en actuaciones de emergencia frente a catástrofes, tanto de carácter natural como de carácter infeccioso en brotes, epidemias y pandemias, sea probablemente usted.

Quiero decirle que hemos estado siguiendo muy detalladamente lo que ustedes han estado haciendo con los colectivos más vulnerables, con los socialmente excluidos, el hospital de campaña del Gregorio Marañón. A mí me ha impresionado mucho las palabras que usted dijo también en una de sus entrevistas: “Los sanitarios están trabajando por encima de sus posibilidades. Están al límite”.

A lo largo de todos estos días hemos visto, por las propuestas que hacían los diferentes expertos, que es lo que ha fallado. Desde luego, ha fallado la puerta de entrada que usted ha hecho referencia a ella, la detección temprana, el retraso en la toma de decisiones, las debilidades brutales que tenemos en salud pública, el colapso de los hospitales, la infrautilización de la atención primaria, la falta de test, equipos, diagnósticos, materiales, camas, UCI.

Sobre todo, quizás los efectos que ha habido en la atención a los más vulnerables y a los excluidos, y en lo que parece que todo el mundo está de acuerdo es que nuestro magnífico sistema nacional de salud ha resistido y los profesionales se han adaptado tanto en atención primaria como en atención especializada de una forma rápida.

Dentro de las aportaciones que usted ha hecho, porque hace un montón de propuestas, muchísimas, me ha llamado la atención y me parece interesante el plan estratégico global frente a pandemias y catástrofes. Hace mucho hincapié en la comunicación de los riesgos y en que haya una

participación de la comunidad en el seguimiento de las pandemias y la mejora y la automatización casi inmediata del Sistema de Vigilancia Epidemiológica con esa referencia a la plataforma *Go.Data* de la OMS que no se está utilizando.

Claro, estar como estamos en este momento en una situación —y aprovecho para dar las gracias a los sanitarios— y tener un recuerdo con los que, según el Instituto Nacional de Estadística en el exceso de mortalidad podemos estar por encima de los 45 000 fallecidos y 52 000 sanitarios. Es que hay profesionales que me dicen a mí que están trabajando con palote todavía, cuando tenemos terminales de electrónica donde se podían computar los datos de una forma inmediata. No sé porque el Gobierno se empeña en ocultar los datos de mortalidad que es realmente lamentable.

Le quería hacer unas cuantas preguntas. La primera es si considera que el control de puntos de entrada —que usted ha hecho una referencia tanto antes— en los meses de enero, febrero y principios de marzo, hasta que se declaró la alerta el día 14 y lo que se está haciendo ahora en el desconocimiento considera que es adecuado.

Usted ha hecho referencia a que tuvieron que repartir más de 14 000 mascarillas entre los más vulnerables. ¿Considera que deberían ser gratuitas? No ahora, sino más adelante, porque probablemente tengamos que estar hasta finales de año utilizándolas y eso es un cómputo de dinero para muchas familias absolutamente inaceptable.

Usted hablaba de una especie de equipo de intervención rápida. Nosotros consideramos que sería necesario la creación de un **(Palabras que no se entienden)** nacional de profesionales especializados que pudieran actuar en un momento determinado ante un brote o una actuación como la que ha ocurrido en este momento y que estuviera perfectamente preparado para algo de estas características.

También hemos pensado que había que apoyar a los sanitarios con una paga extra que se debería darse a todos los sanitarios. Creemos que lo que usted ha hecho y nosotros también lo compartimos: que hay que reclamar al Gobierno un protocolo especial de apoyo psicológico, no solamente a los profesionales que están en una situación de estrés, agotamiento físico y psicológico importante, sino también a la población general, acompañarles en ese duelo tremendo que tienen, porque no han podido llorar a sus muertos ni sentirse acompañados y abrazados por los familiares.

Le iba a hacer ya para terminar una pregunta que me parece interesante. ¿Usted considera por la experiencia que tiene usted y su equipo en el tema de grandes pandemias, epidemias y catástrofes que los países desarrollados han infravalorado la gravedad de la pandemia y que esto ha causado un retraso letal en la toma de decisiones, especialmente, en los países más desarrollados, y que ha sido por un ataque de soberbia pensando: “Esto no nos va a pasar a nosotros”?

Ya para terminar: ¿disponen ustedes de datos sobre si la incidencia, prevalencia y mortalidad ha sido mayor en los colectivos socialmente excluidos y más vulnerables en nuestro país?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista.

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

Doctor Hoyo, bienvenido a esta Comisión de Reconstrucción a este grupo de trabajo de Sanidad y Salud pública.

Bueno, quiero que mis primeras palabras sean siempre para expresar nuestras condolencias por todas las personas fallecidas a lo largo de esta pandemia, causada por esta enfermedad, por la COVID-19, especialmente,

ya que usted es médico, a aquellos compañeros que lamentablemente han fallecido por su trabajo generoso y desinteresado para curarnos y para cuidarnos a todos. Trasladar a sus familias todo nuestro afecto y cariño.

También quería agradecerle su trabajo y su labor, la de usted y la de todos los profesionales sanitarios.

Tengo varias cosas. Voy a intentar ser concreta para ver si me las puede responder.

En primer lugar, ustedes han estado en primera línea en esta pandemia.

Médicos del Mundo ha gestionado la carpa instalada por el ejército en el hospital Gregorio Marañón. Me gustaría que profundizarse un poco en cómo lo han vivido profesional y humanamente.

También usted ha hablado de copagos. En la agenda del Gobierno de España está el escudo social implementado para hacer frente a todos estos problemas sanitarios, económicos, sociales que ha generado esta pandemia.

Dentro de todo esto quisiera destacar el ingreso mínimo vital, del que las personas beneficiarias de este ingreso mínimo vital van a quedar exentas del copago farmacéutico. Medida lesiva en relación con que impide la retirada de los medicamentos en las farmacias por muchos pacientes. Medicamentos prescritos por el médico a consecuencia de una barrera económica.

También me gustaría, usted ha hablado de África, que profundizarse un poco en qué está pasando en África con el coronavirus.

Para terminar, expresar mi deseo de que salga de esta comisión un gran pacto en materia sanitaria que nos reclaman aquí todos los profesionales, incluido usted y también la ciudadanía.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Señor Hoyo, tiene usted poco tiempo, pero a ver si nos contesta todo lo que pueda.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE DE MÉDICOS DEL MUNDO** (Félix Hoyo): Voy a intentar contestar lo más que pueda. Intentaré ser breve. Se me ocurren tantas cosas que me cuesta trabajo. En cuanto a la pregunta del Grupo Parlamentario Vasco, voy a ir por orden, es cierto que hay que hacer una inversión extraordinaria en salud mental, en psicosocial. El grupo de profesionales o de personas que se ven sometidas a una emergencia epidémica, que es una situación extraordinaria dentro de la vida normal, tienen una reacción extraordinaria de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, pero en líneas generales se recuperan con un tiempo.

Es bueno hacer medidas colectivas que apoyen a las personas. Creo que ha habido mucha gente que ha sufrido en el confinamiento.

Es cierto que el duelo especialmente tiene el riesgo de producir reacciones, incluso trastornos mentales graves. Es algo que hay que afrontar de manera más urgente. Yo creo que el duelo tiene que ver en muchos casos, lo vemos también en lugares donde hay conflictos, guerras, tiene que ver con cuestiones ancestrales, con las personas que yo creo que tiene que ser respetadas.

Es muy importante, para que las personas se vean confortadas en el duelo, que se hagan funerales, medidas colectivas que se adapten al entorno, a nuestra forma de ser como país y que reconozcan a esas personas. Es muy importante que eso no es que manipule desde el punto de vista político. Quiero decir que sea real, que todas las personas se reconcilien para hacerle honor a esas personas que están afectadas por el duelo. Esa es una parte muy importante.

En cuanto a la inversión en psicosocial, evidentemente si estamos pidiendo inversiones en el sistema sanitario, claro que es necesario una especialidad de enfermedades infecciosas, una especialidad de urgencias y emergencias, que se consideren especializaciones tan importantes como la que nos ha comentado en el sistema sanitario. Creo que España es un país muy desarrollado que tiene que tener todas estas capacidades.

En cuanto a las puertas de entrada y el aislamiento en origen, todo esto depende de la cooperación. Es curioso ese concepto que a veces tenemos de aquí. Por ejemplo, teniendo en cuenta que la República Democrática del Congo es uno de los países más pobres del mundo, la participación comunitaria que ha tenido la población porque está sometida a epidemias de ébola continuamente, ha sido mejor que la participación comunitaria dentro de nuestro territorio.

Esto es una cuestión que se aprende. Para eso tenemos que reforzar ese sistema dentro de los países; que nuestros lazos de cooperación deben llegar a más cosas.

Si queremos que los sistemas sanitarios de los países desarrollen puntos de salida en este caso, que sean más estables, más seguros, tendremos que aportar, desde nuestro punto de vista, para lograr ese aislamiento en origen.

También es que los puntos de entrada no dependen solamente de la entrada. No es solamente cuestión de poner una cámara muy grande en el aeropuerto, sino que dependen también del seguimiento de qué se hace si hay algún contacto o de qué pasta con ese seguimiento de casos que vienen desde fuera. Es un sistema complejo, pero que se puede hacer.

En cuanto a las herramientas gratuitas, yo creo que no es necesario crear la rueda de nuevo porque la rueda probablemente ya esté creada. Yo creo que hay muchísimas herramientas que se están utilizando en otras epidemias y que no es tan complicado utilizarlas.

Esto nos pasa mucho entre nuestro territorio. Lo vemos desde el punto de vista global. Tendemos a crear nuevas herramientas sobre herramientas que ya están hechas. Simplemente es aprovechar esas herramientas.

Completamente de acuerdo con los determinantes de salud. Hay que crear soluciones habitacionales, laborales, incluso de alimentación o de agua potable a los lugares de esas chabolas, de esos barrios marginales que están fuera del sistema sanitario y fuera de cualquier idea. Los que vivimos de este lado del mundo no nos damos cuenta de que, en nuestro mundo, aquí al lado, existe esa realidad. En Madrid. No hace falta irse más lejos.

Respecto a la cooperación internacional, ya hemos comentado que nuestra petición desde hace mucho tiempo es que el presupuesto de cooperación internacional esté por encima del 0,7% del Producto Interior Bruto. Creo que eso es una inversión en sostenibilidad mundial. Es una imagen de marca, una inversión en sostenibilidad mundial. Es algo que hacemos para que el mundo tenga futuro. No es algo que tenga que ver solamente con nuestra perspectiva como país, sino algo que hacemos para que el mundo tenga futuro. Yo creo que en este momento se ha visto más claro que nunca.

Respecto a la intervención de Ciudadanos, por supuesto, todas las personas que han comentado las condolencias, nos unimos como Médicos del Mundo a las condolencias con todas aquellas personas que han perdido la vida, pero también con aquellas que han sufrido, con las que están muy incapacitadas por haber estado en los servicios de cuidados intensivos, que son muchísimas más de las que conocemos. O sea, que no solamente las personas que han muerto, sino las personas que están sufriendo y con todas las personas que van a sufrir las consecuencias sociales de la crisis. Nosotros, que estamos al lado de esas personas y vamos a seguir estando, como organización, al lado de esas personas.

Respecto a las dudas de las cifras de contagios y fallecidos, tengo que decir que efectivamente lo mejor es tener los mejores datos posibles, pero que esto no es algo que no ocurra en otras epidemias. Es súper complicado tener datos exactos. Vamos a poner un ejemplo: una persona que muere en una residencia, ¿se le hace un test?, ¿no se le hace un test?, ¿se considera que es que es positiva o negativa?, ¿cuándo llega al test? ¿cuántos test había en el mundo cuando empezamos a hacer test? Son cosas que no dependen de nosotros. Se recomiendan, pero no depende de nosotros.

El número de contagios y fallecidos baila en muchos países del mundo y en cualquier epidemia.

Respecto al exceso de mortalidad, que se ha nombrado también, en otros lugares, como hemos comentado, el exceso de mortalidad no tiene solamente que ver con la mortalidad por la propia epidemia, sino que tiene también que ver con lo que no se ha atendido debido a la epidemia; con esa continuidad de servicios esenciales.

Nos parece que el sistema de atención a las personas mayores en nuestro país hay que darle una vuelta. Hay que reconsiderarlo. Hay que partir de cero, asumir nuestras culpas, decir que no estamos tratando correctamente a las personas mayores en su global, sobre todo a las personas mayores vulnerables.

Por eso la propuesta de que haya, al menos, personal de enfermería en las residencias y de que se establezcan muchas residencias públicas y privadas. Sobre todo, las privadas, que no tienen todas las capacidades necesarias. Nos parece muy importante.

¿Un fondo estratégico con capacidad médica? Hemos estado recorriendo muchos lugares en nuestro país, centros asistenciales. Ya vimos desde el principio que éramos el país treinta y tantos en cuanto a la preparación de respuesta a epidemias, básicamente porque en España no ocurren crisis. En España no tenemos emergencias. Tenemos muy pocas

emergencias. Tenemos emergencias localizadas. Hemos tenido desgraciadamente muchos atentados, pero no hay huracanes, no hay tifones, no hay terremotos y no había epidemias hasta ahora.

No solamente ese fondo estratégico, sino que hay que crear un programa general de reducción de riesgo en desastres.

Ya hemos hablado del duelo de los familiares. Absolutamente de acuerdo con que todo el Parlamento se ponga de acuerdo para hacer un duelo generalizado por las personas que han perdido la vida y que están sufriendo todavía en este momento.

Al Grupo Parlamentario Republicano, gracias por nombrar lo del cambio climático porque se nos ha quedado corto, pero es muy importante.

En la CAP 25, en la que estuvimos haciendo una presentación, estuvimos hablando de que el cambio climático está disminuyendo las reservas, el tampón biológico que ejercen los bosques o las selvas en el mundo. Eso hace que, junto con la superpoblación, esas mutaciones esenciales de los virus que están tamponados en bosques tropicales se acerquen mucho más a la población. Eso significa, aparte de todo, esto es una pescadilla que se muerde la cola: inundaciones, sequías, incendios, medidas de preparación para ello que disminuyen los fondos de la atención sanitaria.

Hay muchísimas características que, si quiere comentamos luego más despacito, que hacen prever que es posible que esto que está ocurriendo no sea una casualidad y que vaya a ocurrir más después. Entonces es muy importante.

Respecto a, ya lo hemos comentado también, la regularización. Yo creo que voy a hablar un poquito más después.

Respecto al sistema sanitario, claro que es posible. No es imposible. Se puede. Lo que hay que tener es voluntad para ello. Es rentable. No

solamente es posible, sino que es rentable. Hay que dar soluciones, ya lo he comentado, a situaciones habitacionales.

Respecto a los planes continentales o locales, estatales, autonómicos, en países, nacionalidades, regiones, creo que es muy importante que tengamos en cuenta que esa respuesta, esa coordinación global no excluya la diversidad.

Es muy importante que tengamos estos dos factores. Yo creo que lo ponemos claramente en una de las recomendaciones completas. Tenemos que trabajar en un sistema que nos permita estar coordinados, pero teniendo en cuenta esa diversidad que nos hace tan ricos y tan ricos, que permite aportar a todo el mundo.

El presupuesto interior bruto a la cooperación, la cifra es 0,7 %.

Respecto a las preguntas de Unidas Podemos. Muy cierto. Estamos llegando al punto en el cual la eficiencia de nuestro maravilloso sistema sanitario está al borde de la quiebra. Yo creo que tenemos que plantearnos que este es un punto final de la austeridad en las inversiones en el sistema de salud. Sabemos qué ocurre con el sistema de salud. Qué ocurre con la población cuando el sistema de salud no es suficientemente potente. ¿Qué es lo que pasa? Todo se para. No es caridad para nada.

En Euskadi se hizo un estudio relacionado con cuánto contribuían las personas migrantes. Se han hecho algunos antes de la crisis y después de la crisis. Es una de las pocas comunidades en las que se han hecho esos estudios. Siempre sale rentable tener personas migrantes para el sistema social, sobre todo, más cuanto más integradas están en ese sistema.

Por lo tanto, es más importante. La prevención es mucho más barata. Un infarto cuesta 8 000 euros y una pastilla de metformina cuesta tres euros al mes. Esto es una relación. Los diabéticos sin tratamiento tienen infartos. Son muy importantes los sistemas de prevención.

Respeto al copago también es posible. Existe y hace una inversión adecuada en el sistema sanitario.

Respecto a la intervención de Vox, gracias por la felicitación. Hemos intentado hacer las mejores asesorías, directa o indirectamente, a todos los Gobiernos, tanto los de las comunidades autónomas, independientemente del signo político que tuvieran dentro de ella. No diferenciamos. Somos una organización no gubernamental. No diferenciamos entre una cosa y otra.

Los inmigrantes no tienen atención sanitaria con cargo a fondos públicos porque los fondos públicos no son fondos del Estado, sino que son ingresos que los inmigrantes contribuyen a ellos a través de los impuestos. Quiere decir que, los inmigrantes pagan más a través de impuestos, a través del IVA de lo que recogen del sistema sanitario, porque fundamentalmente son personas jóvenes. Esto, si quiere, también lo hablamos después. Lo podemos poner en una balanza.

No es cierto que los inmigrantes produzcan aumento del gasto sanitario. Sí que queremos desaparecer, ojalá, pero cada vez tenemos más trabajo, desgraciadamente, en el mundo. Solo hay que ver las cifras de personas desplazadas que sacó ayer Filippo Grandi en Naciones Unidas, en el Comité de Refugiados en el mundo. Desgraciadamente cada vez tenemos más trabajo. No queremos. Queremos desaparecer absolutamente. Las ONG no queremos existir.

Yo creo que España está en condiciones de tener un sistema inclusivo absolutamente. Creo que la iniciativa de Castilla y León transitoria está muy bien. Nos alegramos de que nos feliciten o feliciten al Gobierno de Castilla y León o al Gobierno de Aragón por haber tenido esta medida transitoria de tener cartillas para todo el mundo.

Nos gusta el efecto llamada, en cierto modo, porque la población europea está envejeciéndose. Digamos que, dentro de unos años, va a haber

un efecto demográfico que podría ser interesante estudiar en otro contexto. Es necesario que rejuvenezcamos a la población en España. O sea que eso es una parte muy importante.

Condolencias por los compañeros y compañeras médicos, por supuesto. No solo médicos, personal sanitario y no sanitario que trabaja en centros asistenciales, que han fallecido haciendo mucho más de lo que tenían que hacer. Desgraciadamente digo “mucho más” porque muchas personas han primado su obligación como trabajadores antes que la propia protección. Eso, en cierto modo, a veces constituye una epidemia dentro de la propia epidemia. Ha habido muchísimas personas que se han contagiado.

Nos gustaría decir al Grupo Parlamentario Popular que, aportar en lo que podamos, que ojalá, que hagamos ese pacto por la sanidad y que sea un pacto inclusivo.

Lo hemos visto ahora. Igual tenemos que recapitular sobre lo que pensamos, sobre lo que es un pacto real por la sanidad, por una sanidad inclusiva, que sea útil, rentable para todo el mundo.

Sí vamos a hacer aportaciones en catástrofes naturales. Me gustaría no pensar en el pasado. Siempre se hacen lecciones aprendidas. Las lecciones aprendidas son qué hicimos bien y qué podríamos haber hecho mejor. Lo importante es qué vamos a hacer mejor para el futuro. Esa es la parte más importante. No exactamente en este momento qué hicimos mal, sino qué hicimos bien y qué podemos hacer mejor.

Sí hemos colaborado también con la OMS. Ya he hablado del exceso de fallecidos. Las mascarillas deberían ser gratuitas. Esto lo tengo claro, porque son una medida esencial de protección.

Parece una buena medida del *pool* de profesionales especializados que puedan aportar en este punto, porque no tantas personas tienen experiencia en epidemias reales. Nosotros hemos ganado, desgraciadamente, mucha en esta epidemia.

He hablado ya del apoyo psicosocial y el duelo.

Se ha infravalorado en general, en todas las comunidades occidentales, la gravedad de la pandemia. Es cierto que tendríamos que haber tenido antes un sistema de reducción del riesgo en desastres, que tiene muchas variables porque, por ejemplo, en Estados Unidos sí existía ese sistema de reducción. Pero uno de los sistemas sanitarios con mayor inversión, que llegan a los 7 000 dólares por habitante y año en salud, es que el país peor del mundo, precisamente porque excluye a la mitad de la población de la asistencia sanitaria. O sea, valorar la gravedad de la pandemia tiene muchos componentes que tenemos que intentar localizar.

La mortalidad en colectivos vulnerables ha sido fundamentalmente debido a la edad y a los factores de riesgo basales. Esa ha sido la mayor mortalidad. Esta ha sido la realidad.

Es cierto que el riesgo epidémico se propagaba o se podía propagar a través de poblaciones que no tenían acceso al sistema sanitario, pero quien más ha sufrido y quien más ha muerto, desgraciadamente, son nuestras personas mayores.

Hemos estado en primera línea, es verdad. Seguimos en primera línea. Yo estoy francamente cansado después de estos tres meses, de haber preparado, de haber estado trabajando 24 horas al día, siete días a la semana. Nuestra organización ha hecho un esfuerzo inmenso. Yo creo que no solamente es la carpa. Hemos trabajado aquí y fuera de aquí. Estamos trabajando en América Latina, en África. El coronavirus va lento, pero se ha duplicado recientemente en África. Es cierto que la población, desgraciadamente, en este caso es muy joven, porque hay países que tienen una esperanza de vida de 45 años. Y con eso, la mortalidad y la clínica es menor. Pero es cierto que esto no se ha acabado. Vamos a seguir luchando en cualquier lugar del mundo. Estamos haciendo un esfuerzo desmesurado.

Yo quiero agradecer todas las preguntas que se nos han hecho. Dejar ahí que nos queden lecciones aprendidas de qué nos ha pasado y lograr ese pacto por la salud e incluso en el sistema sanitario público basado en impuestos, no gratuito, que pueda cubrir esta y otras emergencias en el futuro.

Nada más.

Muchísimas gracias.

(Aplausos).

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, doctor Hoyo.

Muchas gracias por todas sus aportaciones. Seguro que se le han quedado cosas en el tintero que espero que nos pueda comentar.

Muchas gracias por todo.

(Pausa).

Continuamos la sesión con la comparecencia de José María Martín Moreno, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia, doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada, doctor en Salud Pública, Epidemiología y Gestión Sanitaria por la Universidad de Harvard.

Muchísimas gracias, doctor Martín por acompañarnos esta mañana, por haber aceptado la invitación de este grupo de trabajo y esperamos con muchas ansias su intervención.

Gracias, doctor.

El señor **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA** (Martín Moreno): Muchas gracias, señora presidenta.

Señorías, permítanme que comience con mi sentido recuerdo, como no puede ser de otra manera, a las miles de personas que han perdido la vida por esta infección y mi empatía y solidaridad con todos sus familiares y con las personas más allegadas que han sufrido estas pérdidas. También la admiración a los profesionales sanitarios y de servicios esenciales. Yo creo que nos han dado una lección que va a ser una fuente de inspiración para nosotros.

También quiero dar mi gratitud al Congreso de los Diputados, específicamente a la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. En particular, a través de su grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública por la invitación a que comparezca, lo que muestra de forma subyacente un deseo de escuchar diferentes perspectivas.

En otras palabras, recibo su invitación con gran sentido de responsabilidad y como un honor.

Como han hecho otros comparecientes creo que es importante presentarme. Lo he aprendido de personas a las que admiro, porque yo creo que todas a las que he podido ver, en las ocasiones en las que he tenido la posibilidad a través del Congreso TV directo, es bueno saber quiénes somos y a quién representamos.

En mi caso, de dónde partimos también porque yo parto de una niñez en una familia maravillosa en la que mi padre falleció cuando yo era niño. Eso me condiciona la vida, lógicamente. Hizo que estudiara medicina muy vocacionalmente, con becas en un sistema académico público que tenía sus limitaciones, pero al que estoy muy agradecido.

Me doctoré en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Tras una formación de base en Medicina Interna, realicé mis especialidades en Medicina Preventiva y Salud Pública, y en Medicina del Trabajo.

Completé el grado de master y doctor en Epidemiología y Salud Pública por la Universidad de Harvard después de un paso por la Escuela Nacional de Sanidad, donde también fui oficial sanitario.

Después de Estados Unidos retorné a España para trabajar primero en la recién creada Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada, para posteriormente desplazarme a Madrid, donde estuve en el Instituto de Salud Carlos III. Ahí tuve la oportunidad de dirigir sucesivamente el Centro Nacional de Epidemiología, la Escuela Nacional de Sanidad tras el director anterior, mi admirado compañero, el doctor José Manuel Freire, y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Tras que ello asumí el cargo de director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo por designación de la ministra Ana Pastor.

Desde esa Dirección General, entre otras cosas, tuve la responsabilidad de coordinar el control del SARS en el año 2003 y los Planes frente a Potenciales Pandemias de Gripe. Además, tuvimos la articulación de un calendario vacunal único para todo el territorio español.

He de agradecer toda la experiencia y ayuda que recibí en un contexto en el que yo dejé claro desde el principio mi vocación de independencia. Así se me respetó, aunque tengo que hacer constar mi admiración por los ministros con los que he trabajado, empezando por el primer ministro que fue Ernest Lluch.

Quiero citar también a Julián García Vargas.

Quiero citar mi periodo durante la OMS de Trinidad Jiménez.

Quiero citar, como no, a Ana Pastor, para mí, un modelo de persona con principios y con continuidades porque, como ya se sabe, en la vida

muchas veces hay muchos principios sin continuidades y muchas continuidades sin principios. Lo bonito es ver que haya las dos cosas, que uno se crea las cosas y que las continúe con vocación de trabajo. Ella me enseñó realmente a creerse las cosas y poner un ritmo de trabajo muy alto.

En el ámbito internacional he estado en diferentes puestos de responsabilidad, incluyendo el ser director para la gestión de todos los programas de la OMS para Europa en los años 2010, 2011 y 2012. Aprendí muchísimo. Me encanto estar en la OMS. Me encantó volver a mi país a poner en práctica muchas de esas cosas que había aprendido.

Además, he sido presidente de la Asociación Europea de Escuelas de Salud Pública, EASP, donde soy todavía presidente del Comité de Honor. He liderado algunos proyectos de salud pública en el Parlamento Europeo, la Oficina Científico-Técnica, se llama STOA. Para esto el Parlamento funciona muy bien para dirimir ciertas cuestiones científico-técnica. También la Comisión Europea de **(Palabras que no se entienden)**, en la OMS Ginebra, en *House Systems*.

Termino. Permítanme también mencionar como un dato específico que fui durante un periodo comisionado para la Equidad de la Alianza General de Pacientes por bono y por ayudar. Además de artículos científicos y reconocimientos de investigación, quiero destacar que soy también académico de número de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana y también correspondiente de la nacional de Medicina de España.

Finalmente, lo que soy actualmente es catedrático de la Universidad de Valencia y jefe de la unidad de su hospital Clínico Universitario.

En definitiva, tengo variada experiencia profesional, pero he estado en muchos sitios y no vengo aquí a representar a nadie. Me represento a mí mismo, sin condicionantes ni condicionados, a expresar mis ideas desde esa independencia de criterio.

Déjenme compartir algunas ideas plasmadas en un artículo que acabo de enviar a la *Revista Española de Medicina Preventiva y Salud Pública* por invitación de su director, que es el doctor Vicente Pastor y Aldeguer, persona también a la que quiero mucho. Me pidió: “Haz una especie de resumen”. Quise titularla *La pandemia de la COVID-19. Breve relato siguiendo la estructura de las etapas del duelo y con un mundo mejor*.

Lo que hago es describir no solo hecho, sino también emociones. En este caso estructuradas de acuerdo con las cinco etapas de duelo por las que pasan las personas o las comunidades que sufren una catástrofe personal. Eso no era idea mía. Yo lo he aprendido de una investigadora que yo admiro, la doctora Elizabeth (**Palabras que no se entienden**), que dice que en estas situaciones uno pasa siempre por, lo primero, la negación. Esto no puede estar pasando. Esto no es. Luego la ira. Luego, hay un proceso de negociación, Posteriormente se pasa a la depresión y finalmente a la aceptación.

He intentado sistematizar, porque es curioso cómo hemos pasado nosotros también, como sociedad, por todas esas fases; de negar lo que estaba pasando, de enfadarnos, de deprimirnos, pero al final negociar. Yo quiero añadir así que ha habido, además de eso, una etapa más importante, que es en la que estamos ahora, que es revisar la experiencia y hacer propuestas desde la esperanza.

Algo explícito que no quiero dedicar mi presentación a presentar datos epidemiológicos con indicadores. Les he dejado una documentación previa con algunas referencias en las que se pueden descargar directamente esos datos.

Llevo trabajando sobre estos temas hace años. Me doctoré, como digo, en epidemiología en Harvard y me resulta muy familiar, pero creo que no es este el objetivo de esta comisión, llevar a cabo una evaluación sistemática de las decisiones tomadas durante la pandemia. De hecho, quizá

les diría a ustedes, señorías, que esta sería mi primera recomendación, muy sencilla. Simplemente planificar, en su momento, una evaluación independiente para saber lo que se hizo bien, como ha dicho muy bien el compareciente anterior, el doctor Hoyo. Hay que empezar por lo que se hizo bien. Lo otro, lo que se hizo menos bien, *errare humanum est*, todos nos equivocamos; lo que no se hizo bien, los riesgos y las oportunidades de mejora para que en el momento en el que surja un nuevo escenario de estas características, que surgirá tarde o temprano, estemos preparados.

Una investigación independiente liderada por una persona de prestigio científico, académico y por un grupo de expertos independientes.

Esto lo va a hacer la OMS, por cierto. Me imagino que lo saben. Ya lo tiene anunciado. Esto también se ha propuesto en el Reino Unido. Esto se ha propuesto ya en Francia. O sea que esto es independiente de lo que estamos haciendo ahora, que me parece un ejercicio admirable. Lo tengo que decir sin adulación, sino desde el corazón. Es una función de reconstrucción y con una visión política, en la definición noble de política; hacer posible lo que es necesario.

Para esta Comisión de Evaluación es mi primera recomendación, pero esto será útil cuando hayamos conseguido controlar la pandemia, cosa que todavía no lo hemos hecho.

Estamos aquí, ahora y resulta que la pandemia no se ha acabado. La COVID-19 sigue siendo una emergencia mundial, tal y como nos han recordado diferentes comparecientes y diferentes señorías. Además, la propia OMS.

Por lo tanto, lo que toca es que rememos de forma sinéctica y coordinada. Con ese espíritu, que creo que es el espíritu de la Comisión de Reconstrucción, aunque lógicamente introduciré algunos elementos de diagnóstico provisional actualizado a fecha de hoy, comparezco para

intentar argumentar por qué debemos invertir más en salud pública y cómo. Esa es la idea.

Diagnóstico, para mí, sintético de la situación actual. Yo lo digo desde el mayor de los respetos, porque yo no soy el doctor a posteriori, que es el que describe las cosas que él habría hecho mucho mejor si estuviera, sino lo que ha pasado.

Nuestra vivencia de esta pandemia es que ha supuesto una experiencia sin precedentes. Hay que recordar eso que he comentado antes. La frase latina: *errare humanum est*. Errar es humano. Nuestra naturaleza es falible, nuestras equivocaciones ni se pueden ni se deben ocultar, porque eso nos hace aprender y mejorar.

De ello hemos aprendido mucho, por ejemplo, en el campo de la seguridad de los pacientes. Antes que se tapaban los errores. Ahora, lo que se pretende buscar es que identifiquemos todos los fallos que haya habido.

Lo primero que tengo que decir es que esto no es un problema de España, que sí es, también. Es un problema mundial, global.

Por lo tanto, esto es un problema global, de toda la humanidad. Hemos de empezar siendo conscientes de que hemos hecho cosas mal como sociedad en su conjunto. Una sociedad que hemos sido unos depredadores y seguimos siéndolo. Tenemos que empezar en la educación y decirles a los niños.

Existe una relación de causalidad demostrada entre la destrucción de los espacios naturales, entre la destrucción, sobre todo, de los bosques, y el colapso de la biodiversidad y el aumento del número de epidemias. Está demostrado. Lo sabemos.

Muchas veces decimos la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento, pero es que no lo ignoramos. Lo sabemos. Es doloso.

Pero, eso es la sociedad global. Eso será una labor de todos, educativa, de hacer un mundo mejor. Yo creo que los que estamos aquí nos lo

creemos. Pero en cuanto a las instituciones, los organismos institucionales de diferente índole, también nos hemos equivocado.

Empecemos por los internacionales. Lo digo desde la admiración y afecto. He trabajado en la OMS como funcionario. Sigo siendo (**Palabras que no se entienden**), pero, de todas maneras y desde el mayor de los respetos, porque cuando las verdades son verdades hay que decirlas, se han hecho algunas cosas mal o regular.

La OMS no procedió con la suficiente agilidad en algunos aspectos. Eso es cierto. No voy a entrar en muchos detalles. También es cierto que tampoco recibió probablemente toda la información necesaria desde el punto de origen, desde China. Ya estábamos acostumbrados. Nos pasó anteriormente. Creo que se ha mejorado ese nivel de fluidez y transparencia, pero no lo suficiente. Esta, a su vez, probablemente tampoco conocía los aspectos básicos de la génesis del problema. O sea, que no es que haya habido dolo al ocultar datos. Probablemente era simplemente ignorancia. No lo sé, pero sí que es verdad que ha habido un conjunto de pasos en los que no ha habido una información fluida. Esto nos ha llegado tarde a todos. Eso es así. Si no entendemos eso, lógicamente vamos a culpabilizar a personas que han estado en medio de la cadena. Pero al principio, la cosa no ha ido muy bien.

En cualquier caso, ha habido lo que llamo espacio de mejora. Siempre, las cosas se pueden hacer mejor en diversas decisiones, no voy a profundizar, y en las que podemos discutir si hubiera tiempo en el debate.

El Centro Europeo de Control de Enfermedades, el famoso ECDC o dicho en inglés, icdc, si se dice con una sonrisa, mucho más fácil.

ECDC tampoco ha actuado con suficiente determinación y anticipación. Tiene gente excelente. Yo formo parte también de algunos de sus comités científicos y de información, pero tampoco tiene muchas herramientas ni capacidad ejecutiva. Ahora sabemos que es DV Santé.

Entre unos y otros, la casa sin barrer. Más ampliamente, las instituciones europeas no han sabido actuar conjuntamente todo lo bien que sería deseable para hacer frente a esta pandemia sanitaria. Hay que reconocerlo. De nuevo podemos entrar en detalles, si es preciso. Yo me lo paso porque podría ser esto otra comparecencia individual.

¿Qué decir de España? Yo digo que los epidemiólogos, cuando nos preguntan: “¿Qué tal? ¿Qué tal España? ¿Qué tal **(Palabras que no se entienden)**?” Siempre decimos lo mismo. Está aquí también mi compañero Alfonso Hernández. Decimos: ¿Comparado con quién? Inmediatamente, es lo primero que nos sale. Es porque estamos midiendo y comparando.

Evidentemente la metodología para hacer este tipo de comparaciones es compleja. No es siempre fiable, pero se han divulgado *rankings* o índices que nos permiten conocer un poco más la situación comparativa.

En la documentación aportada les he incluido un breve estudio de la revista *The Economist*, de esta semana que acaba de publicar un *ranking* sobre las respuestas de los países de la OCDE a la crisis de la COVID-19 y de cómo eso amenaza la equidad. Se consideraba el número de pruebas o de test que se habían hecho, la provisión de atención médica no COVID-19, el número de muertes en exceso, etcétera.

¿La verdad? No quedamos bien. Quedamos muy mal en ese ranking. Somos OCDE, por supuesto, los países más desarrollados, porque desgraciadamente muchas veces todo es ¿comparado con quién?

Hay países que están pasándolo fatal, que no tienen ni muchísimo menos los recursos que tenemos nosotros.

También tenemos el índice GRID (**Palabras que no se entienden**), de Australia. Compara también todos los países del mundo. También, en algún momento determinado ponían a España muy mal, muy abajo. Esto incluso ha sido utilizado para criticarnos a nosotros mismos, que es un deporte nacional. Los españoles lo hacemos todo peor. Eso nos gusta mucho

hacerlo. Lo he aprendido fuera. Fuera siempre suelen decir: “los daneses somos los más felices. En Copenhague hace un tiempo estupendo”. Mentira. He estado allí y hace un tiempo horrible. Pero ellos dicen que es estupendo. Nosotros, un día que llueve, lo generalizamos.

Vamos a hacer un poquito de orgullo porque hacemos muchas más cosas bien de lo que a veces reconocemos.

En cualquier caso, lo que sí quiero decir es que es indiscutible que llegamos tarde. Hoy mismo hemos desayunado con la noticia de que el Consejo de Seguridad Nacional ignoró en marzo, el 4 de marzo, específicamente, el riesgo de pandemia. Eso era solo 10 días antes de la declaración del estado de alarma. Lo cual no quiere decir nada. Quiere que también el nivel de información que teníamos, probablemente. Porque no creo que haya habido intención de, lo que hemos hablado anteriormente, esto es una cadena.

¿Qué enseñanzas preliminares nos deja la COVID-19? Como todo en la vida, la visión de la COVID-19 tiene cosas negativas y otras positivas.

Los comparecientes han ilustrado previamente, con gran acierto, de estos aspectos.

Yo voy a hablar de algunos solamente y voy a apuntar otros sin entrar en muchísimos detalles. En general hay que reconocer que carecíamos de una adecuada preparación de contingencia, de reserva estratégica ante brotes epidémicos. Ya se ha hablado también de que, a su vez, hubo titubeos y contradicciones nacionales, e internacionales también, en cuanto a medidas como las mascarillas. No al principio, solamente para los pacientes. Luego, póntela, es recomendable. Luego, es obligatoria. Este tipo de cosas que, al final, dejan confusa a la población.

Junto con ello los test tampoco ha estado claro. Los test serológicos, los PCR, el grado de confinamiento, incluso la forma de contabilización de casos. No les voy a decir nada de eso, porque los epidemiólogos nos

dedicamos a estas cosas y esto nos duele, especialmente. Esto tendrá que ser analizado para intentar dar una mayor agudeza visual a lo que actualmente aparece como lo que se visualiza de forma borrosa. Dejémoslo así. Esto se aclarará.

Es además conocido que en España carecíamos inicialmente de suficientes equipos de protección individual, de suficientes test diagnósticos, respiradores para ventilación mecánica y la articulación asistencial adecuada con los servicios sociosanitarios para personas mayores y discapacitadas.

Esto ha sido un drama. Como sé que eso se ha tratado no voy a insistir. Esto hay que corregirlo. Seguro que todos tenemos la voluntad de hacer todo lo que esté en nuestras posibilidades para hacerlo.

Cosas que yo quiero añadir de una forma más enfática, complementarias. Uniéndome al consenso de lo anterior. A mi juicio, ha faltado involucrar mucho más y mejor el potencial científico investigador del país. Ya se expresó, por el doctor Barbacid y por otros prestigiosos científicos, el malestar de investigadores forzados a estar confinados y sin poder colaborar a hacer, por ejemplo, pruebas de PCR para lo que estaban capacitados, cuando nosotros no podíamos hacer PCR. Esto para empezar. No me enrolló. También con eso podría, pero puntos suspensivos.

Además, el Comité Científico de la COVID-19 se publicó oficialmente, empezó a funcionar solo el 21 de marzo, cuando ya llevábamos tiempo. Antes era un grupo de funcionarios de personas bien intencionadas, con su capacidad técnica, pero no hubo un Comité Científico hasta relativamente tarde. Además, porque lo he estado repasando, ese 21 de marzo el comité científico fue integrado por seis técnicos de prestigio nacional e internacional a cuyo frente se encuentra el director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. ¿No hay más personas que pudieran haber ayudado aquí? No se comprende

bien por qué no se contó o no se haya dado voz a las más cualificadas sociedades científicas, a asociaciones profesionales, y de forma muy especial, yo tengo que decir, a las propias Reales Academias. Están sistemáticamente ignoradas.

Yo conozco bien la Real Academia de Medicina de las que formo parte, la de la Comunidad Valenciana y la Real Academia Nacional de Medicina que tiene su sede aquí, en Madrid, pero es de toda España. En ningún momento han sido consultadas.

Sinceramente, señoría, eso supone desaprovechar recursos científicos interdisciplinarios de valía extraordinaria. Lo digo de cara al futuro. Lo repito, porque lo digo desde el mayor respeto.

En otras comparecencias se ha hablado del enorme valor de profesiones y especialidades médicas, de enfermería, de profesiones farmacéuticas y otras. Valor que yo reconozco ensalzo y aplaudo, pero echo en falta, no quiero dejar la ocasión de decirlo, que no se haya hablado en ningún momento de una especialidad que tiene una enorme importancia, que es la veterinaria.

La veterinaria se ocupa de campos como la prevención y control de la zoonosis. No olvidemos que estos virus vienen de los animales. Vienen del salto de los animales a las personas. Se ocupa de la seguridad e inocuidad de los alimentos, de la lucha frente a la resistencia a los antibióticos, por no entrar, por supuesto, en la buena labor que hacen en salud ambiental y en promoción de la salud. Hay un movimiento internacional que se llama *One Health*, que es una salud, en la cual lo que dicen es que hay que colaborar desde las diferentes disciplinas que trabajan local, nacional y globalmente, buscando la salud óptima para personas, animales y ambiente. Se habla de eso una y otra vez. Sin embargo, no sé por qué, ha habido como un escotoma, un borrón y los veterinarios se han quedado fuera de esta ecuación.

Yo no soy veterinario, lo digo desde el respeto, pero sé que tenemos que colaborar interdisciplinariamente, al menos multidisciplinariamente; diferentes disciplinas. Si es que inter, que es buscando la sinergia, mucho más.

Quiero mencionar, por supuesto, dentro de las especialidades, la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, que realiza una labor extraordinaria. No siempre reconocida. Seguro que está llamada a contribuir cada vez más a nuestra sociedad. Como también pienso que es así la Medicina Familiar y Comunitaria, que tienen que colaborar codo con codo, como hemos hablado, en temas de implementación de programas de prevención y de salud pública.

Por último, en este apartado también me ha llamado la atención la relativamente escasa, quizás a mí se me haya escapado, pero como fui comisionado para la Equidad de la Alianza General de Pacientes, tengo mucha sensibilidad, la relativamente escasa disposición o receptividad a escuchar la voz de los pacientes.

Recordemos que es alta la prevalencia de enfermos con pluripatologías que no han podido ser debidamente atendidos durante el periodo de sunami que supuso la pandemia, que más allá de eso, no han sido suficientemente escuchados, creo yo, como deberíamos.

A través de sus bien organizadas asociaciones pueden ayudarnos mucho a comprender sus necesidades, adaptar el sistema a las mismas y más allá de lo anterior, ya saben lo que significa, lo que es que ellos son empoderados. Las personas son empoderadas, les da capacidad y se convierten en pacientes activos. Eso es parte de la solución del tema. Involucremos a los pacientes, involucremos a las personas, por favor. Lo merecen. Primero, por respeto a ellas, pero por el bien nuestro.

En cuanto a aspectos positivos que emergen tras esta situación. Yo vi también a la doctora Beatriz González López-Valcárcel. Lo resumió muy

bien también. Hemos invisibilizado el enorme mérito y capacidad de adaptación del sistema sanitario, la generosidad, la plasticidad de los profesionales, el hecho de que hemos introducido la telemedicina que está para quedarse, pero ahora hablaremos de qué manera. Es meritorio también que el sistema resistió el colapso en esfuerzo conjunto, que ha habido otros servicios esenciales, incluyendo todo lo que ha garantizado la alimentación. Es maravilloso. De verdad, es algo de lo que tenemos que estar orgullosos. Que un país se paralice y todo el mundo siga comiendo. Eso es maravilloso.

Podría también sacar, pero en aras al tiempo, voy a saltármelo.

Por último, que comento aquí, en lo positivo, es que la sanidad ha pasado a formar parte de la agenda política prioritaria y poner al Sistema Nacional de Salud en valor. Esto no solamente es en España, es en el mundo.

Ahora mismo, el futuro dependerá de cómo seamos capaces de llevar a cabo las acciones de salud pública.

Antes de las propuestas, simplemente, las causas de la fragilidad. La fragilidad de nuestro sistema está basada evidentemente en algunas causas. Siempre decimos en medicina, en una etiología. ¿Cuáles son las causas? Tuve la ocasión de escribir, no voy a entrar en el detalle, pero está en el documento que entregué y la referencia en *El Economista*, un artículo sobre la fábula de la cigarra y la hormiga y la salud pública.

Decía que a veces dividimos la vida en lo urgente no urgente y lo importante y no importante. Dice uno: “¿Qué es lo primero que debes hacer?”. Claramente lo importante y lo urgente. Pues no, en lo que hay fijarse más en la vida es en lo importante, porque a veces lo urgente está ahí porque uno previamente no se ha fijado en lo importante. Las urgencias surgen de la falta de atención a lo importante.

La importancia está en el afecto, incluso en la familia, en nuestra cohesión como grupo, en el trabajo en equipo. Todo eso es importante. A lo mejor no es urgente, pero es importantísimo. Porque si no, luego tendremos urgencia.

No me enrollo tampoco, porque podríamos seguir por ahí, por otro lado.

La salud pública que, como saben, es una ciencia y un arte de proteger la salud, lo primero de todo. Promover la salud, prevenir enfermedades y prolongar la vida en calidad. No solamente añadir años a la vida, sino añadir vida a los años. ¿Cómo? A través del conjunto de las acciones organizadas de la sociedad.

Por lo tanto, el Congreso de los diputados, el Parlamento es un órgano maravilloso para visualizar en qué consiste la salud pública. Porque no es un tema solo de médicos, de enfermería. Es del conjunto de la sociedad.

En ese sentido, tenemos que poner en marcha todo lo que son funciones esenciales de salud pública en las que yo personalmente he estado trabajando en Europa, las operaciones esenciales de salud pública. Ahí están también las referencias. No voy a entrar en el detalle, que siempre hay una parte inicial que es de vigilancia, otra parte de precisamente de preparación ante alertas y emergencias, otra parte que se llama la protección de la salud protección de la salud, fundamentalmente los bloques, como pueden ser la protección de la seguridad ambiental, que hay que proteger, la seguridad en el trabajo, la seguridad alimentaria. Luego está la prevención basada básicamente en las inmunizaciones, como prevención primaria y el diagnóstico precoz o (**Palabras que no se entienden**), como prevención secundaria. Luego está la promoción de la salud. Es la salud en todas las políticas; en la escuela, en el urbanismo, en un mundo ideal.

Yo lo que quería decir, simplemente es mencionar que, aunque todos estamos de acuerdo en eso, creo que, cuando llega el momento de asignar recursos, la salud pública resulta casi siempre ignorada.

Entre el final del 2008 y 2014, solamente unos datos, se produjo una caída de casi un 14 % del presupuesto asignado para el conjunto del gasto sanitario, pero la salud pública se llevó un recorte mucho mayor. Según la revisión del gasto sanitario del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016-2017, publicado por nuestro Ministerio de Sanidad, la mayor tasa anual media de crecimiento negativa en el quinquenio 2010-2014, se produjo en prevención y salud pública. Se llegó a cifrar en un máximo de un 77 %. Esto no es sin importancia. Lo que hemos hablado anteriormente. Como no es urgente, pues se ha pasado.

No olvidemos que los estudio comparados de gasto por prevención per cápita relativos al gasto en sanidad, no al gasto, a mi entender, del PIB, se constata que España ronda un paupérrimo 2 %, muy lejos de países, no ya solo como Canadá, sino como el propio Reino Unido u Holanda en la región europea.

¿Cuáles son las propuestas para el futuro? Voy a hacer una lista. No voy a ser muy original en muchas afortunadamente, porque eso quiere decir que estoy muy de acuerdo con las personas que han pasado antes de comparecer.

Primero, propuestas estructurales. Muy poquitas, cuatro.

Primero, fortalecer, revitalizar y legitimar a nuestro Ministerio de Sanidad. Yo creo que estoy de acuerdo con muchas intervenciones previas, que actualmente es frágil, empobrecido de competencias y con mínimo recursos para afrontar no ya otros retos gordos, sino incluso sus propias competencias. Recordemos que las que son exclusivas del Estado, son sanidad exterior, que tampoco se habla casi nada de ella, que es la que controla aeropuertos y fronteras. ¿Dónde está Sanidad Exterior? ¿Dónde

está el apoyo a Sanidad Exterior? ¿Cuántas veces han salido en las comparencias? ¿Qué intervenciones tuvo al principio intentando controlar lo que pasaba con los vuelos de entrada? Sanidad Exterior está perdida. Tiene muy pocos recursos.

La legislación sobre los productos farmacéuticos es también exclusiva del Estado y las bases y coordinación general de la sanidad.

Yo creo en un Ministerio de Sanidad no muy aumentado en personal muchísimo, sino más fuerte, más potente, más cohesionado y con más legitimidad.

Segundo, hacer posible el retorno del Instituto de Salud Carlos III. Al Ministerio de Sanidad, por favor. Fue creado, como saben, por la Ley 14/86. Todos los que estamos aquí sabemos que era el órgano científico-técnico del Sistema Nacional de Salud. Así se creó. ¿Qué hace en el Ministerio de Ciencia, con perdón, o en el Ministerio de Economía como ha estado después, o luego, otra vez, en el Ministerio de Ciencia? No, es que dan becas. No es. **(Palabras que no se entienden)**. Que se ponga en otro sitio. Sepárenlo.

Además, está hasta feo. Perdónenme que lo diga. Lo voy a hablar con confianza. Está feo que uno dé becas y las reciba. Un organismo aparte, autónomo. Aparte. El Instituto de Salud Carlos III es un organismo científico-técnico, Centro Nacional de Microbiología, de Epidemiología, de Sanidad Mental. Que se dedique a lo que tiene que hacer, a darnos soluciones, no a repartir becas, en parte para ellos. No lo entiendo. Lo digo con todo el respeto, pero hay tantas cosas que no entiendo.

Les agradezco que me que me escuchen.

Complementariamente, algo sin descarrillar aún, que está pendiente de definir el reglamento y que sería útil para el sistema, el próximo compareciente, colega y amigo, seguro de que lo desarrollará más, es el Centro Estatal de Salud Pública, que contempla el artículo 47 de la Ley

33/2011, General de Salud Pública. Aunque, a mi juicio, la mejor opción sería crear una agencia española complementaria al Carlos III; Agencia Española de Salud Pública. O se podría llamar también Agencia Española de Protección de la Salud, porque es lo que espera la ciudadanía.

¿Saben ustedes? La salud pública no da muchos votos, pero te los puede quitar todos. Lo que tienes que hacer es proteger la salud.

Yo creo que esa agencia que dé seguridad, que realmente catalice y desarrolle funciones y operaciones esenciales de salud pública, que hoy día están bien fundamentadas y evidenciadas conceptualmente. Sería fundamental.

Terminó la última apuesta que yo digo. También lo he hablado con otros compañeros, alguno de los cuales está en esta sala y otro fuera de esta sala, pero tenemos que apostar como país, mucho más. Le agradezco la oportunidad muchísimo, presidenta, que tenga este foro para decirlo, porque muchas me quedo frustrado. ¿Por qué no lo hacemos? Por una mayor presencia española en organismos nacionales multilaterales.

Hay que ser mucho más proactivos, influir mucho más en la OMS, en la OPS, en el ECDC. No tenemos que esperar a saber cuál es el protocolo. ¿Vamos a esperar a que nos lo mande el ECDC? ¿Vamos a ver si la OMS me ha mandado el protocolo? No, tú vas a la OMS y le dices el protocolo que tiene que salir de allí. Influye el protocolo, por supuesto, con otros países que van a hacer lo mismo. Pero tú formas parte de ese movimiento, no esperas pasivamente.

Nosotros hemos tenido una visión, yo lo he podido vivir personalmente, que inventen ellos, pues esto es que lo hagan ellos, que lo hagan los franceses, Reino Unido, lo hace muy bien Holanda, lo hacen los países nórdicos, pero nosotros estamos fuera. Nosotros estamos en la relación bilateral. Tenemos que ayudar a Bolivia, pues le mandamos dinero a Bolivia. ¿Ustedes no saben que sería mucho más útil para Bolivia que

nosotros tuviéramos influencia en la OMS y en la Organización Panamericana de Salud, recibiría muchos más fondos estructurales y mucho más desarrollo si nosotros ponemos énfasis en la forma multilateral de ayudar a Bolivia?

¿Propuestas funcionales de futuro? Los estudios internacionales comparativos muestran que los buenos resultados, sinceramente, comparado -no me voy a enrollar, los del sistema nacional de salud; tipo Bismark, que son tipo a la Seguridad Social y todo eso, y no ha habido mucha diferencia, está publicado en diferentes revistas. En lo que ha habido más importancia es si ha habido un buen despliegue epidemiológico y sanitario de Salud Pública.

El despliegue epidemiológico y salubrista, dentro de un marco de medicina preventiva, salud pública y atención primaria, es lo que parece, al comparar los sistemas, ha funcionado mejor.

A través de lo anterior, deberíamos evitar contagios, llevar a cabo una buena detección precoz de casos, rastrear los contactos. En principio, con encuestas realizadas por personal entrenado y posibilitar el aislamiento más efectivo.

¿Qué es imprescindible? Prever y planificar, a ser posible, en silencio internacional la selección y adquisición de vacunas, asegurando su acceso universal y equitativo. Como muy bien se ha dicho antes, no digo que sea necesariamente gratuito, se pagará mediante los impuestos, se pagará mediante un fondo mundial, pero el G20 tendría un papel muy importante que hacer ahí, la Unión Europea tendría un papel muy importante, y hay un lío, señorías, tremendo, y no se habla.

Hay 105 vacunas en marcha, de 10 líneas distintas. Unas, no me voy a enrollar, a la proteína (**Palabras que no se entienden**); otras, para el RNA mensajero; otras, de viroma completo; otras de viroma parcial. ¿Qué vamos a hacer? Porque es como una carrera. Primera crítica al mundo: hemos

hecho muchas cosas bien, pero con esta sí que hay que decirle al mundo: “¿No ha habido forma de que se pongan ustedes en contacto y se ayuden unos a otros en lugar de tener una carrera a ver quién llega primero? Imagínese que llega la primera en enero, ¿qué hacemos?, ¿la compramos? ¿Y si es regular y es mejor la de marzo? ¿Vamos comprando cada uno varias vacunas? ¿Cómo lo hacemos? Tenemos un problema internacional.

No es ya solo cómo se paga, es qué vacuna elegimos, y no se habla de eso.

Eso lo digo en los grupos internacionales en los que estoy, estamos haciendo un grupo de trabajo para ver qué algoritmo de decisión tomamos con esto, porque son vacunas completamente distintas, no necesariamente complementarias o compatibles. **(Palabras que no se entienden)** te las pones todas. Te compras las 10 vacunas y una en cada parte del cuerpo... no tiene sentido.

Y luego, por supuesto, que llegue a todo el mundo. Sobre todo, a las poblaciones más vulnerables. Esto no es cuestión de comprar ni el mercado persa ni hacer negociaciones bajo la mesa con los proveedores, que es también terrible el tema.

Testar, trazar, aislar y cuarentenar, lo saben, lo hemos estado hablando, y educación sanitaria. Muy importante, además, convencer a las personas, porque las personas son parte de la solución, no son parte del problema. No los infantilizados, que sepan hacer distancia física, mascarillas, higiene de manos.

Desarrollar planes de preparación de epidemias y catástrofes, y, de cara a mejorar en el futuro, estoy de acuerdo con propuestas como la de seleccionar a gestores públicos siguiendo principios de igualdad, mérito y capacidad, más que de confianza o amiguismo.

No puedo dejar de mencionar que hay que aprovechar el impulso de la telemedicina, pero sin dejar la posibilidad de proximidad al paciente

cuando sea preciso, permítame que lo diga. Complementariamente a la medicina basada en la efectividad, hay que insistir en la medicina basada en la afectividad, que tiene una importancia grandísima y que a veces, no se dice.

El humanismo, la efectividad, que no se pierda, por favor, porque eso va a ser clave. Es terrible, una de las cosas malas, porque como ahora nos contaminábamos con las manos, estamos todo el rato con los desinfectantes, y una de las terapias mejores que hay con una persona, por ejemplo, un paciente pluripatológico mayor, es darle la mano y mirarle a la cara. Recuperemos eso tanto como podamos.

Insistir en la investigación biomédica básica clínica y de salud pública, que es fundamental, insistir en la formación y educación médica y sanitaria, en general, sanitaria, y el concepto de salud en todas las políticas. Quiero decir que hay un gran espacio para los municipios. Habría que apostar mucho por las redes de ciudades saludables. Ahí pueden ayudar muchísimo.

Ya está señorías. Soy consciente de que la salud no lo es todo. Podría haber hablado muchísimo más. Perdóneme, presidenta, que le tengo un enorme respeto, por haberme pasado en el tiempo. Sé que esto no lo es todo, pero acuérdense de una cosa: la salud no lo es todo, pero sin salud, todo lo demás, no es nada.

(Aplausos).

Con toda la humildad, como profesional de la medicina, por favor, lleguen a un consenso, que les necesitamos, les admiramos, se lo decimos de corazón y, al final, hay muchas veces que... la política, la política... la política es el arte de hacer posible lo que es necesario. Necesitamos un consenso, necesitamos fortalecer la salud pública, háganlo posible.

Muchas gracias.

(Aplausos)

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, doctor Martín. Es todo un privilegio tenerle hoy aquí.

Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra.

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

En cuanto a las vacunas que usted ha dicho “Tenemos un lío tremendo o un problema internacional”, en el momento actual, ¿qué propuesta se puede hacer para salir de este lío tremendo, la situación a la que hemos llegado? Usted está hablando de que están trabajando en un algoritmo para ver cuál es la solución. Desde aquí, ¿qué se podría plantear?

En segundo lugar, usted ha hablado de los organismos internacionales, de la OMS, del ECDC, de los fallos que han tenido, y que tendríamos que pasar de las relaciones bilaterales a las multilaterales. ¿Qué medidas se podrían proponer, a su juicio, para ganar esa capacidad de influencia, y qué propuestas se podrían hacer, para poder mejorar esos fallos que han tenido, y que luego han tenido muchas consecuencias en la gestión de la crisis? Porque, ciertamente, los Gobiernos, a veces, han estado a la espera de cuáles eran las indicaciones ante algo desconocido para poder proceder con más acierto.

Muchos ponentes están hablando de que esa atomización de las competencias entre ministerios o el necesario retorno del Instituto Carlos III del Ministerio de Ciencia al Ministerio de Sanidad, o que la seguridad alimentaria no esté en Consumo, que tal vez quería bueno reestructurar eso de alguna forma.

En cuanto a los veterinarios, solo quiero decirle que en la gestión de la crisis tal vez no se haya planteado, pero nosotras que hemos estado todas

las semanas en la Comisión de Seguimiento de la crisis, sí que se hacía la propuesta. Si no se ha considerado, no sé, pero la propuesta sí que se hacía.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta. Gracias por tus aportaciones, doctor Martín. Ha sido muy interesante, la verdad.

Primero, quiero compartir con ustedes nuestras condolencias a todos los compañeros profesionales y a todas las personas que han perdido la vida y que se han infectado por este virus. Y también he de decirle que las gratificaciones que deberían tener son en forma de mejoras laborales: las necesitan.

En este sentido, me ha parecido muy interesante el diagnóstico que ha hecho usted de la situación, sobre todo habiendo estado usted en el ámbito de responsabilidad del Instituto Carlos III, y habiendo sido, además, director de Salud Pública.

Al igual que usted, nos interesa el análisis de lo que ha pasado y de lo que está pasando, porque también hay que recordar, usted lo ha dicho muy bien, que el virus no ha terminado, seguimos en pandemia.

Me gusta la idea de una evaluación independiente. Ha dicho usted que la va a liderar la OMS, nos congratula.

Coincido con usted, como creo que muchos de los aquí presentes, en que hay que mejorar muchísimas cosas, especialmente en el refuerzo de las competencias del Ministerio de Sanidad, actualmente, prácticamente vaciadas. ¿Cree usted que la creación de una Agencia Española de Salud Pública puede mejorar esta situación? Algo ha dicho, pero me gustaría que ahondara un poquito más en esa pregunta.

En cuanto a datos de fallecidos y contagios no ha querido entrar. Lo entiendo, pero yo no puedo evitarlo, no soy especialista en la materia como el 95 % de la población, y necesito respuestas. Intento, en cada compareciente, sacar respuestas. ¿De verdad es tan difícil de averiguar con los medios que tenemos ahora mismo?

El doctor Hoyo, que le ha precedido a usted, y otros muchos más de los comparecientes, afirman esa dificultad. Me gustaría saber cuál es su opinión.

Como usted ha dicho en su informe, esta pandemia ha puesto de manifiesto, por un lado, la debilidad de nuestro sistema sanitario y por otro lado la capacidad de adaptación de nuestro personal sanitario, encomiable, sin duda. ¿Cómo valora la aportación de la sanidad privada en esta pandemia?

También me gustaría obtener de usted una valoración, desde el punto de vista técnico, de nuestro sistema de salud público en la gestión de esta pandemia. ¿Estaríamos preparados para un más que probable rebrote? ¿Estamos dando los pasos oportunos para ello?

En su informe subraya la incorporación del Instituto Carlos III al Ministerio de Sanidad, no podemos estar más de acuerdo, ¿en qué condiciones lo haría? ¿Qué sería necesario para hacerlo a la mayor brevedad posible?

Estamos muy de acuerdo en empoderar pacientes, la labor esencial de la veterinaria que, como ha dicho la compañera del Partido Nacionalista Vasco, se está hablando en el ámbito de la Comisión, y coincido con usted en muchísimos aspectos en ese sentido.

Sin más, como yo siempre soy breve, para no perder la costumbre, agradecerle sus aportaciones, sus posteriores respuestas y muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Grupo Parlamentario Republicano.

El señor **VALLUGERA BALAÑA**: Muchas gracias, presidenta. Gracias por su comparecencia, gracias por el documento, está relleno de enlaces que me miraré cuando pueda, porque, realmente, este grupo de trabajo está generando muchísima documentación y muchísimos puntos de vista.

Estoy en el Grupo Republicano, por tanto, comprenderá que no comparto, en absoluto, su visión de cómo debe ser el ministerio, ni muchísimo menos. Creo que, precisamente, la tan manida frase de que “El virus no conoce fronteras”, diríamos que puede reforzar mis posicionamientos y no los contrarios. Pero como yo a esta comisión vengo a aprender, y no creo que a usted le importe mucho nuestros puntos de vista, sino que lo que nos interesa es saber de su experiencia y de su conocimiento, haré solo tres comentarios.

El primero, lo que más me interesa de todo lo que usted ha dicho ha sido cómo cambiamos esta sociedad global depredadora y la convertimos en una sociedad global colaborativa con el mundo. Porque en el fondo, todo está ahí. Es decir, depredamos medioambiente, depredamos personas, depredamos recursos y, al final, vamos a conseguir matarlo todo. Como comparto completamente esta visión, si usted tiene la fórmula mágica o algún elemento que pueda contribuir a cambiar esta relación, le agradecería que me diera alguna pista.

Ya, por último, lo han dicho los dos compañeros, pero el tema de los veterinarios lo trajimos nosotros a la comisión, y lo trajimos con el concepto (**Palabras que no se entienden**), porque creemos que es básico. Y, además, pedimos que los grandes medios que tienen los laboratorios veterinarios, precisamente porque controlan los virus en la producción de producto animal, se pusieran al servicio de todo el sistema de salud.

Debemos decir que no ha habido respuesta ninguna, y también que detectamos con cierto corporativismo por parte de la profesión médica, que venían a decir que los veterinarios no se metiesen en su campo.

(Palabras que no se entienden) se la comento porque me llamó la atención, y no positivamente.

Muchas gracias por su comparecencia, es realmente interesante.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenos días doctor Martín Moreno.

Quería comentarle un artículo que creo que salió a primeros de marzo del profesor Vicenç Navarro, y citando dos artículos, uno del *New York Times* del 28 de febrero, que le quería comentar a raíz de las epidemias.

Dice ese artículo que una de las causas del crecimiento de las epidemias es la relación animales, incluidos animales salvajes y hombre. Dice que la sociedad no está preparada para hacerles frente. Hablaba de los problemas de que una vez empieza una cosa así, en el otro extremo del mundo, te llega aquí rapidísimamente, por una sociedad tan globalizada.

Otro artículo, que hablaba de las granjas factoría, que, de la forma de producción animal, debido al estrecho confinamiento y tratamiento con dosis bajas de antibióticos, favorecía la mutación del virus a humanos. O sea, de un virus animal que pasara a humanos.

Entonces, decía “La respuesta común es intentar fármacos o vacunas, asumiendo erróneamente que una vacuna se puede conseguir en poco tiempo. Lo que debería hacerse es producir vacunas antes, y no después de que se propagó la enfermedad”. Lo que parece un poco contradictorio es

tener una vacuna previa a una enfermedad, si no sabes qué enfermedad va a venir.

Continuaba diciendo: “Que se pueden desarrollar vacunas frente a posibles virus que ya existen en la fauna animal para estar preparados”. Porque decía que no es que tengas la vacuna tú, es que acorta muchísimo el periodo de investigación previo, y que, de durar uno o dos años, puede durar la mitad o menos. Entonces, que en ese sentido valía la pena.

Quería preguntarle qué piensa usted de esto, de tener vacunas preventivas.

Se plantea también en este mismo artículo otro problema, que es la otra pregunta, “¿Quién conduce y lidera la investigación farmacéutica? Las empresas, la mayoría afincadas en países ricos, cuyo principal objetivo es optimizar beneficios –y dice-, que solo se investigan vacunas que pueden ser rentables según criterios de mercado”. ¿Cree usted que este tipo de criterio puede haber influido en lo que nos está planteando que haya 105 líneas de investigación diferentes de una vacuna? ¿Hay algún tipo de interés?

Esas son las dos preguntas.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Grupo Parlamentario VOX.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señora presidenta. Muchas gracias, profesor Martín Moreno.

Me llamo Juan Luis Steegmann Olmedillas, soy diputado de VOX, y, hasta hace, hematólogo en el Hospital la Princesa.

Había leído un poco sobre usted, y le tengo dar las gracias por su inteligentísima disertación que ha tenido una acogida tan favorable por

todas sus señorías. Creo que algunas señorías, cuando se den cuenta de todo lo que ha dicho, no estarán tan contentos con lo que ha dicho.

Por otra parte, hago votos, que se cumpla su predicción, que yo creo que también fue de la doctora Pastor, de que la salud pública no hace ganar elecciones, pero las hace perder.

En 2014 usted dijo que, ante el fallecimiento de muchísimos seres humanos de otra raza, pero que son tan personas como nosotros, también enferman como nosotros, hemos permanecido impasibles. Por casualidad, como yo pertenezco a un grupo de la Red Europea de Leucemia en que tengo amigos de Corea del Sur y Hong Kong, y como había estudiado un poquito lo que había pasado en esos países, estaba informado de lo que estaba pasando en China y, por eso, nuestro grupo, a priori, no a posteriori, el 11 de febrero propusimos el cierre de fronteras con China, y, poco después, con Italia y con Corea del Sur.

Usted había señalado, ya en el 2018, que iba a haber una enfermedad X que, posiblemente, usted afirmaba, iba a ser una zoonosis, el doctor Puerta, también. Ha hecho un artículo muy interesante en el Real Instituto Elcano, que yo me he leído, en el cual muestra, de esa forma tan diplomática que tiene usted de decir las cosas, su escepticismo sobre la OMS.

Es más, señala que, últimamente, la historia de la OMS ha sido una historia de fracasos: con SIDA, por eso se han quitado las oficinas para el SIDA, la tuberculosis y la malaria; con el Ébola y, ahora mismo usted, también de una forma muy sutil y diplomática, dice que ha fracasado la OMS.

Por lo tanto, estamos de acuerdo con usted, perdóneme por el atrevimiento, de que necesitamos unas fronteras exteriores microbiológicas, esta sanidad exterior que usted menciona, porque, además, ya otros médicos, un médico de **(Palabras que no se entienden)** señalaba que en España no había protocolos comunes nacionales para alertas

epidemiológicas, tanto de detección externa como interna, que usted aboga por ello.

El mismo tiempo, aboga en que, una vez más, confiemos en la OMS, al mismo tiempo que ha dicho que no nos debemos fiar mucho de la OMS y de ECDC, sonriendo, como dice usted, porque tenemos que influir. Pero me pregunto yo, ¿no tendría que haber influido unas personas más relevantes del ministerio en estos organismos, y no será mejor que nosotros confiemos en nuestras propias fuerzas? ¿No será mejor, como usted propone y como dice nuestro grupo parlamentario, que tenemos que tener una sanidad única, bien unificada y fuerte, localizada en el Ministerio de Sanidad?

Estas pequeñas preguntas, su intervención la vamos a estudiar con delectación y con mucha minuciosidad. Con esto, le doy las gracias de nuevo.

Gracias, señora presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Martín Moreno, por su intervención, por el contenido de su intervención y, además, por ser el único compareciente que ha dicho que los políticos servimos para algo, yo se lo agradezco especialmente.

Bien es cierto que hay algunas contribuciones que hacen posible que la gente piense que estamos haciendo siempre bronca y no trabajando. Y por eso, es importante que personas de la sociedad civil y científicos como ustedes, digan y reconozcan que hay personas que tenemos el firme deseo de que los trabajos de esta Comisión de Reconstrucción, aunque algunos no

quieran, deberían de concluir con acuerdos, no sé 5, 25, u 8, pero, desde luego, con acuerdos.

Por eso decirle que, después de leer el documento y de escucharle, creo que ha hecho usted unas cuantas reflexiones y consideraciones, viniendo de una persona que es especialista en salud pública y que estoy seguro que ha dicho mucho menos de lo que usted ha analizado, de lo que ha pasado, tal vez de propuestas, no, pero de lo que ha pasado, usted se ha mordido la lengua bastante, y eso hace que usted es como es.

Le quiero hacer varios comentarios. Uno, primero, que tiene que ver con su responsabilidad como director general de Salud Pública. Usted solo me copio una frase a mí, yo a usted muchas, que fue aquello de que, efectivamente, la política sanitaria no da votos, sino que los quita. Usted recuerda, cuando estuvimos en el Harvard Club los dos, en aquella conferencia que yo di en un inglés peor que el suyo, también en esto me gana, en ese inglés que aprendimos muchos y, afortunadamente, podemos manejar, defendiendo el Sistema Nacional de Salud español, este gran sistema público que tenemos, y expliqué que en España había una Organización Nacional de Trasplantes y que, te llamarás como te llamarás, tuvieras el nivel de renta que tuvieras, teníamos acceso todos los españoles, en condiciones de igualdad, a los servicios sanitarios de este país. Hubo un danés que me pregunto si había entendido bien lo que yo decía, y le explicamos que, efectivamente, era así.

Para mí, aquel fue uno de los momentos, sin ninguna duda, de sentirme orgullosa de España y de nuestro país. Hoy me sigo sintiendo igual de orgullosa, por lo tanto, trasladarle que sigo confiando en el Sistema Nacional de salud y que creo que lo que ha fallado es el Sistema Epidemiológica de Vigilancia Epidemiológica.

Como a usted le tocó gestionar una crisis que, por cierto, he leído en algún periódico: “Una crisis que pasó sin pena ni gloria, que fue el SARS-

1” En SARS-1, los ciudadanos tienen que saber y me gustaría que usted lo explicara, ¿por qué se tomaron medidas de vigilancia en los aeropuertos, cuando no teníamos ni un solo caso, y por qué este le escribimos una carta, porque nos reunimos con la vicepresidenta China, y, por qué mandamos una carta a todos los ministros europeos para decir: “Si tú tienes pacientes, personas que vienen con algún tipo de sintomatología, abstente de que vuelen directamente a España, y si vienen personas **(Palabras que no se entienden)** a España de terceros países, vamos a hacer un control”? De ahí el control, que usted recuerda bien, a las tres de la madrugada en Bilbao, excelente ciudad, a tres americanas que venían a ver ese excelente museo, que es el Guggenheim.

La pregunta que le hago es: ¿usted piensa que, en este momento, usted ha dicho no voy a hablar del pasado, voy a hablar más del futuro, de desescalada, qué actuaciones tendría que haber en los aeropuertos, siendo que este SARS-2 es distinto, como bien conoce usted, SARS-1, porque es mucho más contagioso y tiene una letalidad menor, pero muy contagioso? ¿Por qué, en este momento, piensa usted que cada comunidad autónoma, donde esté radicado cada aeropuerto, se vayan a tomar medidas que sean diferentes en el aeropuerto de Palma de Mallorca o en el aeropuerto de Madrid o en el de Santiago de Compostela? ¿Le parece razonable? ¿Qué haría usted si tuviese esa responsabilidad? Si no quiere, no me conteste.

Con respecto a la investigación biomédica, desde luego, totalmente de acuerdo con integrar el Carlos III, de donde no se tenía que haber ido nunca. ¿Qué haría usted con el resto de las instituciones de investigación, **(Palabras que no se entienden)**?

Estamos sabiendo que este virus genera secuelas y, por eso, nosotros presentamos una Oficina de Atención a las Víctimas Pos-COVID, no solo a las víctimas que han fallecido, sino a las pos-COVID, y que, en muchos casos, están empezando a ver ya algún tipo de patología residual. Tenemos

dos instituciones, (**Palabras que no se entienden**), que también, creándolas el Ministerio de Sanidad, no sabemos por qué se han ido del Ministerio de Sanidad. Hemos contribuido seguro que todos ello. ¿Qué piensa usted de estas instituciones?

Y, por último, con permiso de la presidenta y terminó, Europa está empezando a poner en marcha un metaanálisis con respecto a esas patologías pos-COVID, sabe que se están haciendo estudios sobre que los que somos grupo sanguíneo A+ tenemos más riesgo, y estas cosas, incluso, detectando en qué gen puede haber especial predisposición. La pregunta que le hago es: ¿usted no cree que merecería la pena que, desde las instituciones académicas que ustedes representan, en España se pusiera en marcha un metaanálisis, con toda la información recabada en todos los centros de nuestro país, para que en algunos meses se tuviera, con claridad, un análisis de lo que ha pasado en nuestro país? Usted ha hablado de evaluación, pero me a mí gustaría hablar de la evaluación de lo que han hecho los políticos en el Parlamento, y la evaluación de la ciencia, esa evaluación, pero, sobre todo, esa evaluación para tomar medidas, creo que les corresponde a ustedes y, en ese sentido, ¿qué nos puede decir? ¿Qué opinión le merece un metaanálisis u otro tipo de investigaciones que los científicos deberían de poner, ustedes, en marcha?

Muchas gracias por lo que ha contribuido usted, en España, a la salud pública y, lo que aportará, desde luego, en muchos años que le esperan de vida.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias, presidenta. Doctor Martín Moreno, bienvenido a este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública que se enmarca en la Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España.

Quisiera sumarme, antes de nada, a su recuerdo de los miles de personas que han perdido la vida por esta infección, todas las personas que están afectadas, y como no, sumarme a su admiración que expresa por los profesionales sanitarios y de servicios esenciales que tanto nos han ayudado.

Si me quedase con una frase de todo lo que ha dicho, que es difícilísimo, me ha llamado mucho la atención la frase de “Hacer propuestas desde la esperanza”. Creo que es una frase con muy pocas palabras, pero muy importante, en medio de todo este proceso.

Le voy a hacer dos preguntas, aunque quisiera hacerle muchísimas más, pero voy a intentar ceñirme solamente a dos. La primera es ¿qué propone en concreto para mejorar el funcionamiento y la utilidad social, en situaciones como esta de pandemia, para el ECDC, para la Organización Mundial de la Salud?

La segunda es si me podría dar su opinión sobre el comportamiento de China en las primeras semanas de esta pandemia.

Nada más que esas dos preguntas.

Quiero comentar también que usted ha hablado de la medicina efectiva, creo que la efectividad es importante en la medicina y en la vida en general y en la política.

Nuestro grupo queremos reconstruir porque, según dice la Real Academia Española, reconstruir es volver a construir de manera que sirva para unir, para llegar y, todo lo que se haya podido separar bajo la presión de la de COVID-19, en nuestra sociedad.

Nada más, termino agradeciéndole su exposición.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Doctor Martin, por favor, tiene usted la palabra.

El señor **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA. DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA POR LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. DOCTOR EN SALUD PÚBLICA, EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN SANITARIA POR LA UNIVERSIDAD DE HARVARD (EE. UU)** (Martín Moreno): Muchísimas gracias, señorías.

Me va a resultar muy difícil estar al nivel de la calidad de sus preguntas, les ruego indulgencia porque mis respuestas van a ser bastante más pobres de lo que a mí me gustaría, por la falta de tiempo.

Voy a intentar recordarlas, hablando de otra fase, “recordar es volver a pasar por el corazón lo que en el corazón estuvo”. Lo que ustedes me han dicho ya está en mi corazón y voy a intentar recordar lo que me estaban diciendo.

Estaba intentando ver si podía unir preguntas de forma diferente, no necesariamente en el mismo orden. Si les parece empiezo por el Grupo Parlamentario Socialista, creo que, lo digo de corazón, hacer propuestas desde la esperanza. Tenemos la obligación de transmitir esperanza. La desesperanza es algo que puede ocurrir cuando uno tiene algún problema de estabilidad mental, desgraciadamente muchas personas han perdido la esperanza, están en depresión, pero como sociedad, en todo lo que podamos tenemos que contribuir a esa esperanza.

Pienso que, para mejorar la OMS, el ECDC y lo de China, lo voy a unir a la pregunta del representante del Grupo Parlamentario VOX, que también le agradezco, como a todas las personas, sus comentarios, porque también me pregunta sobre la OMS y sobre sus fracasos y sobre lo que era mi

trabajo en el Real Instituto Elcano. Ha citado bien algunas cosas que he dicho, lo que pasa, doctor Steegmann, es que no ha citado otras cosas que pone también ahí. Ha leído parte. Yo lo que estaba diciendo (**Palabras que no se entienden**) decía, vamos a reconocer, porque si no, es todo una hipocresía.

¿Qué es lo que ha hecho mal la OMS? En el SIDA no lo hizo del todo bien y, por eso, primero se creó ONU SIDA y, luego el Fondo Global para SIDA, tuberculosis y malaria. Si la OMS hubiera trabajado bien, estaría dentro de la OMS, eso es evidente.

Citaba algunas cosas que se habían hecho mal, pero también citaba, por ejemplo, la erradicación de la viruela, que es algo de lo que estamos súper orgullosos, no está tan lejana; la eliminación de la polio, que está bastante controlada y ha habido un esfuerzo, además, público-privado, y la fundación (**Palabras que no se entienden**), las fundaciones están haciendo una gran labor y la OMS está trabajando ahí.

Me hablaba también del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en el 2005. Es decir, perdóneme que le diga, con todo el respeto, que le pido disculpas a usted, porque no he debido de escribirlo muy bien cuando usted se ha llevado la impresión de que yo estoy poniendo a la OMS a parir, y no, no es eso. Estoy diciendo que hay cosas que no funcionan todo lo bien que deberían funcionar.

De hecho, le respondo ya a la segunda parte, dice que si para estas fases posteriores debemos confiar en la OMS. ¿No será mejor que nosotros confiemos en nuestras propias fuerzas? Pues mire, yo lo que le comento, y además me parece que en el propio Real Instituto Elcano también puse esa frase, pero no me acuerdo, es “Si no existiera la OMS, habría que inventarla”. Lo hemos dicho muchas veces. Hay que mejorar las cosas que no están, pero estos temas que son globales, hay que colaborar de forma global.

Tiene usted mucha razón en que nosotros tenemos que ser mucho más activos, no estar pasivamente esperando a lo que nos diga la OMS, sino ir a liderar la OMS, en la medida de lo posible, por supuesto, pues no somos los únicos.

Volviendo al Grupo Parlamentario Socialista, ¿qué debería hacer para mejorar la OMS y el ECDC? Fundamentalmente, darle más independencia y más tolerancia, más evaluación, más admisión de que las personas se equivocan, porque nos equivocamos todos, y que no tengan tanto miedo, porque si un director general o una directora general, y lo sé porque lo he vivido, está asustada porque si dice determinada cosa, va a haber un señor presidente que se va a llevar el 25 % del presupuesto de la asociación, que son las habichuelas de las personas que trabajan ahí, pues se preocupa, y eso lo que ocurre.

¿De qué depende? De los Estados miembros, cómo va a criticar, por ejemplo, la política de que si yo, en un momento de escepticismo, el presidente actual de los Estados Unidos no dijo casi nada. ¿Y cuando lo desinfectantes? Que había que ponerse desinfectantes. ¿Habrá habido algún disparate mayor en la historia de la Humanidad? Yo no he visto algo así, y tampoco se dijo gran cosa. Otro señor en el Reino Unido, también: “Aquí que se mueran unos cuantos, que o pasa nada”. Hasta que él mismo cayó enfermo, ¿se dijo algo públicamente? Tampoco se dijo nada.

Entonces, es verdad que la OMS no es valiente, le falta independencia. Le falta decir: “Miren ustedes, con todo mi respeto, lo están haciendo mal. Y esto no puede ser”. Y en vez de aplaudirnos a posteriori de que nos confináramos o de que se confinara Italia, **(Palabras que no se entienden)** habernos avisado a nosotros, con la situación que tienen ustedes, se deben de confinar. Eso lo que yo hecho en cara a la OMS.

Entonces, es necesaria mayor independencia desde el punto de vista, incluso, de sus estatutos y su financiación, para que no esté tan dependiente

ni de organismos nacionales ni tampoco de los privados, porque muchas veces, muchas de esas aportaciones de fundaciones hacen lo que se llama **(Palabras que no se entienden)**, que son designadas para hacer una cosa concreta, hacen que no se haga lo que se tiene que hacer, para poner la energía en lo que no se tiene que hacer. Y eso es el problema.

Al ECDC le pasa igual, está asustado, lo digo con todo mi respeto al ECDC, de cuyo comité científico puntual formo parte. El ECDC no toma ninguna decisión y, además, está desautorizado para hacer grandes declaraciones porque las hace la DG SANTE, la hacen los organismos en Bruselas. Los grandes temas de política, el ECDC es un organismo técnico, entonces, necesitamos soltarle las bridas un poquito más.

En cuanto a China, no voy a entrar en muchos detalles, simplemente decir una cosa, una cosa es mentir y otra cosa es dosificar la verdad. Yo no sé si China mintió, pero tengo una cuasi certeza de que no dijo todo lo que sabía, y no digo más.

Respecto al Grupo Parlamentario Vasco, hablaba de las vacunas. Desde luego, es un problema muy importante, a mí me tiene, quizá, de lo más preocupado y de lo que menos sé las respuestas que dar. Sé que en el algoritmo tenemos que incluir varias cosas. Porque es complicado, es como una matriz. Una cosa es qué vacuna, tendríamos que tener primero un seguimiento real, esto es un bien público. Tendría que ser un bien público universal, y tendría que haber una supervisión de lo que están haciendo, y estar encima de ellos y saber, de verdad, en qué estadio está, cómo están los estudios de experimentación animal, que son la primera parte; si están en fase 1, ya saben en qué consiste, en fase 2, para ver un poco la dosis, que no se quede ni corta ni muy alta ni produzca efectos secundarios, y cuáles van a estar en fase 3; cómo se están haciendo los ensayos clínicos.

Tendríamos que tener primero una Comisión Internacional supervisando los principales grupos. Eso para empezar, porque si no, no sabemos ni

dónde estamos. ¿Saben ustedes que hay una empresa que se llama Moderna? Su sede está en Nueva York, uno de sus principales directivos es un español y trabaja con **(Palabras que no se entienden)** Mensajero. Pues saco la noticia de que ya tenemos prácticamente la vacuna, y el *Wall Street Journal* ponía que subió la cotización de la empresa que había empezado, me parece que hace siete meses, no había hecho una vacuna en su vida, subió por los aires.

Tengo diapositivas de que al día siguiente en revistas científicas decían que las pruebas que había presentado Moderna no se sostienen. Eso no se puede aguantar, tendríamos que decir: “Vamos a ver, no diga usted una tontería, no genere tal, porque tiene consecuencias sociales, humanas, éticas, económicas”.

Lo primero que hay que hacer es supervisar qué vacunas hay, qué calendario va a haber, qué características tienen, qué inmunogenicidad crean y, más o menos, qué coste va a tener.

Con todo esto, que sería el aspecto del qué, luego estaría el cómo. Cómo las vamos a distribuir, porque a lo mejor son complementarias, pero que se haga con justicia y con equidad, y cómo se van a pagar.

No sé si le he respondido, pero eso es lo que yo le diría.

Respecto a lo que ha preguntado el Grupo Parlamentario Vasco de las relaciones bilaterales o multilaterales, qué se puede hacer, mucho. Hay una cosa que se llama, que lo dominan los japoneses de maravilla, pero el término es saijón, **(Palabras que no se entienden)**, copiar lo que hacen otros países, que es hacer lo que se llama **(Palabras que no se entienden)**, mandar primero a gente desde el ministerio y desde nuestro sitio, desde el Carlos III y, además, mandarnos allí para que vean cómo funciona.

Eso, por un lado, y por otro, apostar estratégicamente por mucha más presencia, a través de las embajadas, con la doctora Pastor yo he tenido la ocasión de estar en la Comisión Permanente de Naciones Unidas en

Ginebra, y ya se sabe que los embajadores son muy sensibles a cómo se les trata en función, y qué interés puede haber. Si nosotros no tenemos interés, pasarán de nosotros y a lo mejor están en la Organización Mundial del Comercio o estarán más centrados en la de Meteorología, porque tienen muchísimas organizaciones.

Si nosotros nos centramos en que esto es importante para nosotros, no se preocupe usted que nos ayudará, y si nos ayudan las embajadas, que a su vez están interrelacionadas en red con las otras embajadas, hemos ganado mucho. Hay muchas posibilidades de hacer cosas ahí.

Muchas gracias, también, por el tema de los veterinarios, ya me lo han aclarado tanto el Grupo Parlamentario Vasco como el de Podemos, y agradezco que se haya mencionado. Era que yo, en mi seguimiento durante la pandemia, se oía muy poco a los veterinarios, sí a los farmacéuticos. Les tengo a todos enorme cariño, pero era una que es importante, que no los estamos mencionando.

El Grupo Parlamentario de Ciudadanos ha dicho una cosa, que también les pido disculpas porque no me he debido de explicar bien. Hay un análisis de lo que ha pasado y de lo que está pasando, y esa evaluación independiente va a ser liderada por la OMS, no, yo no he dicho que vaya a ser liderada por la OMS, que la OMS va a ser sometida a una evaluación independiente; que el Reino Unido va a ser sometido a una... independiente; que Francia va a ser sometido y que yo estaba simplemente proponiendo que sería bueno que nosotros (**Palabras que no se entienden**), no que la OMS nos va a evaluar a nosotros.

De todas maneras, la idea está en el mismo sentido.

Me preguntaba también si la Agencia de Salud Pública ayuda, y cómo puede ayudar. Catalizando con compasión. En salud pública he enseñado muchas veces tres cosas que son fundamentales: primero, es saber, si uno no sabe está perdido; segundo, es querer, es lo que ustedes están haciendo;

y tercero, es poder. Si ustedes saben, y si ustedes quieren, tienen un instrumento en el que pueden catalizar las sociedades científicas (**Palabras que no se entienden**) anteriormente, ayudarse, el que las diferentes ideas vayan fluyendo. Nada más que en eso, hacer todas las funciones esenciales de (**Palabras que no se entienden**).

Me preguntaba también, y no me quiero escapar de la pregunta, creo que en el documento sí que lo he puesto, sobre la valoración de la sanidad privada en la pandemia. Yo, sinceramente, les aplaudo, en la parte que ha sido ceder los recursos al sistema público, lo que yo he leído, yo no sé, yo no formo parte de la sanidad privada. Estoy totalmente inmerso en sanidad pública, pero les reconozco que las aportaciones han sido valiosas, en lo que hayan sido de valiosas.

Lo que no haya salido del todo bien, habrá que analizarlo de la misma manera. Creo que lo ponía en el documento, hay que reconocérselo.

Si estamos preparados mejor ahora que antes, sin duda alguna. Lo cual no quiere decir que lo hagamos perfecto, ni mucho menos.

El grupo Podemos me hablaba de Vicenç Navarro, amigo mío, (**Palabras que no se entienden**). Lo que me ha dicho al principio, totalmente de acuerdo, no puedo entrar, como ha dicho la doctora Pastor, epidemia, la relación entre animales y hombres, las granjas factoría, eso es una verdad tremenda. Esa convivencia tan cercana, respirando las plumas, el polvo que sale del propio animal y demás, se ha demostrado que es un factor de riesgo importante. Y eso sí que habrá que ver cómo, incluso en ciertos países asiáticos, sin querer estigmatizar nada, cierta forma de proceder con esas industrias, y son conscientes, se lo digo yo que China está intentando cambiar, porque esto viene mucho esa zona, que, además, lo ven como manjares. El pangolín es un manjar, la Gineta es un manjar. A nosotros nos daría miedo. De hecho, parte de los murciélagos, que son los hospedadores de esto, también se los comían, o sea, que sí.

Lo único que más complicado es la vacuna antes. La vacuna antes es más difícil de tener, por lo que ha dicho, pero sí que es verdad que hay un concepto que se llama **(Palabras que no se entienden)** que es tener la plantilla hecha, la cosa preparada.

Como decía el doctor Steegmann, yo si he hablado de la enfermedad X, que es aquella que no sabemos cuál es, pero que va a venir. Si tenemos los **(Palabras que no se entienden)** razonablemente agilizados, el músculo es fuerte, seremos mucho más ágiles. Es verdad que hay, desgraciadamente, intereses económicos, no cabe duda, es así, y ahí es donde tiene que estar la parte pública para decir “No, entiendo que les puede interesar hacernos esto, pero nosotros tenemos la obligación de que este tema esté cubierto”. Es verdad que si no le ven una componente de posible retorno a lo que hayan invertido no va a haber interés.

Grupo Parlamentario Popular, no le puedo responder, doctora Pastor, se lo responderé a parte a muchísimas cosas que me ha dicho. Me interesa muchísimo decirle que hicimos en el SARS-1 medidas desde el Comité Científico de inmediato, coordinación europea como ha dicho, relación con la OMS y mucha participación de sanidad exterior en aeropuertos. Creo que sí que se deberían de hacer esas políticas de aeropuerto de forma conjunta.

Me gustaría responderle a todo los demás, pero no puedo.

Voy a dejar el último al Grupo Republicano, porque me dice que no comparte el reforzamiento del Ministerio de Sanidad y espera que lo entienda. Claro que lo entiendo, ¿pero sabe usted lo bonito? Ustedes están haciendo una cosa muy importante, lo primero en lo que tienen que ponerse de acuerdo es en estar de acuerdo en no estar de acuerdo, a veces, y, a pesar de eso, respetarse.

Como decía Martin Luther King, porque usted me ha dicho después otra cosa, “A usted le va a dar igual lo que diga yo”. Pues no, no me da igual,

porque “Tú verdad aumentará, en la medida que sepas escuchar, la verdad de otros”.

Valoro lo que usted está diciendo, a mí gusta como yo lo he planteado, pero comprendo que usted lo pueda ver de otra forma. Creo que el mundo no tiene fronteras, y me gustaría que hubiera las menores posibles, eso es mi punto de vista.

¿Cómo cambiamos la sociedad depredadora en esta sociedad? ¿Cómo lo hacemos mejor? Mire, el director general de la OMS decía: “test, test, test”. Pues yo le digo, porque esto me gusta mucho, “Educación, educación, educación”.

Nada más. Muchas gracias.

(Aplausos).

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Martin. Muchas por todas las aportaciones, sé que se le han quedado cosas en el tintero. Le trasladó la enhorabuena de todos los presentes por el nacimiento de su nieta.

(Pausa).

Muchas gracias.

Continuamos la sesión con la comparecencia de don Ildefonso Hernández Aguado, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, y director del departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández. Exdirector general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Muchísimas gracias, doctor Hernández, por acompañarnos hoy aquí y aceptar nuestra invitación.

Tiene usted la palabra.

El señor **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ (ALICANTE). EXDIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL** (Hernández Aguado): Muchísimas gracias, presidenta. Buenos días. Muchas gracias por la invitación, trataré de ser útil.

Es un gusto volver a esta casa, siempre me gusta venir, lo que pasa es que el motivo de la convocatoria es la penosa situación que tenemos, una calamidad pública de inmensas consecuencias. Por eso, quiero solidarizarme con todas las víctimas y, desde luego, también, con las personas que están sufriendo y que van a sufrir las consecuencias sociales, económicas, humanas de todo tipo.

Lógicamente, elogiar al personal sanitario, tengo conflicto de intereses porque tengo muchos familiares y amigos que son sanitarios, pero creo que merecen elogio, y un elogio especial a los profesionales de salud pública, a los epidemiólogos que siguen trabajando a todas horas y, a veces, con críticas injustas. Por eso quería elogiar a estos profesionales de salud pública.

Les ha entregado un documento con algunas notas pequeñas sobre mi biografía, pero voy a hacer como los anteriores, que se presentan, soy de Menorca, de Mahón, estudié Medicina y, después de trabajar como médico de pueblo, me especialicé en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

Después de hacer la residencia hice la tesis, y como ésta tenía componentes epidemiológicos, me fui acercando la epidemiología tras una estancia de investigación en el Centro de Control de Enfermedades y una

formación en la Universidad Libre de Bruselas. Me dirigí hacia la epidemiología, aunque trabajé mucho tiempo como clínico.

Eso me llevo a especializarme en Medicina Preventiva y Salud Pública, he trabajado de epidemiólogo, he trabajado mucho de clínica, he hecho muchas guardias; he trabajado, también, de técnicos de Salud Pública de varias Administraciones, de la Junta de Andalucía, de la Generalitat; he trabajado con SIDA, he hecho seguimiento de contacto.

Un poco de todo, he sido profesor de Metodología Epidemiológica del extinto Instituto de Salud Pública de la Comunidad Valenciana, y después, como saben, fui director general de Salud Pública con la ministra Trinidad Jiménez, una extraordinaria persona y ministra en mi opinión. Me gustó tanto la política de salud, que cuando acabé me decidí a hacer un doctorado en Buen Gobierno y Administración Pública con el señor Villoria, que también fue un excelente técnico, profesional académico.

Aparte de estas cosas, he sido consultor de la OMS, consultor en varios países en la formación de salud pública; soy miembro de comisiones científicas, de comités científicos externos de proyectos europeos, de institutos de investigación españoles.

He sido presidente de la Sociedad Española de Epidemiología, presidente de Sociedad Española de Salud Pública, miembro del Consejo de Gobierno de la Federación Mundial de Asociaciones de salud Pública Española, y soy presidente de su Comité de Política.

Todo eso lo hago como una cuestión de servicio, me lo paso muy bien haciéndolo, pero aparte, creo que la universidad siempre tiene que devolver a la sociedad la inversión que hace en ella.

Vengo aquí a título personal, les he entregado un enlace con mi conflicto de intereses, por si lo quieren examinar.

Me he olvidado decir que en la época COVID he estado trabajando en el Grupo de Trabajo de la Organización Médica Colegial, y con mucho gusto he asesorado a Gobiernos como el de Baleares, Comunidad Valenciana.

Entes de venir, me he preocupado en ver, en la medida de lo posible, algunas intervenciones y, la verdad, es que se han dado un abanico de propuestas maravilloso. Creo que muy buenas, muy solventes, incluso con brillantez. Desde luego, suscribo todas las propuestas que hizo Beatriz González, por ejemplo.

Tengo que decir que muchas han ido dirigidas a la sanidad, entendida como la atención sanitaria y, en general, menos para la salud pública, lo que es habitual, aunque, por primera vez, la salud pública está en la agenda política. Pero me temo que esto puede ser efímero y no cristalicemos, no hagamos una salud pública de un futuro que nos está pasando por encima.

Si no consolidamos a la salud pública, volveremos a estar como siempre, igual que decía el profesor Martín Moreno: “Con la investigación nos volverá a pasar si no damos pasos en esa dirección”.

Bueno, como digo, voy a centrarme en la salud pública, aunque me gusta la política de salud. Pueden preguntarme después si quieren.

Yo no voy a hacer una evaluación de lo que ha pasado. Creo que efectivamente lo he hecho en una propuesta, que la tienen por escrito, que tiene que haber una comisión, que tiene que empezar a evaluar desde ya, en cuanto sea posible.

Pero yo me voy a centrar en medidas concretas, a partir de ahora, en salud pública. Lo voy a hacer a corto plazo y estructurales.

Yo, en el documento que les he dado, he puesto hasta nueve recomendaciones de diverso tipo. Algunas ya las han visto aquí, como estrategias de tener suministros, reservas energéticas suministros, planes de contingencia. La estrategia de comprar vacunas hay que prepararla y de medicamentos, en la eventualidad de que los tuviera. Todo eso.

Pero yo me voy a centrar en tres aspectos de la salud pública. Si quiero decir una cosa. ¿Qué nos ha pasado? ¿Cómo estaban los servicios de salud pública?

Tenemos una salud pública frágil, infradotada y sin recursos humanos.

Este año van a morir en España más de 50 000 personas. 50 000 tragedias humanas y con unas consecuencias económicas sociales brutales. También, consecuencias en los servicios sanitarios, con un coste que es exponencial.

Estas más de 50 000 personas se producen en las muertes que se producen por una causa evitable, que es el tabaco. No quiero comparar. Estoy solo diciendo que se va a producir esto.

Si yo les preguntara ustedes cuántas personas tendría que haber en la salud pública española trabajando *full time*, en todo el tiempo, a la prevención del tabaco, ¿cuántas pondríamos para ser sensatos, considerando que el tratamiento de cualquiera de los cánceres que produce cuesta a veces más de 180 000 euros, más de dos o tres sueldos, incluso?

¿Cuántas podríamos poner para ser una sociedad mínimamente sensata? No llegamos a 20. Hay tres en el Ministerio de Sanidad. En un país con marcas de 50 millones de habitantes, tenemos tres a nivel central para prevenir más de 50 000 muertes. Nosotros lo tenemos que hacer mirar.

¿Cuántos epidemiólogos tenemos? Menos de uno por 100 000. Si es que hay sitios donde no hay.

¿Así vamos a hacer algo de salud pública? ¿Qué es lo urgente? ¿Qué es a corto plazo? Pues empezar a dotar los servicios de tecnología y la vigilancia. ¿Por qué? Porque es lo que está relacionado con que funcione la economía y la sociedad.

Por tanto, las medidas que traigo a corto plazo, algunas están recogidas en el Real Decreto 20/20, pero hay que garantizar que se produzcan.

A mí me preocupa cuando veo a algunas consejeras y consejeros decir: “Bueno, tenemos para seis meses, gente”.

Digo: “Mire, no. Ese refuerzo es a largo plazo”.

Entonces, ¿cuál es mi propuesta? Pedir al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que acuerde que eso de contratos a corto plazo ni hablar. Es una estructura que necesitamos si queremos que vayan bien la economía y las sociedades. Por tanto, de eso, nada.

¿Qué otra cosa nos está pasando? Cuando estos contratos, es reforzar la atención primaria, como se está haciendo.

Porque, además, piensen. Algunos dicen: “Es que ahora no hay casos”.

Bueno, no hay casos, pero ¿cuál es la segunda curva? Recuperar la cobertura vacunal, recuperar a la gente que nos ha tratado, atender a los crónicos, que es un factor de riesgo de gravedad.

Todo esto se tiene que ir recuperando con criterio y equidad. Alguna gente no vendrá. Hay que llamarla. Todo esto lo puede hacer este personal.

Esa es la primera recomendación.

La segunda es, en la vigilancia, nos faltan datos epidemiológicos y un análisis mejor. ¿Qué recomendaciones hago? Que digan al ministerio que el Centro Nacional de Epidemiología y también las consejerías que sus servicios de epidemiología se pongan de acuerdo con universidades, que seguramente hay voluntarios, para hacer el análisis de datos fino.

¿Qué quiero decir con eso? Una cuestión de atención. Sitios laborales. Cárnicas. Hay problemas. ¿Cuáles son las causas reales? Es esta. Es la otra. Hacemos una. Ya sabemos que ese análisis es un poco más lento.

Yo entiendo que la vigilancia epidemiológica de las autonomías y del Estado, en la hoja de datos que se publicó ayer, de la nueva vía, de cómo harán la vigilancia, las variables, hay algún reproche de mi parte, que después lo diré, son cortas. No pueden poner muchas. Pero cuando hay un brote en un sitio, se hace una investigación completa y se hace ese informe.

Ese informe se centraliza también para que tengamos una monitorización que nos diga por dónde va la epidemia, si hay medidas que no funcionan y si hay sistemas de prevención que funcionan. Eso lo necesitamos.

¿Qué otras cosas prácticas? Monitorizar el cumplimiento de las medidas de prevención. Oiga, es que tenemos datos, por ejemplo, en el ámbito laboral, de las bajas por contagio. No se han analizado. Esto hay que analizarlo.

Tenemos que seguir qué hacen las empresas, pero no porque queramos ponerle el aliento en la nuca a las empresas, al revés, es que les va bien a ellos.

Será un éxito lo que están haciendo en Baleares, de probar que vengan, que eso salga bien y que se hayan adaptado.

Por lo tanto, es bueno que cumplan.

Entonces, un sistema de monitorización y transparencia del Gobierno, decir cómo se está vigilando desde las autonomías y desde el Gobierno.

Segunda cuestión que les digo, urgente. Hay que cumplir Ley de Salud Pública en todas, pero hay un punto que se llama los principios de salud pública. Ahí hay uno que se llama equidad y, otro, de salud en todas las políticas, como ha dicho también el compareciente anterior, José María Martín Moreno.

Es decir, criterio de equidad. ¿Cómo se hace lo del criterio de equidad? Pues mire, todos los informes que salgan de las consejerías del ministerio sobre COVID y sobre cualquier cosa de salud deben llevar incorporado el criterio de equidad. No lo llevan y tiene que haber una interpretación en términos de equidad.

Porque, claro, lo de las cárnicas, si uno lo va a ver, también verá las condiciones laborales, las condiciones de transporte. Eso está pasando en Alemania, en Holanda, en todos los sitios, en Estados Unidos.

¿Qué pasa? Que las condiciones sociales, los determinantes sociales, casi siempre explican las epidemias, como las cuestiones de cambio climático explican lo que nos está pasando.

Por tanto, es necesario que se cumpla la ley y se inste al Gobierno a que incluya el criterio de equidad en los informes que hace y en las propuestas que hace para solucionarlos. El criterio de equidad tiene que estar en todos los lados.

Otra cosa. Tiene que aplicar los determinantes sociales de la salud también en todas sus políticas, para ver cómo se puede reducir. No podemos dejar a la gente de atrás. Hay algunos que se burlan de esto de atrás, pero lo que está pasando con las trabajadoras del hogar no debería pasar.

Por lo tanto, esto se tiene que tener en cuenta.

Lo tercero que quería decirles a urgente. Le estamos dando gracias a los sanitarios. Perfecto. Algunos no quieren remuneración, pero una forma de darles las gracias es disminuir la carga de enfermedad.

Por lo tanto, ¿cómo reducimos rápidamente la carga enfermedad? Propongan al Gobierno que suba el precio del tabaco, que suba la carga fiscal.

Todos los salubristas y todos los sanitarios estamos de acuerdo. Las 30 sociedades científicas del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo están de acuerdo.

¿No queremos darles las gracias? Démoselas.

Etiquetado en el tabaco neutro, ya. ¿Lo quieren hacer rápido? ¿Tienen trabajo? Mire, el centro colaborador de la OMS, el Instituto Catalán de Oncología, se pone al servicio y redacta.

Quiero decir esto, que hay sociedad civil y hay suficientes capacidades para hacerlo. Por lo tanto, hagámoslo.

Etiquetado genérico, cambiemos la Ley de Prevención del Tabaquismo para ampliar los espacios sin humo y regulemos la cuestión de las terrazas, porque va a ser un problema si no está claro el cumplimiento de la ley.

Con esas medidas disminuimos la prevalencia del tabaquismo. Vamos a reducir la incidencia de mucha demanda respiratoria que, en otoño, puede fastidiar por el diagnóstico diferencial.

Lo pueden hacer así de sencillo. Venga, pónganse de acuerdo. Esto hay que hacerlo.

Vamos a medidas estructurales.

¿Por qué es importante la salud pública? Es nuclear en el sistema. Es la inteligencia del sistema. Es la que dice por dónde hay que ir, cuáles son las prioridades, cuáles son los problemas.

Por tanto, tenemos que apostar por la salud pública y también por lo que estoy diciendo, tenemos que reducir el grifo en el cauce de entrada, el flujo.

No podemos dejar que el cáncer lo solucionen los clínicos, bastante trabajo tienen.

Siempre hemos dicho que el servicio salud tiene que funcionar como un reloj de precisión. Hacer todo muy bien, pero no hacer más de lo que tiene que hacer.

Si la señora María Neira dice, porque está basado en pruebas científicas, que un tercio de los cánceres son por exposiciones químicas evitables, podemos trabajar en ello.

Pero, bueno, ¿qué es lo que quería decir yo en estas propuestas estructurales? Bueno, pues lo que hemos dicho antes, la formación de especialistas altamente cualificados y contratarlos. Necesitamos esta fuerza.

¿Qué es lo que hay que hacer entonces? ¿Medidas para que las hagan?

Primero, que aumenten el número de médicos residentes de medicina preventiva y salud pública, nada de los de atención primaria. Una.

Dos. Que se creen las especialidades, que se pueda hacer con la Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarios, en el artículo pone cómo hacerlo. ¿Especialidades de qué, de veterinarios?

¿Por qué no puede haber veterinarios especializados en salud pública, farmacéuticos, psicólogos y (**Palabras que no se entienden**), si están trabajando en salud pública?

Hay condiciones. Tenemos unidades docentes donde se puede hacer. Ya se ha dicho aquí.

Cierto. Los veterinarios son los que están haciendo la inspección del tabaco. ¿Cuándo van a hacer la de alimentos? Como un ejemplo lo digo y muchos más.

Por lo tanto, eso se puede hacer rápidamente.

¿Qué otra cosa se puede hacer? En salud pública necesitamos incorporar a muchos otros profesionales porque tenemos problemas para hacer muchas de nuestras tareas. Nuestras tareas son la regulación. El derecho en salud es importantísimo.

Hay un informe de la OMS liderado por (**Palabras que no se entienden**) que está diciendo el potencial de la regulación y la legislación para mejorar las cargas de las poblaciones. Además del universalismo, dice otras cosas.

Bueno, pues tenemos que incorporar gente de derecho, sociólogos, estadísticos, de ciencias políticas.

¿Cómo? Con el máster de Salud Pública, que lo ponía en la Ley de Salud Pública en una versión que no acabo de salir. Pero, bueno, ahí estaba y se puede hacer. Con un máster, pueden entrar como profesionales de salud pública.

Hay que mejorar la formación. Había un programa de epidemiología de campo que se quitó, pues que se ponga y que se coordinen los másteres de Salud Pública de España, que se les caliente un poco desde las comunidades autónomas para que se conecten y mejoren la calidad.

Voy rápido porque sé que hay poco tiempo y quiero que pregunten. Si a veces me como palabras, ya me lo dirán.

Segundo. ¿Qué pasa con la vigilancia epidemiológica? Pues que el artículo 13.3 de la Ley General Salud Pública decía que había que desarrollarla reglamentariamente, crear la vigilancia de salud pública España.

Bueno, háganlo ya. Aprendan de las lecciones que estamos aprendiendo en directo y así verán necesidad de las tecnologías, la necesidad de poner recursos, de coordinarse con primaria, que también estaba en la Ley General de Salud Pública, con las farmacias comunitarias, etcétera.

Esto se tiene que hacer. Háganlo ya. Como digo, aprovechen que la sociedad está muy dispuesta a ayudar, porque sé, igual que se ha dicho antes que el ministerio tiene muy poca gente. Detrás de las paredes rojas hay eco a veces.

Estoy de acuerdo con muchas propuestas. Intento decir solo aquellas que no he oído, que he creído no oír o yo no estaba cuando se han dicho. Una es la innovación social en las prestaciones en atención primaria y comunitaria.

Miren, la respuesta que damos como como sociedad: “Todos los problemas de salud son biomédicos”.

“Oiga que, no sé qué”.

“Toma el último tranquilizante de alta tecnología y de precio estratosférico”.

Hay muchas prestaciones sociales que los países que son inteligentes las están poniendo, que son costo-efectivas.

Tienen un coste-oportunidad bueno, para problemas en la juventud, para problemas de drogadicción, problemas de salud mental, que es uno de los capítulos, para prevenir caídas en ancianos, hacer que los ancianos estén mejor. Son prestaciones sociales, que las hacen personas.

Es curioso que, en este país que tenemos tanto paro, el Consejo de Seguridad Nuclear se me quejara de que había demasiadas instalaciones de medicina nuclear en España que ya no sabían dónde. Hasta en todas las provincias había. En todos los lados. Eso sí, contratar personal no.

Pero, bueno, si tenemos paro y tenemos una tecnología personal muy buena.

¿Saben cuál es la cobertura de la fisioterapia para rehabilitación cardiaca? No llega al 20 %, 25 %, y con cinco que se hagan se evita un infarto. Sin embargo, estatinas para señoras de 90 años que no las necesitan, las tienen todas puestas. Algo no funciona.

¿Qué les propongo? Que se encargue un grupo de trabajo para hacer un catálogo de prestaciones de innovación social que sean costo-oportunas. Que se haga. Hay gente dispuesta.

Esto tiene que ir acompañado con quitar prestaciones inútiles y perjudiciales.

¿Cómo se hace? La Organización Médica Colegial tiene un grupo de trabajo excelente en iatrogenia. Conocen muy bien un montón de prestaciones que se podrían quitar y están en la ley. Que se quite la prestación, que no lo siga haciendo. Hay prestaciones que no sirven. Hacen daño. Por lo tanto, que se quiten.

La gente no sabe que, en Estados Unidos, donde se gastan un 16 % del producto interior bruto en salud, una de las primeras causas de mortalidad es el propio servicio sanitario.

El cuarto punto de lo que quería decirles, de medidas estructurales. El cumplimiento de la Ley de Salud Pública. Hay que cumplir las leyes.

Aquí, de todas formas, en el cumplimiento de la Ley de Salud Pública, sí les tenía que decir una cosa. El artículo que tiene que ver con el centro estatal no es suficiente tal y como está. El anteproyecto estaba muy desarrollado.

De hecho, algunas de las ideas que estos días he oído, de agencia independiente, etcétera, estaban muy basadas en el artículo 47, que no me acordaba. Estaban muy basadas en esta idea de una agencia independiente en red.

Miren, yo les voy a proponer una cosa, porque hay diversas versiones, visiones territoriales, etcétera. A ver, en España tenemos unas capacidades en salud pública extraordinarias.

En este momento, cualquier informe técnico científico lo podemos hacer con los mejores. ¿Qué es lo que pasa? ¿Los mejores están aquí o allá? Cuidado. Las comunidades autónomas tienen suficientes, una vez que he dicho que es frágil. Tienen lo que tienen para hacer lo de cada día.

Pero hay cosas con las que a veces necesitamos colaboración y tenemos que hacer una colaboración en red.

¿Qué quiere decir eso? Que, si en un momento dado hay una contaminación química o un brote de origen desconocido en Huelva, se da *on* a la agencia que yo propongo, que es una agencia en red de centros estatales de salud pública, se monta el grupo automático y ayuda. No hace falta que vaya porque ahora lo hacemos por otros instrumentos.

Bueno, fíjense que también tenemos laboratorios con una capacidad buena y tenemos laboratorios de salud pública que sirven para el día a día.

Pero a veces hay cosas, como disruptores endocrinos que pueden estar relacionados con cáncer, algunos metales difíciles, algún análisis de alguna almeja importada. Somos frontera de la **(Palabras que no se entienden)**. Hay que hacerlo.

Bueno, pues, si está todo en red, utilizamos lo mejor de cada casa al servicio del conjunto y no hace falta duplicar gastos, solapar ni hacer una recomendación de uso de mascarillas en cada comunidad a veces.

¿Qué es lo otro que pasa? Que hay centros muy buenos y los expertos no están aquí. Igual están en Cádiz, están en Teruel o están en Lanzarote. ¿Por

qué no puede estar ahí un centro, también de referencia, que se acredite como una parte de la red estatal de centros de salud pública?

Esta es la idea que yo les propongo, pero mi idea buscar equivocada. Nosotros siempre admitimos la hipótesis verosímil de que nos equivocamos.

Entonces, yo creo que la mejor manera es no hacer una hechura jurídica, el molde jurídico, antes de que tengamos claro qué es lo que queremos.

Me gustaría que todos los actores y todas las comunidades autónomas estuvieran de acuerdo, porque creo que todas se pueden beneficiar de eso.

La mejor forma de hacerlo, en mi opinión, es que el Gobierno comisione a un grupo amplio, donde haya gente de salud pública, pero que haya gente de calidad normativa, gente de diseño institucional, gente de economía suficiente, para hacer una propuesta de las características que ellos crean y que vuelva aquí para que la Comisión de Reconstrucción vea si le parece bien o la enmienden y, entonces, la devuelva al Gobierno.

Creo que es mejor eso que no digamos: “Vamos a hacer una agencia. Metemos en el Carlos III la agencia y lo hacemos con un real”.

Miren, la agencia que queremos para el futuro no es así. Si se han dado cuenta de lo que ha pasado la epidemia, hemos visto físicos, matemáticos, gente de comunicación que aportaban su conocimiento. El conocimiento muy dinámico, la tecnología también.

Necesitamos una agencia flexible, dinámica. Las agencias del mundo. A veces sugerimos nosotros mismos imitar al CDC. Como saben, ha fracasado con sus 11 000 funcionarios. Ha fracasado y lo dicen.

Es que iban con papel y lápiz, también, o con la hoja de Excel. La situación es así. Cuidado.

No han fallado los epidemiólogos. Ha fallado la falta de financiación durante tres decenios, que también creo que se ha dicho antes con la OMS.

¿La OMS falla? No. Mire, fallan los que dan una financiación para programas con cuerdas, las marcadas en la oreja, como se ha dicho antes.

¿Qué les ha pasado a estas agencias que son así? Nueva Zelanda, un país que ha salido relativamente bien. Su informe dice que también hacen una comisión. Dicen: “Estamos haciendo aguas. Tenemos una salud pública que hace aguas”.

Hay que hacer una agencia, pero una agencia innovadora. Atrevámonos a inventar un poco. Tenemos que hacer algo que sea para el futuro, para otras generaciones. No lo podemos hacer pensando en una agencia del pasado.

Por eso digo que hay que utilizar ya la inteligencia disponible para hacer una agencia que sea para el futuro.

Además, tendría influencia internacional. Estoy muy de acuerdo con lo que ha dicho el profesor Martín Moreno. Tenemos conflictos de intereses porque, al final, los que estamos en salud pública estamos de acuerdo.

Pero ahora me voy a referir, que igual no estamos todos de acuerdo, a la representación internacional.

El Gobierno del Estado, a veces, actúa como un embudo que no deja que lo mejor del país vaya a las instituciones internacionales. Me ha pasado en primera persona, estando en el ministerio.

Yo no podía ir a una comisión de la OMS y propuse que fuera un director de una comunidad autónoma. Me dijeron que no, porque la representación es del Estado y el Estado somos todos.

Tenemos que hacer que el Ministerio Exteriores y aquí habrá gente. En esto no les he hecho una propuesta porque no conozco los entresijos, pero no es posible que no aprovechemos que vayan de **(Palabras que no se entienden)** a la Unión Europea o que vaya una representación al ECDC; que no solo vaya la Dirección de Salud Pública del ministerio, que la acompañen tres o cuatro, como hacen los alemanes. Hay que influir ahí.

Yo estoy muy de acuerdo con lo que ha dicho el profesor Martín Moreno, pero eso que hay que hacerlo utilizando los mejor de Baleares, lo mejor de Galicia.

No puede ser el funcionario que va a Helsinki. Mañana vuelve y le dicen: “Mañana te levantas a las cinco para ir a no sé dónde”. No pueden. Aprovechemos eso.

Bueno, potenciar la investigación en salud pública. Pero fíjense en la discriminación positiva, como decía la profesora Beatriz González, para la atención primaria, también para la salud pública.

Pero, cuidado, no tanta biomedicina. Necesitamos también innovación social en salud pública. ¿Por qué? Por tener muchas evidencias científicas que tardaron muchos años en aplicarlas.

Sabemos cuáles son las causas de la obesidad, pero formular políticas e implantarlas no es tan fácil.

Fíjense en cómo aquí, incluso, a veces mucho decimos: “Hay que hacer”. Bueno, ¿cómo se hace esto? ¿Cómo este hace la ciencia de la implementación? Es una ciencia social y, por lo tanto, hay que avanzar por ahí.

También eso lo dijo en relación con las prestaciones sociales que antes he dicho, porque no hay. Nadie, las defiende, como no tienen patente.

Es decir, si los fisioterapeutas arman una buena prestación que mejora la calidad de vida de los ancianos, no tienen patente de eso.

Como no tienen patente, no tienen financiación, no pueden investigar. Eso es una responsabilidad nuestra.

Tengo las propuestas, pero voy a obviar muchas, algunas escritas, algunas no las he escrito.

El cambio climático no lo he puesto, por ejemplo, que es un tema que me parecer muy relevante, pero bueno, vamos al buen Gobierno, que es la última parte.

¿Han reparado ustedes en que no tenemos que una política de salud, que le podamos llamar de esta forma, en España ni en las cunas autónomas? ¿Se han fijado los programas electorales? No creo.

No quisiera faltar a las reglas de la oportunidad. Disculpenme sí.

Pero yo voy a veces propuestas (**Palabras que no se entienden**). No hay como una estrategia de una política integral. A veces algunas propuestas son para que salgan más en los medios de comunicación.

Es, digamos, lo que una investigación de servicios sanitarios en política le llama gabinetización, una política que se hace más de gabinete, de ministerio, de consejera, sin las unidades técnicas.

Una política a salto de mata, más preocupada por el dossier de prensa que por la inteligencia colectiva del país.

Por eso, creo que una política de salud, una estrategia de salud del país, articulada, que se defienda en el Parlamento de tanto a tanto, creo que es importante. Creo que tendrían que instar al Gobierno para que se haga eso.

De todas formas, eso está en la Ley General de Salud Pública. Dice que tiene que haber una estrategia de salud pública. No se cumple. Sería bueno que se cumpliera.

Entro en eso, en el segundo punto de las recomendaciones. Tiene que haber un mejor cumplimiento de las leyes.

Cualquier código de conducta y ético dice: “Cumplan las normas”.

A veces, en este país, da la impresión de que solo las que tienen que ver con los territorios o con la unidad territorial se cumplen, pero el resto, oiga, las benéficas hay que cumplirlas.

Mire, en el año 2011, estaba la de salud pública, estaba la de nutrición. Tenía que haber un Reglamento que decía que cosas los que podían vender en los en los centros escolares, bebidas azucaradas. Ahí sigue el Reglamento.

También salió la del juego. ¿Los reales decretos para desarrollar el juego y hacer negocio? Rápidos.

¿El de responsabilidad social y comunicación? Todavía estaba durmiendo en los sueños de los justos. Ahora, la verdad es que no sé si ha salido o no, si se ha publicado.

¿Quién tiene la responsabilidad? Una, los legisladores de poner cláusulas de garantía de cumplimiento; otra, el Parlamento, también ustedes. Por eso decía que no quería faltar a la regla de la oportunidad, pero no me queda más remedio que decirlo, porque lo pienso.

Vigilar el cumplimiento de las leyes, estar más atentos y, desde luego, el Gobierno, mejorar la calidad de la normativa.

En España, hay mucha gente en derecho, buenísima, en calidad normativa y han hecho unas publicaciones, que también se han publicado por los propios ministerios, de calidad normativa excelente, de simplificación, etcétera. Esto hay que llevarlo adelante.

Me queda poco, ¿no?

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA**: Sí.

El señor **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ (ALICANTE)** (Hernández Aguado): Bueno, estoy acabando ya.

Otra de las cosas que creo que sería importante en cuanto a buen Gobierno es que se crease comisión de un buen Gobierno. No costaría mucho.

La podrían hacer de gente jubilada que fuera colegiada y que la nombrase el Parlamento o con una persona a propuesta del Gobierno.

Sería una gente que, ya verían, estaría muy entusiasmada, muy independiente. Ya no tendrían casi ningún conflicto de interés y podrían dedicarse a hacer una vigilancia.

Creo que crear comisiones de buen Gobierno, en general, es positivo.

¿Qué me gustaría que hicieran? Le tendrían que decir ustedes al Gobierno, al Ministerio de Sanidad, que en el Consejo Nacional de Especialidades incluyan como obligatoria en todas las especializaciones de Sanidad una formación en buen Gobierno, que esté en todos los programas de todos los futuros especialistas en sanidad.

¿Por qué? Porque la formación está capturada. Es así. Capturada por intereses que no son los del bien público.

Es bueno que se forme un buen Gobierno. No puede ser que un residente llegue a su primer día residencia y que le lleven a una cena donde no sabe quién invita. ¿Empiezan así no? Suerte que empieza a haber residentes que dicen que ya no quieren eso, que lo pasan mejor en casa de uno, entre amigos.

Formación. Pero esa formación también es relevante para los funcionarios; también para los altos cargos y medios cargos. Yo creo que tendría que ser obligatoria.

Desarrollar el artículo 11. Precisamente, ¿la Ley de Salud Pública qué? A mí me consta que está avanzado, que es sobre conflicto de intereses, que cualquier comisión de expertos tiene que hacer una declaración de intereses. Vale.

El ECDC tiene una declaración de intereses y pasó por una persona que estaba dirigiendo la Agencia de Seguridad Alimentaria aquí, en España, que venía de Coca-Cola. Allí no podía votar en algunas cosas y aquí nono tenía problemas de inacción.

Quizás sea una explicación de por qué no se cumplió la ley nutrición, respecto a las bebidas azucaradas.

Hay que decirles a las autoridades sanitarias que no entren en colaboración con industrias que causan perjuicio a la salud, que producen productos perjudiciales.

Se ha demostrado que estas alianzas son perjudiciales, que evitan la regulación efectiva y, es más, a veces sirven de promoción. Se hacen demasiado. Está demostrado que no sirven.

Así que no se alíen, por favor, con el vector de la enfermedad. No es bueno aliarse con un vector de enfermedad porque acaba haciéndote daño.

Me he olvidado de una cosa y es que tienen que utilizar las regulaciones y, si no lo hace el Gobierno, háganlo ustedes.

La regulación para mejorar la salud. Bebidas azucaradas, alcohol, juego. ¿Qué va a pasar con el juego? ¿Algún día diremos “¡Qué escándalo! Aquí se juega”, como el inspector Renault a Rick en Casablanca mientras le dan las ganancias?

A ver, ya empieza a haber clínicas para niños que juegan, que son adictos, por Internet. Bueno, pues, como eso, me refiero a cualquier regulación que mejore la salud.

Hay mucho que en el etiquetado de alcohol. Hay mucho que hacer en ahogamientos, en prevención de lesiones. Hay mucho que hacer. Hágalo.

Por último, la ciencia. La ciencia es clave. Cualquier paso que no sea aumentar, aunque sea ahora, el presupuesto de la ciencia es un paso más hacia la ciénaga. “Vaya usted a la ciénaga. Vaya adelante.”

Pues, mire, no. Yo quiero ir a la ciénaga, no voy a poner en investigación. Eso es lo que haremos si no invertimos en investigación ahora.

Es importante lo de la investigación y el buen gobierno de investigación también, porque, como han visto en estos tiempos, hay fraudes, hay no sé qué.

Todas las universidades y todos los centros de investigación tienen que tener comisiones del buen Gobierno.

Al Ministerio de Investigación le tienen que decir ustedes que haga un decreto que diga que tiene que haber buen Gobierno en la investigación y que cree un sistema de buen Gobierno en la investigación española para que no nos asusten los frades.

Bueno, acabo con esto.

Muchas gracias.

Insisto, no quería haber roto las reglas de la oportunidad. Solo decirles una cosa más, que igual sí la rompo ahora. Quiero decirles que la sanidad no va a ser igual. La sociedad no va a ser igual.

Quizás en el Parlamento podrían pensar que no sería bueno que fuera igual también y que algunas cosas que podrían mejorar. Nosotros se lo agradeceríamos mucho.

Porque a veces, como he dicho, me gusta venir a esta casa porque yo sé que se trabaja. Yo he visto trabajar aquí y, sin embargo, (**Palabras que no se entienden**), cosa que es sin sustancia.

Quizás, si no les dieran muchas oportunidades, a la prensa no le quedaría más remedio que ocuparse de lo que nos importa.

Así que, una recomendación.

Muchas gracias y mucha suerte.

(Aplausos).

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA:** Muchas gracias, doctor Hernández.

A continuación, tienen la palabra los grupos parlamentarios.

Por el Grupo Parlamentario Vasco.

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

También dos cuestiones para ir ganando tiempo en la medida de lo posible y reservárselo para usted.

Estamos totalmente de acuerdo en la propuesta que usted hacía. Sería muy interesante que, en un ámbito de políticas descentralizadas de sanidad, aquellos que lo están gestionando, que tienen experiencia, que tienen capacidad de decidir, tengan representación o tengan la oportunidad de poder ir a Europa, a los espacios donde se están debatiendo estas políticas.

Porque, realmente, es la forma de asegurar que lo que de ese debate salga, pues, va a ser interesante. Compartimos esta reflexión.

Otra cuestión. Usted empezaba haciendo un relato de fallecidos por distintas consecuencias, del COVID, del tabaquismo y de otras cuestiones.

Uniendo con las intervenciones de los ponentes anteriores, yo creo que es muy importante que también, de alguna forma, se establezca la importancia de la comunicación del relato que se haga de las cuestiones, tanto en crisis como también en otras cuestiones.

Porque, al final, usted decía: “Si ustedes no les dan razones como políticos a la prensa para que les critique, menos oportunidades tendrán”.

En todos los órdenes de la vida, la construcción del relato, la comunicación que se haga es muy importante y tengo la sensación de que, en esta crisis, tal vez, uno de los elementos que no ha sido muy acertado ha sido la comunicación que se ha hecho de la crisis.

Antes se hablaba de que se tendría que hacer una comunicación antropológicamente más adaptada a las personas, más acertada. ¿Qué opina usted?

¿También en esto debería haber una forma de decir cómo vamos a trabajar, antropológicamente, psicológicamente, científicamente, técnicamente?

¿Desde un punto de vista médico, qué es lo que tenemos que decir para que el relato sea acertado y desde una óptica que lo que no haga es desconcertar a la gente?

¿Es necesario que estemos haciendo un recuento todos los días de cuántos fallecidos hay? ¿Si hiciéramos lo mismo en una crisis de gripe de las fuertes, con los fallecidos con otras dolencias u otros?

No sé si usted nos podría hacer una reflexión en este sentido.

Gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA:** Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS:** Gracias, presidenta. Muchas gracias por tus interesantes aportaciones, señor Hernández.

Desde luego, en lo constructivo no se ha quedado corto, por lo cual, es de agradecer.

Yo no desisto, doctor. Ya le pregunté al anterior ponente, al anterior también, lo haré con todos los ponentes, sobre los datos de fallecidos y contagiados.

El anterior ponente no ha podido contestar. Entiendo que ha sido por el límite de tiempo, evidentemente. Entiendo que ha sido por eso.

¿Tan difícil es esta contabilización? Se estaba dando a diario, casi a la hora, durante estas semanas y de repente a nada. La gente no lo entiende.

Yo le digo que soy policía nacional. No soy profano en materia sanitaria, pero la gente no entiende el porqué, el parón de dar los datos. Nos gustaría una respuesta o una opinión si no tiene respuesta, porque entiendo que dar una respuesta puede ser complicado.

Señala usted la necesidad de monitorización y seguimiento de los casos de COVID-19 y de los modos de prevención, lo cual me parece muy interesante y estamos totalmente de acuerdo.

Su finalidad es clara. Parar un posible rebrote con la monitorización, precisamente, con los datos.

¿Qué paso debería dar el Ministerio de Sanidad para garantizar esta monitorización, habida cuenta de la importancia que usted le ha dado y nosotros también?

En cuanto a la dirección de la gestión, concretamente en materia de profesionalización, ¿qué medidas propondría usted en esta línea?

Entiendo que conocerá la Ley de Profesionalización de Dirección Sanitaria de la Comunidad de Madrid, de 2017. ¿Le parecería adecuada a este respecto?

En cuanto al temor fundado de rebrote inmediato de contagios, que también hemos mencionado, aunque no ha parado la crisis, es cierto que seguimos todavía en la pandemia, ¿cree usted que sería positiva la creación de un fondo de cohesión dirigido a corregir desigualdades entre comunidades autónomas?

Ya lo ha citado y coincidimos con ello también. ¿Qué cree que es más urgente en el desarrollo normativo de la Ley General de Salud Pública, de 2011? ¿Qué aspectos serían más urgentes?

Sin más, no le hago muchas más preguntas porque hay poco tiempo. Así que muchísimas gracias por las respuestas y por la exposición.

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA:** Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Republicano.

La señora **VALLUGERA BALAÑA:** *Bon día.* Lo digo porque como ha dicho que era de (**Palabras que no se entienden**). Muchas gracias.

Vamos a ver, yo antes me he debido explicar fatal. Yo no decía que me que mi opinión no le importara al ponente al que me dirigía, sino que lo que quería decir es que la aportación que ustedes nos hacen a nosotros es, con mucho, superior a la importancia que pueda tener lo que nosotros opinemos.

Ustedes son los que nos traspasan conocimientos, experiencias, sobre la materia y la verdad es que yo, en muchos de estos ámbitos, soy lega.

En este sentido, intentaré estar muy breve porque sigo pensando que lo que interesa es que ustedes tengan tiempo.

Me parece muy interesante la introducción de la equidad como criterio, que debería estar allí residiendo, pero no siempre se habla de él.

Tiene que ver la equidad con la interseccionalidad. Es decir, con saber, la persona a quien se tiene delante o a quien se presta el servicio salud, no solo el texto, la renta que pueda tener *per cápita*, los estudios, la raza. Todo esto conforma una necesidad diferente que se reclama el sistema y el sistema debe estar completamente flexible.

Por tanto, me ha parecido esto interesante, juntamente con los equipos interdisciplinarios. Es decir, usted ha mencionado a los sociólogos, politólogos, gente experta en derecho también me parece muy interesante, junto con el trabajo en red.

En efecto, seguramente es la manera cómo podemos sacar partido de nuestras fortalezas y compensar nuestras debilidades.

Eso, desde una perspectiva, como siempre, independentista, no es contrario a qué tal lo que planteamos, porque una cosa no quita la otra. El trabajo en red me parece que es la palabra perfecta para que nos podamos entender todos.

Entonces, un par de preguntas.

Ha hablado usted mucho del tabaco. Luego ha introducido el juego. Luego, muy vinculado al etiquetado, ha hablado de alcohol. Creo que el alcohol es realmente un elemento del cual deberíamos hablar más.

Es decir, está muy claro el tema del tabaco y del tabaquismo, pero el alcohol, sea por intereses económicos, sea por cultura, parece que sea completamente inocuo y sabemos que no es así.

Por tanto, le pregunto también: ¿Qué papel debe jugar la regulación del cannabis? Si usted es partidario, si solo para buscar terapéutico.

Usted ha dicho: “¡Qué vergüenza! Aquí se juega”. A final, la ley seca o los sistemas prohibicionistas vemos que van a parar a mafias y van a parar a la falta de control de los productos. Esto también es un aspecto preocupante.

Finalmente, el tema de la formación en buen Gobierno. Entiendo que es buen Gobierno y transparencia. Por tanto, también hablar de *lobbies* y, por tanto, sacarlos a la luz. Por tanto, si debe haber una un diálogo con los *lobbies*, que sea con luz y taquígrafos, que es como debe ser.

Muchas gracias por su exposición. La considera de un altísimo valor.

Gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA:** Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos- En Comú. Podem- Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ:** Hola. Buenas tardes.

Preguntas.

¿Cuáles serían sus opciones para mejorar lo sucedido en la pandemia?

La siguiente. ¿Cree que hemos pagado un error previo arrastrado durante años por la poca financiación, debido a los recortes, aunque se han destinado a otras cosas, como las privatizaciones?

¿Qué opina del déficit de camas, de UCI, de camas hospitalarias, comparado con otros países europeos que han podido enfrentarse a la pandemia de otra manera?

De hecho, lo comentaba el doctor Matesanz ayer, que Alemania no sé si duplicaba o triplicaba, algo así, las camas de UCI nuestras.

¿Qué piensa, en estas medidas de prevención del tabaquismo, de la obesidad y todo eso, del papel de la atención primaria? ¿Cómo lo enlazaría con salud pública?

Una pregunta que, no sé, por algo que ha dicho usted de las estatinas para los pacientes mayores de 90 años. Parece que hay muchos medicamentos que lo que ocurre es que perjudican a los pacientes, en vez de beneficiarlos.

Entonces, ¿los protocolos o vías que se están utilizando para los tratamientos están mal o qué es lo que hace que se medique a un paciente que en realidad no lo necesita?

Gracias.

Eso es todo.

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA:** Gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS:** Con la venia, señora presidenta. Doctor Hernández, muchas gracias.

Me llamo Juan Luis Steeigmann. Soy diputado por VOX y médico hematólogo del hospital La Princesa.

Mire, a lo largo de estas comparecencias, casi todos los preventivistas, con notabilísimas excepciones, han hecho una protección potente al Gobierno. Es mi opinión, pero, bueno.

Le voy a leer una carta de uno de los médicos que admiro más, el médico más abnegado que he visto en mi vida, compañero mío de residencia y también de hospital.

No sé cuántos enfermos ven ustedes, pero desde luego él ha visto cientos de miles casi.

Dice: “Desde el mes de diciembre, todo el mundo sabía que se trataba de una enfermedad respiratoria transmitida por vía aérea.

No hacía falta esperar cinco meses para confirmar con evidencia científica lo que el sentido común y el instinto de la gente consideraba prudente hacer, cubrir boca y nariz con cualquier cosa para dificultar la propagación del virus de persona a persona y la contaminación ambiental.

Por qué la OMS, el ECDC, el Ministerio de Sanidad y hasta los servicios de medicina preventiva de los hospitales nos han refrenado en el uso de mascarillas mientras nos instruían para echarlos mocos —perdón— en la manga de la camisa y nos obsesionaban con lavar con lejía todo lo imaginable es algo que supera mi capacidad de entendimiento.

Al igual que no desaconsejar los eventos de masas ni controlar los vuelos provenientes del foco inicial de la epidemia”.

Termina. “Los preventivistas tienen muchas explicaciones que dar”.

No han dado ustedes ninguna.

¿Qué papel han jugado aquí las sociedades científicas, doctor Hernández?

Usted ha sido portavoz del SESPAS, ¿no es verdad? ¿Le digo cuántas publicaciones han hecho ustedes, antes de marzo, respecto al coronavirus? Usted lo sabe, ¿verdad? Ninguna.

¿Cuántas notas de prensa? Ninguna.

Es decir, lo que nosotros proponíamos, desde VOX, el 6 de febrero, que era cerrar los puestos fronterizos continuos, ¿ustedes por qué no lo hicieron?

Entonces, perdóneme, nosotros tenemos la obligación. Yo le agradezco muchísimo el documento que todavía no me he leído, pero que me parece un buen documento.

Pero sabiendo que ustedes no han hecho a su función principal, que era la de prevenir, usted me recomendaría que a mí que yo le hiciese caso.

Sinceramente, ¿no creen ustedes, la sociedad científica, que tiene muchísimas SESPAS, que tendrían que hacer un poco de autocrítica, doctor Hernández?

He terminado.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA:** Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN:** Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Hernández, por su documentación y por su intervención.

La verdad que son muchas las cosas que me gustaría, no solo preguntarle, sino compartir su opinión y, sobre todo, su experiencia como una persona especialista en salud pública.

Voy a dedicar mi poco tiempo a hacerle algún comentario y, sobre todo, algunas preguntas.

Usted ha hablado de medidas a corto plazo y, luego, de medidas estructurales. Me parece que es la división perfecta. Es decir, hay cosas que tenemos que hacer ya.

Ha señalado el RDL el 21/2020. Entonces, mi primera pregunta es si usted cree que las medidas del RDL 21/2020, que me consta que usted se las ha leído, porque le pasa como a mí, que somos aficionados, aparte de dedicarnos a esto. Decirle, si los planes de contingencia, que se derivan

todos, las comunidades autónomas, le parecen que son suficientes garantías.

Yo lo llamo con todo el respeto, el RDL 21/2020 de metro y medio, porque lo que se regula es el metro y medio. Tampoco sé que por qué es el metro y medio. Lo puedo intuir. Eran dos, luego, 1,5 y ya sabe estas cosas de la política

Pero, decirle, ¿le parece a usted que es lo mejor que se podría hacer o usted pensaría, como podemos pensar algunos otros, que habría que introducir algunas medidas que lleven a tener una verdadera actuación en materia de salud pública, que sea de verdad conjunta? Porque los españoles, con independencia de donde vivamos, somos ciudadanos, todos iguales en oportunidades y, sobre todo, en no tener riesgos.

El segundo tema. Usted ha conocido perfectamente el sistema salud pública. Ha sido médico asistencial, especialista.

El sistema que tenemos mixto, de médicos centinela, más declaraciones, el SARS, como sabe, es de declaración obligatoria. ¿Usted cree que el sistema de médicos centinela está funcionando?

¿Qué papel asignaría usted a los profesionales de atención primaria en la notificación inmediata y que haya un sistema, no que pase por 5000 sitios, — 5000 que puede ser por cuatro que yo sepa—sino que de forma inmediata se comunique a un nodo central y, por lo tanto, el centro de alertas sea un nodo central o la agencia?

Sabe que preconizo una agencia de salud pública. Recuerda la ley del 2011. Mi intervención fue una cartera de servicios de salud pública común y compartida.

Porque si es que hay algo que es común y compartido es que, si hay que hacer un *screening* de cáncer de colon, tenemos que hacer el *screening* de cáncer de colon con el mismo criterio en todo el territorio.

El tema de las vacunas. ¿Se puede usted imaginar que haya criterios distintos y nos tenemos que vacunar de SARS en una comunidad autónoma o en otra? Sería tremendo.

Carteras de servicios, artículos 65 y 66 de la Ley de Cohesión y Calidad que aprobó esta Cámara por unanimidad.

Siguiente tema. Usted ha hablado del tabaquismo y yo le agradezco muchísimo lo que usted trabajó en este tema, que es, decimos los sanitarios, lo digo como doctora Pastor más que como diputada Pastor, una de las causas prevenibles de muerte en el mundo.

Usted ha hablado de 50 000 muertes evitables.

¿Usted cree que podrían haber evitado muertes si se hubiera actuado más rápidamente en materia de vigilancia epidemiológica?

Usted ha hablado de un epidemiólogo por 100 000 habitantes. Coincido totalmente con usted, que a ver si somos capaces de entendernos también en este tema, que buena falta nos hace.

Otro tema que me preocupa especialmente y que también quería compartir con usted son las medidas inmediatas. Las otras, ponernos de acuerdo es otra medida.

Lo que está pasando con los niños y la vuelta de los niños al colegio. Hay no sé cuántos protocolos y también se van a tomar decisiones. ¿Usted quería partidario de que hubiera los mismos criterios y hubiera protocolos?

Ya sabe que cada vez que se dice de un protocolo para toda España hay quien dice: “Pero, no, a mí que no me pongan el protocolo, que yo quiero otro”.

Sin embargo, el SARS, desgraciadamente, no distingue.

Entonces, ¿por qué no somos tan generosos todos de pensar que donde la ciencia no distingue, los políticos distingamos? ¿Le parece normal que distingamos donde otros no distinguen?

Lo último, ¿por qué cree usted, doctor Hernández, que sería necesario, aunque sea en unas cuantas cosas, que nos pongamos de acuerdo los políticos, nos demos el espectáculo de no ponernos de acuerdo nunca en nada?

¿Por qué es tan importante ponerse de acuerdo, aunque bien merecería la pena, por lo menos, que esto saliera adelante?

Señálenos usted qué cosas pondría usted. Si usted quiere. Esto es voluntario. Esto es una comisión voluntaria donde, aparte de disfrutar de ustedes y de lo que saben.

¿Qué podría usted decir? Miren, yo les diría estas cosas.

Luego, decirle que una con los años, usted no, va empeorando, porque me he releído mi intervención en los debates y era bastante mejor que la que estoy haciendo ahora. Debe ser que estoy empeorando.

Recordaba la **(Palabras que no se entienden)** y su concepto de salud pública. Buena falta nos haría transmitirles bien a los españoles que el concepto de salud es ese concepto global y que hasta nuestro nivel de renta influye en la cesta de la compra tan importante.

Yo lo dije entonces y lo digo nueve años después, tan importante. Que la Agencia de Seguridad Alimentaria, de la que usted fue vicepresidente, vuelva, por favor, al Ministerio de Sanidad.

Esto no es un tema de consumo. Yo no me meto con nadie. O sea, yo solo digo que hay cosas que no tienen color político.

Por favor, esta agencia no puede estar en un ministerio que no sea el de la Salud, porque lo que comemos es parte de lo que somos. Somos como vivimos, como comemos y cómo bebemos también. Bebemos con salud.

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA:** Gracias.

A continuación, la representante del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Gracias, presidenta. Bienvenido aquí, al Congreso de los Diputados, a esta Comisión de Reconstrucción Económica y Social en este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, doctor Ildefonso Hernández.

Bueno, tengo varias preguntas para hacerle.

Voy a empezar por dos que le hice al compareciente anterior, que me interesaba también conocer su opinión. Una sería qué propone usted en concreto para mejorar el funcionamiento y la utilidad social en situaciones como esta, de pandemia, para el ECDC y para la OMS.

La otra pregunta era si me podía dar su opinión sobre el comportamiento de China en las primeras semanas de la pandemia.

Otra pregunta que tengo interés.

La primera es qué propondría en concreto para mejorar el funcionamiento y la utilidad social en situaciones como esta, de pandemia, para el ECDC y para la OMS.

La otra cuestión que quisiera hacerle es cómo cree que se puede y se debe asegurar la coordinación institucional una vez decaiga la alarma, teniendo en cuenta que aún estamos en pandemia.

Otra cuestión es que cada vez somos más cosas conscientes de la importancia de los determinantes sociales ambientales sobre la salud de las personas y si nos puede dar algunas pinceladas, por lo menos, porque este que tiene poco tiempo y que somos muchos a preguntar.

¿Cómo considera que debe abordarse la incidencia del cambio climático sobre nuestra salud? Si nos podría decir alguna propuesta al respecto.

En relación con el tema del tabaquismo, que usted está mencionado solamente quería hacer una reflexión.

En España, cada día, fallecen por enfermedades relacionadas con el hábito de fumar, con el hábito tabáquico, unas 150 personas.

Es algo que me da la sensación de que la sociedad lo tenemos en general muy normalizado, pero son 150 personas que fallecen cada día a causa de una enfermedad evitable.

Quería que comentase, ya que ha hablado del tabaquismo, pues, un poco más al respecto.

Bueno, voy a terminar con José Luis Sampedro, que dejó dicho que “siempre se puede cuando se quiere”.

Yo creo que, en esta comisión, pues, con la fuerza que tenemos, con la tenacidad y con el ingenio de las españolas y de los españoles nos reconstruiremos, nos levantaremos y nos reinventaremos tantas veces como hicimos.

Muchísimas gracias.

El señor CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ (ALICANTE)
(Hernández Aguado): Muchas gracias por sus preguntas.

Yo la percepción que tengo es que sí que pueden llegar a algo bueno. Por lo que he visto, la gente que ha venido y sus preguntas, yo creo que sí.

Les agradezco mucho sus preguntas. Yo creo que son realmente interesantes. Además, creo que a alguna no les voy a poder contestar. Lo siento.

La pregunta del Grupo Vasco es realmente interesante. Da en una de las dianas sobre la comunicación. La comunicación es clave en salud pública y está, en teoría, en nuestra formación y en las capacidades que tenemos que hacer.

Lo que pasa es una cosa, que no estamos formados.

Lo del relato es fundamental, porque, cuando uno sitúa la obesidad como una cosa de gente que come y no de un problema sistémico, la solución es decirle “no comas” a un niño o “dile a tu padre que prepare mejor comida o a tu madre”.

Una persona que tiene paro tiene que ir a comprar cosas por dos euros y le dan algo que es muy calórico y con poco valor nutritivo.

Entonces, decimos que la obesidad.

Este es el relato que hay. De hecho, es una de las claves de la salud pública actual. Se habla, no de política basada en la evidencia, porque la política nunca puede ser basada en la evidencia.

La evidencia es imprescindible, pero después vienen las ideas y las oportunidades. Entonces, habla de políticas informadas por la evidencia.

Hay que dar ideas, crear ideas, para ganar en el terreno de las ideas y cambiar las cosas.

Efectivamente, en el relato de la pandemia era necesario haber creado. Porque bastante ha tenido que hacer, por ejemplo, el doctor Simón, que comunica muy bien, como lo hizo el doctor, el profesor, Rodríguez Artalejo también en el momento del Ébola. Los dos lo hicieron muy bien.

Lo sabe muy bien también la doctora Ana Pastor. Son gente que comunica muy bien, pero la comunicación necesita más.

El problema, me imagino, es que cuando uno está allí, en un tobogán que baja, es muy difícil a veces pararse a decirlo. “Oye, vamos a arreglar eso”.

Eso también pasa cuando uno está dentro de un ministerio.

Pero muy acertada esta cuestión.

Lo de los mejores en Europa. Sin duda, los mejores en Europa, que, si uno es de La Gomera, pues, que vaya a Europa. ¿Cómo tenemos que hacer eso? Promociéndolo, poniéndonos de acuerdo.

Que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud le diga al ministerio: “Vamos a crear una forma de hacer para que los mejores vayan a todos los sitios donde tenemos representación”.

Si hemos de poner alguna financiación nosotros, la pondremos también.

Pero ya lo veremos. Igual hay gente. Igual hay gente en la universidad que quiere ir por su cuenta.

Compartir también los nombramientos de nuestras representaciones. Esto también se puede hacer.

Ahora, al Grupo de Ciudadanos. ¿Cómo se puede hacer la monitorización, me ha dicho? El ministerio, en el en el Real Decreto 21/2020, pone las cosas que se han de ir monitorizando.

Entonces, eso se puede ir mirando y tiene que haber alguien que vaya monitorizando esto. Esta es una forma de monitorizar las actividades preventivas. Porque van a tener informes de muchos establecimientos, porque las corridas autónomas tienen la obligación de ir comprobando que se están cumpliendo estas cosas.

Es una forma de hacer la monitorización.

Lamento decirle que, mire, me pasa como a la doctora Pastor. Leemos todo lo que nos cae encima y de leyes muchas, porque cuando tuve que estar en la de salud pública aprendí lo que no está escrito.

Pero no me he leído la de Madrid. No sé. Mi compañero (**Palabras que no se entienden**) no sé si me la ha mandado. Creo que sí. Igual me la leí y me he olvidado. Me pasa lo que decía la doctora Pastor. Yo ya no releo los discursos porque los leo siempre mal.

Sobre lo que ha dicho de los fallecidos, yo estoy convencido, no hay aquí ninguna intención. A ver, fallecidos. Hay una fuente, que este es el registro diario de mortalidad.

El registro diario dice el exceso de todas las muertes. Ahí puede haber muertes por COVID, muertes que se han precipitado o muertes por otras

causas que no sabemos. Igual hay otra epidemia que no conocemos y está ahí.

No lo sabemos. ¿Cuándo lo podremos saber? Cuando estén los certificados de muerte.

¿Lo sabremos con seguridad? No, porque también los certificados de muertes cuando aproximaciones, aunque se está aplicando la recomendación de la Administración.

Por tanto, tenemos es una fuente de mortalidad, que son los casos que se han hecho PCR y todo eso y, después, el exceso de mortalidad.

Después, tendremos el registro con los certificados. Con estos se hará una aproximación de tipo de investigación. Yo entiendo lo que usted dice, que no se entienda eso, porque es difícil de explicar y, seguramente, comunicándolo mejor, se entendería.

¿Cómo se explica la intrahistoria? Hable usted con los epidemiólogos. Yo se lo puedo decir porque hablaba con muchos de ellos.

Están desbordados todos los días. Están acabando a las 11 la noche para hacer el informe que han de decir con todas las PRC positivas que se han hecho para no sé qué, no sé cuántos. Hay dos o hay uno en toda la provincia.

Entonces, es este el que también tiene que controlar y mandar las causas de muerte. Es el que tiene que mandar eso. También pasa eso.

¿Por qué las comunidades autónomas no mandan la información? Pues si no tienen a nadie detrás. Si no entendemos a veces las causas de las cosas, que nos pasa eso, que esto es. No, mira, es más fácil de lo que parece. Hay problemas.

Cuidado, que eso no quiere decir que se haga una revisión crítica. Estoy muy de acuerdo. No tendría que funcionar así, sin duda.

Pero tiene su explicación, no creo que sea taimada, sino que es más de que no puede haber.

No sé si me he olvidado algo.

Con lo que ha dicho el Grupo de Esquerra Republicana o el Grupo Republicano, lo de equidad, muy de acuerdo. De hecho, usted me ha dicho que no ha sido crítico con el Gobierno y le he dicho que en los informes no pone nada de equidad y que tendría que ponerlo.

Cuando hacen un **(Palabras que no se entienden)** no tendrían que poner solo el sexo, la renta. Tendrían que poner más cosas para poder hacer una descripción adecuada.

Cuando hacen informes de cómo tiene que hacer las cosas, tiene que poner cómo va a reducir las desigualdades sociales. Estoy muy de acuerdo.

Me ha dicho también algo del etiquetado del alcohol y estoy de acuerdo. De hecho, tengo una publicación, que me han mandado hace poco, de todas las cosas que hay que hacer. Me la ha mandado un compañero de SESPAS y me ha hecho oírlo, pero, claro, no tenemos tiempo para todo.

Pero, sí, he dicho la capacidad regulatoria de protección de la salud es alta, aprovechémosla.

Transparencia y *lobbies*. Participe en el Estudio Transparencia de Amnistía Internacional, que dirigió el profesor Villoria.

Efectivamente, a mí lo que me preocupa del *lobby* no es que se le conozca o no se le conozca. Son muy buenos. Son demasiado buenos. Técnicamente, son excelentes.

Por lo tanto, cuando nosotros hayamos pensado cómo hacer que sean transparentes, ellos ya habrán pensado otra. A mí lo que me preocupa es el equilibrio democrático.

A las altas esferas del Estado, a los políticos, a los directores generales, quién accede siempre es quien tiene más recursos, de forma que se produce una inequidad en el acceso.

Eso es lo que hay que ordenar y puertas abiertas, pero lo demás lo veo difícil por lo que le digo, tienen mucho más.

Me decía lo de las otras profesiones. Efectivamente, hablaba de etnia. Por ejemplo, en España, un sociólogo de la Universidad de Alicante es el que mejor ha trabajado los problemas de salud en la etnia gitana.

Lo ha hecho muy bien y ha hecho unas propuestas muy buenas. Las integró Ministerio Sanidad antes, en la legislatura anterior. Las está haciendo ahora. Es decir, que está muy bien.

Yo, del cannabis, no le voy a opinar, pero por una cosa, porque no tengo fundamento y no me gusta opinar.

Sí tengo que decir que cualquier regulación hay que hacerla basada en la investigación. Es decir, todas las regulaciones tienen pros y contras. Hay cuáles pueden ser todos los efectos. Hay que hacer una valoración de todos los impactos en salud, economía, etcétera.

Podemos me ha dicho que qué haría yo para mejorar lo sucedido, si hemos pagado previos. Sí. Hay errores previos. Muchas de las cosas que han pasado en la pandemia son porque no estaban antes.

De todas maneras, hay que ser muy cuidadoso en evaluar los resultados de la pandemia.

Si yo me pongo a decir qué es lo que ha hecho tan excelente Murcia, qué ha hecho tan bien Galicia y tan mal Madrid, uno dirá: “Vamos a ver qué decisiones políticas han tomado para hacerlo tan bien”.

¿Verdad que es difícil?

Canarias, que lo ha hecho tan bien, y Baleares. Oye, Baleares lo ha hecho de narices, ¿que habrán hecho tan bien? ¿Cómo hacemos esas comparaciones?

Igual los índices internacionales comparan países y nos ponen mala nosotros. Oye, pues mira, ¿sabes qué? Vamos a mandarles los datos de Murcia o tal, como hace Alemania en el MoMo. Saldremos de narices. ¿Qué habrá cambiado ahí?

Quiero decir que la evaluación de lo que se podía haber hecho es complejísima. Hay que ponerse en la situación. Eso de ser muy simple y decir “esto se ha hecho mal, esto bien”, cuidado.

A mí me da miedo. A mí, hasta estar en una comisión. Digo: “Será difícil”.

Decía lo de las UCI, ¿no? Aún faltan UCI. Mire, en la cuestión de las UCI, Alemania tiene más UCI, sin duda, y otros países también. Pero Alemania tiene un sistema de salud peor que el nuestro.

Si coge los índices de la OCDE, verá que en todas y cada una de las cosas, reingresos, muerte evitable, está peor que nosotros.

¿Qué pasa? ¿Qué solución tenemos? Lo que se ha hecho, que es tener capacidad de extender flexiblemente, porque tenemos unos profesionales que son capaces de hacerlo. Entonces, lo que hay que hacer es que tener profesionales que lo sean. Esta es mi opinión.

¿Qué hay que hacer con la prevención de la obesidad y del tabaquismo en primaria? Los de primaria tienen que trabajar, pero, si no movemos las condiciones del entorno, no lo vamos a solucionar.

O sea, las intervenciones clínicas para **(Palabras que no se entienden)** la obesidad tiene poca efectividad. En cambio, las poblacionales tienen mucha. Por lo tanto, hay que ir a las poblaciones.

Pero los médicos de atención primaria, las enfermeras de atención primaria son profesionales muy reconocidos. Ellos deben participar en la estrategia poblacional.

Después me dice un **(Palabras que no se entienden)**. Sí que hay protocolos para manejar la medicación. Hay farmacéuticos excelentes que manejan cómo revisar la medicación, porque es muy complejo revisar algunas medicaciones. Porque hay una medicación que altera el equilibrio y la persona que la está tomando para hipertensión o para no sé qué, se cae y se fractura la cadera.

Es complejísimo llevar eso. Una persona sola, un médico de atención primaria, una médica de atención primaria es muy difícil que lo maneje si no tiene una ayuda.

Por lo tanto, ¿no tenemos paro? Contratemos en atención primaria también la gente que sepa cómo manejar las medicaciones para reducir las que no sirven. Así, seguramente, incluso será costo-asequible.

Doctor Steegmann, muchas gracias por sugerirme la autocrítica. Es una cosa que los que nos dedicamos las ciencias la hacemos sistemáticamente. Además, creo que debemos hacer.

Usted me dice: “¿Cómo me va a convencer usted a mí?”

Le aseguro que es posible le convenza y usted a mí también. Seguro. Porque si habláramos, vería cómo como seguro que nos convencemos.

Hemos hecho autocrítica. Sí la hemos hecho y, si oye en algunos medios de comunicación lo que he dicho, verá que lo he dicho. He dicho: “Fracasamos. No interpretamos bien los datos”.

Lo he hecho yo por mi cuenta, en mi caso. No he hablado por otros. Quiero decir con eso que claro que se hace autocrítica. Lo que pasa es que la autocrítica es lo que menos sale. Salen otras cosas.

Yo creo que, en nuestro medio, en el medio de la medicina preventiva y salud pública, hay unas discusiones en los medios de comunicación tan fuertes sobre lo que había y no había que hacer, lo cual quiere decir que era un tema en el que hay muchas opiniones.

Como le digo, la evaluación de lo que ha pasado es muy difícil desde el punto de vista intelectual y científico. Es compleja. No, es decir: “Aquí yo lo sabía, el otro no”. No. Porque, si no, diríamos: “¿Qué hizo Murcia tan bien?”. Es lo que le he dicho antes, ¿vale?

Sobre las notas de prensa que dice, la verdad es que no lo sabía, pero las salidas en los medios de comunicación no dependen de nosotros. La agenda mediática le hacen otros. Nosotros decimos que sí o que no.

En cuanto a las medidas a corto plazo, señora Pastor, me decía: “El plan de contingencias tiene suficientes garantías. Es el mejor posible”.

Yo creo que no es el mejor posible. Se puede mejorar. Yo creo que cualquiera que lo lee sabe que lo pueden mejorar. Usted sabe, como yo, que ha estado en el ministerio, que a toda prisa a las cuatro de la noche está cerrando textos y ahí lo que hay. Nos pasa a todos.

Es decir, los recursos son los que son. Es complejo hacer normas de estas a toda velocidad. Creo que es difícil.

Me ha dicho antes que algunas medidas fueran comunes. Sí que puede haber medidas comunes, pero fíjese que hay que contextualizar las cosas.

En educación, que me decía, no es lo mismo la Comunidad Valenciana, que tiene una infrafinanciación injusta. Lo sabemos todos, pero miramos para otro lado. Hay 30 o 35 niños por clase. Hay otros sitios donde hay 18.

¿Cómo vamos a hacer las formas comunes? Si ellos tendrán la suerte de que hace buen tiempo y tendrán que salir al patio. No sé.

Quiero decir con que las normas comunes se tienen que adaptar a los contextos y, para eso, tenemos autoridades territoriales.

Yo creo que sí. Estoy de acuerdo. Tiene que haber normas comunes, algunas porque son fundamentales, pero después hay que tener la capacidad de actuar en los contextos, que son muy distintos, culturales y económicos, como eso que le he dicho de la de la Comunidad Valenciana.

Los médicos centinelas son un potencial que hay que reforzar; totalmente de acuerdo.

El nuevo sistema de vigilancia epidemiológica tiene que ampliarse.

En atención primaria estaba la Ley de Salud Pública. Tenía que establecerse que la vigilancia se tenía que hacer de acuerdo con sanidad animal, con veterinarios, con oficinas de farmacia. Tenemos tecnologías para hacerlo. Por lo tanto, pues, muy de acuerdo. Estoy totalmente de acuerdo.

Sobre el tabaquismo, ¿cómo se podría evitar la mortalidad con el tabaquismo? Aquí con la pandemia. Igual si hubiésemos tenido una disposición distinta. Lo pasa es que es lo que le he dicho. Hay muchos factores. Nuestras familias son muy distintas a las alemanas.

Por ejemplo, allí solo tienen menos del 10 % de jóvenes que viven con sus padres. En cambio, aquí es que el 55 %. El tipo de familia. Es que hay tantos factores que pueden decir qué es lo que podría haberlo evitado.

Yo creo que, como le digo, en la evaluación, yo no me siento solvente y tengo que reconocer, ahí, humildemente que el conocimiento todavía. Para evaluar una cosa así, decir algo, opinar algo, yo no me atrevería.

Lo que me ha dicho de los colegios se lo he contestado en parte. Tiene que haber unas normas muy claras, pero muy adecuadas tal contexto.

Porque el que sabe en la localidad es el alcalde y todo su equipo. Los que están las comunidades autónomas son. Por lo tanto, tiene que haber ese equilibrio que, además, hace que se participe más, por si alguien ve algo impuesto también. En el tipo de Estado que estamos lo mejor es trazar lazos que sirvan.

Fíjese que en las cosas comunes que dice, en las prestaciones de salud pública, que sean comunes, sí, pero tiene que haber competencia enriquecedora. Podemos aprender que unos avancen más en la ley.

Porque las comunidades autónomas también tienen competencia, ¿no? Tienen mucha; que no se escuden en el Estado tampoco.

“Oye, que tú también puedes ampliar la ley del tabaco. No esperes a que lo haga otro”.

¿Qué hacen las comunidades autónomas? Algunas hacen cosas. En Extremadura han hecho unas cuestiones y en Castilla-La Mancha, de paseos saludables. Es bueno que haya innovación en estos terrenos, aprendamos y, después, los extendamos. Igual lo incluyamos como prestación.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Perdón.

Lo digo por si es enriquecedor.

Es porque se ha pretendido que haya un solo protocolo en educación.

El señor **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ (ALICANTE)** (Hernández Aguado): Vale.

Pues, entonces, estamos completamente de acuerdo. Sí.

Entonces, disculpe. No la había entendido bien.

Sí. Voy a contestar a la señora Prieto.

Sobre el ECDC y la OMS, la cuestión de independencia es la clave. Lo que pasa es que la independencia depende de los Estados y los Estados, hoy en día, soplan vientos que nos compara eso. Soplan vientos de gente que cada vez reduce más la financiación de estas cosas.

Lo que es posible es que la Unión Europea, que en teoría puede ser más sensata, mejore la financiación y la independencia de las agencias. Aun así, las agencias europeas han tenido problemas de independencia.

La EFSA y la EMA, la de medicamentos y la de seguridad alimentaria, son las dos agencias que más reproches han recibido del Parlamento Europeo por cuestiones de conflictos de intereses y ha sido uno de los problemas.

De hecho, le pararon el presupuesto a la EFSA hasta que no resolviese las cuestiones de conflicto de intereses.

Quiero decir que hay mucho trabajo que hacer en buen Gobierno y, por eso, también hay que estar allí, como decía el compareciente anterior, el

profesor José María Martín Moreno. Hay que estar allí para eso, para mejorar esas cosas.

Como dice, para mejorar. Vamos a ir para mejorar, no para que nos den protocolos. No quiere decir que no es competencia. Es competencia enriquecedora.

Sobre la coordinación constitucional, yo creo que ahí tendrían que poner a algún grupo de gente que estuviera en la parte de técnico política para manejar las cosas, porque ellos se entenderán muy bien en la coordinación institucional. Si tratan de hacer ellos las propuestas, será más fácil que si se hacen a otro nivel.

Acabo ya. Había otra pregunta sobre la incidencia del cambio climático. Claro, hay muchas cosas que hacer en cambio climático. Es una de las claves.

No tengo tiempo para decirle todo lo que quisiera, pero le puedo mandar todo lo que tenemos preparado sobre el cambio climático.

Muchísimas gracias a todos.

Ha sido un placer estar aquí.

(Aplausos).

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, doctor Hernández, por acompañarnos y por darnos.

El señor **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ (ALICANTE)** (Hernández Aguado): Siento haberme pasado un poco.

La señora **PRESIDENTA**: Perfecto.

No se preocupe.

Muchísimas gracias por todas sus aportaciones.

El señor **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ (ALICANTE)** (Hernández Aguado): Había una última que no he entendido lo que he escrito. Me pasa eso. (*Pausa*).

La señora **PRESIDENTA**: Antes de continuar con la sesión, quisiera aclarar unos plazos que me ha comentado alguno de ustedes para que todos los tengamos claros.

El miércoles a las 12 acaba el plazo, como les han comunicado, para presentar borradores.

El jueves, al acabar el Pleno, está convocada una reunión de este grupo de trabajo para debatir y decidir sobre qué borradores se va a trabajar y se van a presentar enmiendas.

Alguien me decía: “Es que el jueves hay comparencias”.

No. El jueves no hay comparencias. El jueves se debate y se decide sobre qué borrador se van a hacer las enmiendas.

Habrá plazo de presentación de enmiendas hasta el domingo 28, para, luego, volver a convocar a este grupo de trabajo el martes 30 para debatir las enmiendas.

Se verán las enmiendas que queden vivas en el plenario de la comisión el día el 2. ¿Vale?

Esto era.

Sin más preámbulos, pues, quiero dar la bienvenida a doña Margarita Alfonsel Jaén, secretaria general de FENIN, que nos ha querido acompañar y le doy las gracias por aceptar esta convocatoria de este grupo de trabajo.

Muchísimas gracias.

Tiene usted la palabra.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE FENIN** (Alfonsel Jaén):
Muchas gracias.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Perdóneme la interrupción, señora presidenta. Discúlpeme.

¿Esto nos lo podría enviar de alguna manera?

La señora **PRESIDENTA**: Esto lo tienen ustedes.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Ya está.

La señora **PRESIDENTA**: Lo tienen todos ustedes.

Lo que pasa es que, como alguien me ha preguntado si lo podría aclarar, lo he aclarado, pero tienen todos ustedes en el correo desde hace varios días.

Gracias.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE FENIN** (Alfonsel Jaén):
Buenos días, señora presidenta de la sala, señorías.

Para mí es un honor estar aquí.

Quiero comenzar y agradecer, por supuesto, a los miembros de este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, constituida por el Gobierno, la

oportunidad de aportar propuestas desde el sector de tecnología sanitaria, a quien hoy represento aquí.

Me gustaría recordar a todas las personas que han fallecido en esta crisis; también a las que ha sufrido experiencias dramáticas y trasladar nuestro más sincero pésame a sus familiares.

Por supuesto, también reconocer y agradecer la labor de todos los profesionales sanitarios que han trabajado en primera línea para atender, cuidar y acompañar a los pacientes.

FENIN, la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, es la organización empresarial representante del sector estratégico y esencial en la respuesta a la grave crisis sanitaria producida como consecuencia de la COVID-19.

A lo largo de esta pandemia, la tecnología sanitaria ha desempeñado un papel clave en la prevención, diagnóstico, tratamiento, soporte vital de los pacientes y en la protección de los profesionales sanitarios a través de productos esenciales, como mascarillas, batas y guantes, soluciones hidroalcohólicas, productos de desinfección de superficies e instrumental, productos sanitarios de un solo uso, bombas de infusión, equipos de monitorización, respiradores, test de diagnóstico y un largo etcétera, evitando, asimismo, el aumento del número de contagios por la COVID-19 entre la población.

Como todos los expertos y organizaciones comparecientes, hemos venido a esta sala con un objetivo común, aportar nuestro conocimiento y experiencia para fortalecer nuestro sistema sanitario, dado que es la red que permite sostener el resto de la actividad de nuestro país, incluida la actividad económica del resto de sectores, como se ha comprobado con la crisis de la COVID-19.

Nuestra organización plantea corresponsabilidad de todos los actores para afrontar un futuro exitoso de nuestro sistema sanitario y, para ello,

propone un papel activo de la industria a través de sus representantes en los órganos de decisión del sistema.

Las empresas del sector sanitario, que representan cerca del 6 % del PIB nacional y del millón de empleos, se han constituido como la vanguardia en la reacción a la crisis de la COVID-19 en nuestro país, tanto desde la perspectiva de la atención clínica y sanitaria como para asegurar todo tipo de suministros críticos.

En concreto, las empresas del sector de tecnología sanitaria hemos trabajado 24 horas al día, siete días de la semana, para reforzar y reconvertir las operaciones productivas, dar respuesta y abastecer de todo tipo de material de protección, productos y tecnologías sanitarias para proteger a los profesionales y para atender y diagnosticar a los pacientes.

Realizada esta introducción, plantearé mi exposición en tres bloques diferenciados.

El primero, relativo a las prioridades, observadas desde el sector empresarial al que represento, para la reactivación del sistema sanitario y de la actividad asistencial.

El segundo, al periodo pos-COVID-19 y a la necesaria definición de una nueva estrategia de carácter nacional para la transformación de la sanidad.

Un tercer bloque expresa las medidas de apoyo necesarias para el sector de tecnología sanitaria, en concreto.

Por último, concluiré con un apartado final, de balance del COVID, lecciones aprendidas y conclusiones.

El primer bloque, como decía, se refiere a las prioridades identificadas desde el sector de tecnología sanitaria para la reactivación del sistema sanitario y de la actividad asistencial.

Antes de abordar la implementación de medidas necesarias a medio plazo para reforzar el sistema sanitario y prepararlo para futuras posibles pandemias, que todos esperamos que no se produzcan, exponemos las

primeras medidas a tomar para la reactivación y vuelta a la normalidad de la actividad sanitaria.

Esa reactivación es necesaria porque, más allá de la COVID-19, hay más patologías y hay más actuaciones sanitarias necesarias. En definitiva, hay más pacientes que precisan ser atendidos de forma inmediata.

En total, enunciaré seis medidas prioritarias.

La primera sería una nueva oportunidad — hemos querido denominar— para las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad.

Proponemos el establecimiento de un foro que integre los diferentes factores vinculados a la sanidad, carteras ministeriales, comunidades autónomas, profesionales sanitarios, pacientes e industria, a través de sus organizaciones colegiadas, que permita establecer los mecanismos de coordinación y guía en el proceso de normalización en el ámbito sanitario.

También la coordinación de los programas y protocolos de desescalada de las comunidades autónomas, desde el Ministerio de Sanidad, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de cara a determinar los posibles cambios en las actividades asistenciales y quirúrgicas.

En segundo lugar, hablaríamos de retomar la actividad asistencial.

Consideramos necesario retomar la actividad quirúrgica no urgente y reprogramar las cirugías aplazadas por la crisis, a través de un plan específico de recuperación de listas de espera que garantice absorber, a lo largo del año 2020, el cien por cien de la demora generada y coordinar con la sanidad privada la posible congestión de servicios asistenciales.

El tercer punto que proponemos es retomar la continuidad de la formación médica, a través de las sociedades científicas.

Como cuarto punto, hablaremos de garantizar el acceso a los hospitales de forma segura, trabajando con las asociaciones de pacientes para crear un marco de confianza que facilite su visita o ingreso a hospitales y centros

sanitarios cuando sea estrictamente necesario, para el seguimiento, el diagnóstico y el tratamiento de estas patologías.

El acceso seguro del personal de las empresas a centros sanitarios, imprescindible para el soporte y formación a los profesionales sanitarios en la utilización de las tecnologías en acompañamiento, en intervenciones quirúrgicas, en mantenimiento y calibración del equipamiento electromédico.

Hemos redactado dos protocolos que, estoy segura, serán de gran interés para este acceso seguro del personal de las empresas a los centros sanitarios.

El quinto punto hablaría de impulsar la atención domiciliaria.

Las soluciones de salud digital han permitido la mejora de la gestión clínica de los pacientes con coronavirus, liberar recursos, evitar reingresos e identificar a los pacientes con COVID-19 que, por su sintomatología, carga de morbilidad o complejidad clínica, han podido ser atendidos preferentemente en sus domicilios, aligerando la carga asistencial de los hospitales en el momento de mayor tensión del sistema sanitario.

En el caso de las residencias de mayores y dependientes, deben dotarse de más recursos tecnológicos y sanitarios para proteger a los más vulnerables y descongestionar hospitales de pacientes crónicos, pluripatológicos.

El sexto y último punto de este bloque hablaría de vigilancia epidemiológica y campañas de vacunación mediante el desarrollo de soluciones digitales a nivel ministerial y en coordinación con las comunidades autónomas para conocer en tiempo real la situación de contagios, ingresos hospitalarios e ingresos en UCI.

Por supuesto, la preparación del sistema sanitario para las campañas de vacunación, adquiriendo el material de inyección necesario y preparando

las soluciones digitales para la identificación y registro de los pacientes vacunados.

El segundo bloque se refiere al periodo pos-COVID y la definición de una estrategia nacional para la transformación del sistema sanitario.

A este respecto, indicamos también seis puntos vitales para tener en cuenta.

Por un lado, financiación de la sanidad.

Hay que garantizar una financiación suficiente y estable de la sanidad, reenfocando los Presupuestos Generales del Estado hacia el incremento del presupuesto dedicado a Sanidad, a nivel central, reforzando el ámbito de salud pública y facilitando a las comunidades que incrementen sus inversiones en sanidad.

También hay que incrementar gradualmente la inversión en sanidad, como mínimo el 7 % respecto al PIB, comprometido por el presidente del Gobierno, tomando como referencia a los países punteros de Europa y teniendo en cuenta las necesidades adicionales de atención médica que se han incrementado considerablemente.

También trabajar con la Comisión Europea para garantizar fondos estructurales dirigidos a mejorar los sistemas sanitarios en los próximos años y, desde luego, una planificación presupuestaria de las Administraciones públicas, elemento de especial interés.

Como segundo punto, hablaríamos de la transformación digital del sistema de salud.

Se debe definir una estrategia nacional para trazar la hoja de ruta hacia la sanidad digital inmediata con base en los siguientes desarrollos:

Un nuevo modelo de sanidad. Pasar de un modelo de agudos a un modelo de prevención fuertemente apoyado en atención primaria y en salud pública.

Un nuevo modelo de relación entre profesionales y pacientes. Las nuevas herramientas digitales han de crear nuevas vías de colaboración y facilitar la corresponsabilidad del paciente en el cuidado de su propia salud.

También un nuevo tejido industrial de alto valor añadido en tecnología sanitaria. Poner en marcha una estrategia de país que cree un nuevo modelo de tejido industrial de alto valor añadido.

Hemos de dedicar especial atención a la financiación y fiscalidad con un plan de inversiones y reformas para los dos próximos años, en torno a seis pactos de reconstrucción, entre los que se encuentran, como ha planteado la ministra de Asuntos Económicos y Transformación Digital, el refuerzo de los servicios públicos, como el sanitario, el emprendimiento y la transformación digital.

Potenciar las actividades de investigación, desarrollo e innovación como palanca de competitividad empresarial.

¿Cómo lo haríamos? Acompañando al nuevo Plan Estatal de I+D+i, 2127, con un programa especial para la digitalización de la sanidad que mejore la madurez digital de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

Revisar la estrategia española de ciencia, tecnología e innovación y de sus instrumentos de financiación y liquidez empresarial para adaptarla a la nueva realidad provocada por la crisis sanitaria e incluyendo macroproyectos tractores que impulsen nuestra capacidad tecnológica.

Respecto a protección de datos irregulares y regulación, generar un marco digital bastado en la seguridad, la protección de los datos e información de los pacientes y el uso ético de esos mismos datos, y tener, como marco de acción, los objetivos de desarrollo sostenible.

El tercer punto de este bloque hablaría de contratación responsable y compra basada en valor.

Proponemos y fomentamos la compra basada en valor, como establece la Ley de Contratos del Sector Público, siendo esta la mejor garantía para que el sistema cuente con tecnología sanitaria de calidad que le permita responder a las necesidades asistenciales sin los problemas de seguridad y calidad observados en esta crisis sanitaria.

Impulsar los proyectos de compra pública e innovadora y el acceso a fondos europeos que permiten la financiación de soluciones innovadoras que mejoren los procesos de atención sanitaria, en cuanto a su calidad y a su eficiencia.

Impulsar también la medición de resultados en salud y *benchmarking* a nivel central, en coordinación con las comunidades autónomas.

Yo permitiría aplicar criterios de valor en la compra y evaluación de los nuevos proyectos y tecnologías basados en resultados.

Finalmente, reforzar la apuesta por empresas comprometidas con la ética, cuya experiencia y conocimiento garantizan la calidad en la producción y distribución, que resulta esencial tal y como se ha visto durante esta pandemia.

El cuarto punto de este bloque se refiere a la renovación del Parque Tecnológico Sanitario.

Proponemos — ya hemos lo propuesto con anterioridad— establecer un plan que permita la renovación del Parque Tecnológico y acabe con la obsolescencia en los hospitales y centros sanitarios; incorporando el equipamiento necesario para hacer frente a situaciones como la generada por el coronavirus y la mejora asistencial con carácter general, incluyendo en la ley que los equipos de más de 10 años deberían ser renovados inmediatamente.

También desarrollar modelos de colaboración público-privada que permitan complementar y sincronizar las iniciativas en ambos ámbitos de forma integrada y con una visión a medio plazo.

El quinto punto se refiere a la promoción de la cultura de la seguridad, fomentando una verdadera cultura de seguridad en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, reforzando el compromiso con la mejora de la calidad asistencial y la seguridad en las organizaciones sanitarias, formando e implicando a los profesionales y a los pacientes en la implementación de medidas encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos.

El sexto y último punto de este bloque se refiere al plan de contingencia y reserva estratégica, tema que está, en estos momentos, en boca de todo el mundo.

Ya tenemos que estar trabajando en este campo. Hay que elaborar un plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia y planes de contingencia precisos para situaciones de crisis como la actual.

Este plan debe contemplar una perfecta coordinación y sinergias entre las comunidades autónomas.

También hay que definir un protocolo de actuación que se active en situación de pandemia o emergencia sanitaria, que permita coordinar en red los laboratorios del ámbito sanitario, universitario, privado, para poder disponer de manera ágil de capacidades diagnósticas para todos los pacientes que lo necesiten.

El Ministerio de Sanidad debe contar con nuestro sector, con el sector de tecnología sanitaria, en el diseño y preparación de la reserva estratégica de productos sanitarios críticos para garantizar una respuesta rápida ante nuevas ondas epidémicas o futuras emergencias de salud pública. Ya lo está haciendo.

¿Qué características tendría esta reserva estratégica? Desde nuestro punto de vista, hay que estimar las necesidades, calculando con base en los consumos semanales declarados por las comunidades autónomas.

La reserva estratégica contará con las cantidades necesarias para poder cubrir un periodo mínimo de entre seis semanas y dos meses, vinculando la

utilización del material a la vida útil de los productos, estableciendo procesos de rotación de material que garanticen su reposición para disponer de la reserva íntegra.

También conocer las reservas estratégicas de las comunidades autónomas, que serán complementarias a las del Gobierno, y garantizar las capacidades de producción estratégica para disminuir la dependencia de terceros.

Por lo tanto, hemos de reforzar las capacidades de estratégicas nacionales en los segmentos y ámbitos críticos.

Los ministerios de Industria, Comercio y Turismo y el Ministerio de Ciencia e Innovación deben contar con nuestro sector para el diseño de una estrategia que permita afianzar y reforzar la producción en nuestro territorio.

El tercer bloque identifica las medidas de apoyo al sector de tecnología sanitaria. Estas medidas que, desde el sector, demandamos, porque somos un motor económico y jugamos un papel tractor para muchos sectores auxiliares, al tiempo que somos fuente de empleo de calidad.

Aquí también proponemos seis planteamientos.

El primero sería un plan nacional de promoción de la industrialización del sector de tecnología sanitaria, financiando en tiempos de crisis a las empresas que reorganizan o intensifican su producción para poder comprar materia prima y multiplicar los turnos de trabajo.

Definir un plan estratégico para que las empresas emprendan líneas de producción de productos esenciales con posibilidad de continuidad y permanencia.

España debe compatibilizar la creación de un tejido productivo nacional esencial con la promoción de la presencia e inversión de empresas multinacionales que apuesten por la producción y la economía del país, bien con plantas de fabricación, bien con centros y capacidades de

distribución, bien con centros de innovación, y siempre con generación de empleo de alta cualificación.

Por supuesto, evitando siempre barreras burocráticas y normativas, centrales y autonómicas, para impulsar la competitividad en este plan que enunciamos como de importancia extrema.

El segundo punto de este tercer bloque se refiere a aumentar y a agilizar la llegada de liquidez a las a las empresas, reduciendo los plazos de pago de las Administraciones públicas hasta alcanzar los términos que dicta la ley, y otras medidas fiscales y económicas que incentiven la actividad de las empresas.

En el ámbito de la contratación pública, reforzamos el valor de la calidad. Debemos reforzarlo, en los criterios de valoración de los procesos de contratación, para que no existan problemas de seguridad y calidad, observados en momentos como esta pandemia.

Hemos de modificar la Ley de Contratos del Sector Público o hemos de desarrollar la Ley de Contratos del Sector Público para incluir una especificidad para el ámbito sanitario, como han hecho otros países europeos, garantizando que la calidad no sea menor que el 50 % de los que criterios de adjudicación.

En cuanto al IVA, proponer a la Comisión Europea un cambio legislativo para que el tipo de IVA que se aplica a los productos sanitarios sea superreducido, por ser productos esenciales para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, como se ha demostrado a lo largo de esta pandemia.

El quinto punto. Hablamos de legislación de productos sanitarios y productos sanitarios para el diagnóstico *in vitro*.

Este sector empresarial de productos sanitarios está regulado a través de directivas armonizadas a nivel europeo. Está altamente regulado.

Estas directivas darán paso a nuevos Reglamentos de productos sanitarios y productos sanitarios para el diagnóstico *in vitro*.

Está prevista su aplicación de forma inmediata.

Pero hemos de dotar de recursos necesarios para organismo notificado español, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, para que pueda solicitar su designación como organismo notificado para el Reglamento de productos sanitarios para el diagnóstico *in vitro*, como ya lo hizo para el de productos sanitarios.

De esta forma, podría responder a la industria nacional en la certificación de los productos sanitarios y pueda ser considerada, por las multinacionales, como elemento favorable para utilizar los servicios de este organismo notificado, que siempre supondrían ingresos para nuestro país.

También colaboración con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para reforzar la regulación que garantice la calidad de los productos y empresas.

Refuerzo en el sistema de control y vigilancia del mercado que permita detectar de forma ágil la introducción en el mercado de productos que no cumplan con la legislación de aplicación a este sector.

Por supuesto, vigilar la venta al público de productos sanitarios a través de medios digitales, para impedir, por ejemplo, la venta al público de test de diagnóstico de uso profesional.

El último punto. Hablamos de internacionalización.

Entendemos que la actual reconversión de algunas empresas y el establecimiento de nuevas líneas de producción, complementarias a las que ya tenían, va a llevar consigo, para muchas de ellas, el inicio de la actividad exportadora o la búsqueda de mercados exteriores.

Es necesario impulsar y liderar la internacionalización de las empresas del sector para mejorar su competitividad y proyección internacional a

través de la digitalización y la formación en mercados y en instrumentos de apoyo a la internacionalización.

Para ello, se deben incrementar las ayudas públicas a este sector, que se han visto mermadas significativamente en los últimos años.

Hasta aquí, señorías, mi intervención.

Me pongo a su disposición, pero tengo unas conclusiones, presidenta, que quizá debería hacer en este momento, para, luego, proceder a las preguntas.

La señora **PRESIDENTA**: Si le parece bien, continúe.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE FENIN** (Alfonso Jaén):
¿Continúo?

Bien, pues, me quería poner a su disposición, pero, como sé que luego los tiempos están un poco ajustados, en este momento procedo a hacer mis conclusiones, que creo que son el balance de las lecciones aprendidas, a raíz de lo que hemos vivido.

Les trasladaré brevemente estas conclusiones, que espero que las compartan.

Esta crisis sanitaria nos ha demostrado que debemos construir un verdadero sistema sociosanitario basado en las personas y en las necesidades de los pacientes.

Para ello, el sector de tecnología sanitaria considera necesario un sistema sociosanitario basado en la *smart health*, donde la tecnología es clave para mejorar la coordinación en los hospitales, centros de atención primaria y las residencias, que deben reunir las condiciones adecuadas para el cuidado y la atención médica de nuestros mayores, la mayoría crónicos y pluripatológicos.

También, construir un marco estable de colaboración entre las Administraciones sanitarias y el sector de tecnología sanitario.

Un sector de trayectoria reconocida y credibilidad consolidada, aliado estratégico del sistema y que debe ser considerado un agente clave en el proceso de reconstrucción, como se ha puesto de manifiesto a lo largo de estos meses que hemos vivido por esta crisis.

Una financiación, también suficiente, que permita contar con los mejores profesionales y con la tecnología más avanzada, dejando atrás la obsolescencia de nuestro Parque Tecnológico Sanitario y que permita garantizar plazos de pago conforme a la ley.

Nuestro sistema debe estar preparado ante futuras crisis sanitarias.

Aplicar un IVA superreducido, como ya les comentaba, para cualquier producto sanitario.

Una reserva estratégica entendida, no solamente como *stock* de producto, sino como identificación o aumento de capacidades de producción, con un compromiso por parte de las autoridades para adquirir los productos necesarios.

Un nuevo modelo asistencial basado en valor. Para ello, se debe poner foco en la financiación y en políticas de compras que pongan en valor la calidad, los resultados sobre el precio, y que valore las empresas comprometidas con la calidad, la seguridad y la ética.

Indudablemente, contar con los apoyos públicos necesarios para el impulso de la innovación y la internacionalización.

Por último, promover la colaboración público-privada, aprovechando sinergias y creando modelos de valor añadido.

En definitiva, señorías, termino, construir un sistema sanitario digitalizado e integrado que garantice una atención sanitaria de calidad a todos los pacientes, adaptándose a sus necesidades según sus patologías,

basado en la prevención y en el diagnóstico precoz y con capacidad de respuesta a las crisis sanitarias que se presenten con solvencia y eficacia.

Es preciso construir una estrategia de país y apostar de manera prioritaria por el sector de tecnología sanitaria para que sea considerado como estratégico en la práctica real, como se ha puesto de manifiesto en esta crisis.

Esto lo he dicho de forma reiterada, pero creo en ello.

Hay que trabajar sin demora en un plan integral que sitúe a nuestro país en una posición de liderazgo y que fortalezca e impulse a nuestro tejido empresarial.

Para ello, es preciso continuar fomentando el diálogo, ir sumando esfuerzos, capacidades y voluntades.

Muchas gracias.

Ahora, sí. Me pongo a su disposición.

(Aplausos).

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

A continuación, tienen la palabra los grupos parlamentarios.

Por el Grupo Parlamentario Vasco.

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

Con los ponentes anteriores, hemos estado hablando de la importancia del relato que se construye.

A veces tenemos la sensación de que, en el relato sobre las necesidades, deficiencias, carencias y excesos del sistema sanitario, como en todos los relatos que se construyen, hay dioses y diablos. Hay vicios que virtudes.

Yo diría que muchas veces ustedes, eso se lo hemos comentado también algún otro sector, parece que, en este relato de las necesidades, la industria

de la tecnología, la industria de la farmacia, la sanidad privada, para algunos, está estigmatizada.

Parece que los poderosos están queriendo meterse en el sistema sanitario, muchas veces, sin ser absolutamente necesario.

Se habla muchas veces del exceso de pruebas diagnósticas y demás que se utilizan para poder vender tecnologías.

Nosotros no compartimos el relato que se hace y consideramos que hay que ir trabajando en la defensa de que, efectivamente, todos los ámbitos aportan mucho y que lo que hay que hacer es buscar un equilibrio y un uso razonable de toda la tecnología, de todos los ámbitos que en el sistema sanitario juegan un papel importante.

Ayer, el doctor Matesanz, en un diagnóstico y en un análisis que hacía del sistema sanitario, decía que uno de los problemas que hay es, precisamente, la obsolescencia tecnológica y que debería resolverse, algo que usted también plantea en su análisis.

Nos gustaría saber, desde su punto de vista, en la gestión de la crisis última que hemos vivido, de la pandemia, ¿cuáles han sido los errores que han podido haber en la respuesta a la pandemia, precisamente como consecuencia de esta obsolescencia?

Por otra parte, usted se ha referido, en un primer lugar, al modelo sanitario. Decía que tenía que evolucionar de un modelo de agudos a un preventivo. Nosotros consideramos que, desde luego, es determinante, que la cronicidad y la estrategia de la cronicidad juegan un importante.

Entiendo que ustedes, desde la tecnología, pueden hacer jugar un papel importante.

También hablaba del modelo de política industrial. Nosotros ahí, también, le querríamos decir: ¿Qué medidas considera usted que deberían tomarse o potenciarse para trabajar la vía de la estrategia inteligente y que el papel de las tecnologías sanitarias también sea determinante en el futuro

modelo de política industrial, que también necesitará que se tomen muchas medidas para salir del atolladero?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta. Muchas gracias por el diagnóstico que ha ofrecido, la información y las propuestas, sobre todo, señora Alfonsel.

Antes de nada, darle las gracias, en nombre del Grupo Parlamentario Ciudadanos también, por la labor que han ejercido ustedes durante esta pandemia que todavía estamos sufriendo, en cuanto a adquisición de materiales y otras labores logísticas que han realizado. Gracias.

Coincido con usted en la necesidad de mejora de la financiación de la sanidad pública, fomento de la tecnología, su introducción dentro de nuestro sistema sanitario y en otros muchos aspectos que ha desarrollado también, como la colaboración público-privada para la mejora de la atención a los pacientes, como también los planes que ha establecido para minimizar la lista de espera. No puedo estar más de acuerdo.

Dicho esto, como profesional del ámbito de la tecnología sanitaria, le pregunto con respecto a los datos de contagio y fallecidos, que lo he preguntado a todos los ponentes.

Algunos de los anteriores ponentes me han dado pistas de la tremenda dificultad que supone su contabilización.

Una contabilización que, además, pienso que puede ser valiosísima para tener datos, también para evitar y tratar un más que probable rebrote.

No voy a desistir.

¿Considera que es tan difícil, esta contabilización? ¿No lo era en las primeras semanas y después sí? Me gustaría tener su opinión, porque es inevitable ver una intencionalidad política si no se explica con razonamientos creíbles y que todo el mundo pueda entender.

Pregunta obligada. Vistos los problemas de las dotaciones de EPI durante la pandemia a profesionales sanitarios, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de Estado, militares y otros trabajadores esenciales, ¿qué ha sucedido con el material de protección, respiradores y demás medios?

¿Estamos ahora dotados para un posible rebrote?

Ha expuesto usted los servicios que han realizado en el sector de la tecnología sanitaria. Es muy de agradecer, como ya le dije, pero ¿cree que mejoraría la prestación sanitaria, la mejora competencial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud?

Coincido con usted también en la elaboración de este plan de respuesta ante pandemias. ¿Debería ubicarse, directa y orgánicamente, dependiente del Ministerio de Sanidad?

Sin más, no le planteo. Tenía más preguntas, pero no quiero ocuparle todo el tiempo.

Agradecerle sus respuestas, su exposición y nos ponemos a su disposición.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Republicano.

La señora **VALLUGERA BALAÑA**: Muchas gracias por su comparecencia.

Voy a ser muy breve. A ver si conseguimos ponernos un poco más sobre el horario previsto.

Yo soy de las que estigmatiza al sector privado. Ya lo digo de entrada y no me avergüenzo en absoluto.

Básicamente, porque hoy hemos tenido muchos comparecientes que hablaban de la sanidad pública, de la necesidad de que lo público sea quien se preste servicio y cuide nuestros ciudadanos.

En el fondo, pues, las empresas tienen un afán de lucro legítimo, pero los intereses por los que se mueven son radicalmente diferentes.

Por tanto, yo, en un momento determinado, hasta hoy, hubiera sido bastante partidaria de nacionalizar determinados tipos de empresas para que produjeran lo que se necesitaba y más teniendo en cuenta que el estado de alarma era para una de las pocas cosas que servían, para hacer este tipo de actuaciones.

Por tanto, mi pregunta es la siguiente. Vista la falta que hemos tenido y que se han tenido que ir a buscar mascarillas a China, Tombuctú y otras partes del mundo, que también ha pasado lo mismo con los EPI, que ha pasado lo mismo, que hubo desabastecimiento y se tuvo hasta que intervenir en los precios de geles y de otros elementos de protección, ¿creen ustedes que han estado a la altura?

La otra pregunta es: ¿Se van a preparar por si esto puede ser recidivante, como parece que nos han dicho los expertos que puede ser, para dejar de lado el lucro que persiguen legítimamente a favor de aquello público, de salvar vidas?

Esta es mi visión. Lamento que seguramente sea confrontada con la suya, pero creo que el desabastecimiento fue imperdonable.

Por otra parte, provengamos de donde provengamos, nuestro principal interés debe estar siempre velar por la salud de los ciudadanos y no sé si fue exactamente eso.

Respecto al tema del IVA, teniendo en cuenta que, bueno, las empresas han tenido también parte del escudo social que está implementando el

Gobierno, como ICO, como la posibilidad de hacer ERTE, que nos los van a convertir en ERE, pero bueno, la pregunta es que de algún modo vamos a tener que financiar todo esto y lo que no puede ser, que lo estoy viendo reiterativamente, es que todo el mundo demande una reducción del IVA.

En este caso, sus clientes no son pequeñas personas individuales, sino que entiendo que es básicamente la sanidad pública o privada. Bueno, a lo mejor, convendría articular un IVA diferenciado por quien compre.

Si es la pública, hacemos el 4 %, si es la privada, que sigan con el 21 %. Sé que es inconstitucional. Se lo cargarían en cualquier parte, pero, bueno, al final vamos a tener que buscar soluciones imaginativas.

Muchas gracias por su paciencia.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos- En Comú Podem- Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola. Bienvenida.

Estaba leyendo en prensa que FENIN y el INGESA han cerrado un acuerdo marco donde se reflejarán los equipos necesarios para disponer de una reserva estratégica, que usted ha comentado, de material ante la posible pandemia, del rebrote de otoño.

También estaban en contacto con el Ministerio de Industria para que la reserva del equipo sanitario no se quede en la urgencia del momento, sino, pues eso, el plan de que empresas españolas o erradicadas en España sepan de las necesidades ante una pandemia y puedan trabajar para cubrir las.

Una de las preguntas es: ¿Le parece a usted que, de los productos de las empresas representadas FENIN, se debe conocer la trazabilidad, es decir, el coste real desde que se empieza a producir hasta el producto acabado, comparándolo con el precio que luego tienen el mercado?

¿Cree que esta debe ser una cosa transparente, debido a la implicación real que hay con el Estado, con el dinero público?

¿Cree usted que en algunos casos se ha rentabilizado la pandemia subiendo precios, me imagino, por problemas de oferta y demanda?

La otra pregunta era la última. Los recursos en los problemas de la lista de espera. Si los recursos que se dan en la sanidad pública son los suficientes.

¿Se necesitará menos la colaboración con la sanidad privada, por ejemplo, para los controles de lista de espera?

¿Qué opina de todo esto? ¿Cómo se debe gestionar esto?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Vox.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señora presidenta. Muchas gracias, señora Alfonsel.

Me llamo Juan Luis Steegmann. Soy diputado por VOX. Soy médico hematólogo.

Mire, ustedes han hecho una cronología de cómo se ofrecieron al Gobierno en primeros de marzo y no fue hasta mediados de mayo cuando el Gobierno se comprometió con ustedes, a contar con el sector.

Por otra parte, habían mantenido, en los primeros días del mes de marzo, una reunión institucional con el equipo del ministerio y aportaron, ustedes, al ministerio, todos tus contactos y listados de empresas de fabricación, importación y distribución.

Si no es cierto, le ruego que me corrija.

Luego, por otra parte, han dicho ustedes también que quizás, conociendo cómo se estaba desarrollando la COVID en otros lugares geográficos,

podrían haber enfocado una estrategia con un consenso de todas las autonomías en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, de este modo, compartir una única dirección.

Mi pregunta es: ¿Cree que, dado que ha habido, pues, mucha información sobre la irregularidad en algunas compras, de esta forma se hubiesen evitado irregularidades y, además, hubiésemos podido conseguir precios más baratos?

Por último, nos gustaría preguntar. Ustedes han señalado muchas veces que había que marcar un enfoque estratégico de las líneas de producción que debería seguir nuestro sistema a medio, a corto y a largo plazo y también la reserva estratégica de productos esenciales. ¿Cree que estos puntos son claves también para el Gobierno actual?

¿Tiene usted constancia de que se está realizando un plan en ese sentido, en las líneas de producción?

¿Me podría ilustrar sobre cuáles son estas y si se está realizando una reserva estratégica contando con ustedes? Porque, además, claro, a nosotros también nos preocupa mucho el tejido empresarial.

Claro, porque creemos que son los empresarios los que generan riqueza en este país, principalmente dando trabajo a los que trabajamos, o bien en las empresas privadas o, indirectamente, en la pública.

Creo que ustedes están muy preocupados por los pagos a proveedores y el pago que se les vaya a realizar a ustedes.

Entonces, me preocupa también si esto podría comprometer de alguna forma el compromiso, perdone por la redundancia, que tienen ustedes y que han demostrado, como se ha dicho aquí por otras señorías, a lo largo de esta epidemia. Por ejemplo, el establecimiento de ese corredor aéreo que fue tan exitoso.

Sin más, le doy nuevamente las gracias.

Ya he terminado.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, señora Alfonsel, por su intervención, por el documento que, además, es tan didáctico.

Coincido en prácticamente todo lo que usted ha expuesto, pero, aprovechando que está aquí, me gustaría compartir con usted alguna reflexión y hacerle algunas preguntas que, como sabe, no tiene por qué contestar, porque esto es una comisión voluntaria y, por lo tanto, se le agradece.

Luego, decirle que me alegro mucho de que se haya recuperado de la COVID, que fue una de las primeras afectadas. Sé que estuvo hospitalizada y, desde luego, desearle todo lo mejor, que creo que eso es, a usted y, decimos siempre desde esta comisión, a todos los profesionales sanitarios y servidores públicos.

Usted no es una funcionaria pública, pero es una persona del sector, de muchísimos años, y ha estado ahí, nunca mejor dicho, en medio de la pandemia.

Iba a hacer una reflexión con usted, que es que he visto una de las líneas de su documento. Lo he visto ahora, cuando usted nos lo ha entregado.

Usted contempla, nosotros también coincidimos, un plan de respuesta ante la pandemia y planes de contingencia.

En este momento, la Organización Mundial de la Salud sigue con el establecimiento. Estamos en pandemia y los Estados miembros, aun estando en pandemia, van tomando decisiones con unos criterios que cambian.

Algunos criterios tienen que cambiar dependiendo de la información. Otros, a veces, no parece que tendrían que cambiar, teniendo la misma información.

Pero, al fin y a la postre, creo que es muy importante lo que usted contempla en el documento y que para mí es fundamental, que es que haya un plan de respuesta ante la pandemia, ante esta y ante cualquier pandemia, y, sobre todo, planes de contingencia para la pandemia y para esta fase, la fase que hemos llamado de esta escalada.

Me gustaría que nos dijera que, además de lo que usted ha hablado de la reserva estratégica, que nos orientara un poco.

¿Qué cree usted que es indispensable tener en esa reserva estratégica?

¿En los planes de contingencia, de ese plan de respuesta a las pandemias, tendría que estar la capacidad nacional de producción?

Yo les he seguido a ustedes, lo que han ido diciendo a lo largo de la pandemia. He visto, por ejemplo, que decían que las empresas de productos sanitarios para el diagnóstico *in vitro* tienen la capacidad de fabricar y comercializar en España más de 3 millones de test PCR al mes.

Estas empresas ya están trabajando para poder cubrir en las próximas semanas, eso lo decían el 1 de mayo, la demanda de test inmunológicos en nuestro país.

Por eso mi pregunta era: ¿Qué ha pasado? ¿Teníamos reservas? ¿Hemos contado con todos los que podían hacer los test? ¿Qué ha pasado para que no tuviéramos un plan que dijera, primero, a quién hay que hacer los test? ¿Cómo es posible que haya más de 50 000 sanitarios contagiados?

Otra pregunta también está en relación con ello. El tema de la legislación en torno a lo que es producto sanitario y no producto sanitario.

Soy una apasionada de la legislación sanitaria, pero le puedo asegurar que no puedo más, porque he visto cómo algunos productos sanitarios han pasado de ser producto sanitario a no ser producto sanitario y a volver a ser

producto sanitario; de no necesitar marcado CE a necesitar marcado CE; de tener en cuenta al organismo notificado a no tener en cuenta cuál era el organismo notificado.

Voy a la legislación. Yo creo que deberíamos ponernos de acuerdo en que el desarrollo de legislación, que se hace a través de órdenes ministeriales, que es una competencia de la autoridad sanitaria, y no cambiar de criterio cada día. ¿Qué le parece?

A mí me parece que esto lo que genera es una distorsión brutal, es decir, si la mascarilla tiene que ser producto sanitario, tiene que ser producto sanitario y tendrá que tener, si es de un importador, licencia de fabricación, licencia de importador, marcado CE de un organismo notificado real, no que esté autorizado a otra cosa, sino que es organismo notificado. ¿Qué nos explicaría? ¿Cómo ha funcionado esto?

Otro tema, que una compañera también lo ha dicho antes, es el tema de que en España tenemos agencias de evaluación de tecnología, aquí se ha hablado antes de que, efectivamente, lo mejor, la experiencia, es trabajar en red. Yo por eso cuando hablo de agencias, me gustaría que quedara perfectamente claro mi criterio. Soy profundamente autonomista, he sido criticada por ser autonomista y he explicado siempre que es importantísimo el modelo autonómico que tenemos y su respeto. Pero es verdad que, a veces, se nos va la especie y cada uno determinamos cosas diferentes. ¿No le parecería que sería bueno tener una agencia de evaluación de tecnología de productos sanitarios de alta tecnología e incluso de **(Palabras que no se entienden)** adecuados, por ejemplo, para este tema que le estoy hablando de las mascarillas, yo he dicho el **(Palabras que no se entienden)**, pero puede ser el organismo alemán, para ponernos de acuerdo?

Y lo último, el Plan de Renovación. Estamos hablando todos en esta comisión, yo estoy de acuerdo, ya lo anticipó, soy una defensora, a ver si se conciencian de una vez todos los políticos, de que se aumente el gasto

sanitario en España. Eso sí, que se evalúe que el gasto sea eficiente, pero que se incremente el gasto.

Tendría que haber una parte importantísima en inversión en tecnología. En tecnología de reposición, en tecnología puntera, como es la protonterapia o es el PEC-TAC, etcétera. ¿Qué le parecería que una parte de esos recursos fueran destinados -me imagino que me va a decir que sí, parecería que le estoy haciendo a usted la pelota, no soy muy partidaria de hacer la pelota, pero vamos, que usted no la necesita porque es una señora inteligente-, el sentido de que teníamos que tener un mapa de la tecnología que tenemos en España, no hacer una tesis doctoral, que también, un mapa? Porque le voy a decir algo que es lo que más me preocupa, es que dependiendo de donde vivas, hay personas que tienen acceso a una tecnología y, dependiendo donde vivas, otros españoles tienen acceso a otras. Solo estoy aquí por una cosa, por defender la igualdad en el acceso de todos los españoles a los servicios sanitarios.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, tiene la palabra (**Palabras que no se entienden**).

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias, presidenta. Señora Alfonsel, secretaria general de FENIN, bienvenida a este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, enmarcado en la Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España.

Antes de nada, manifestarle nuestra alegría por su recuperación de la enfermedad. También expresar un recuerdo a todas las personas fallecidas por esta enfermedad, por la COVID, trasladar a sus familias todo nuestro afecto y cariño, y mandar un mensaje de ánimo a las personas que, en estos momentos, están sufriendo esta enfermedad, que tengan un mensaje de

ánimo y de esperanza. Y como no, un agradecimiento constante a todas y a todos los profesionales sanitarios.

Pienso que es necesario recordar o que viene bien recordar en esta comisión que solo desde el consenso y la unidad, seremos capaces de sentar las bases de nuevos acuerdos para la reconstrucción económica, sanitaria y social de nuestro país. Creo que si lo logramos saldremos fortalecidos, y es importante resaltarlo.

Quiero trasladar en esta comisión que puede salir un gran pacto en materia sanitaria, que reclaman todos los profesionales y toda la ciudadanía, por eso creo que es muy importante poner en valor el trabajo realizado en esta comisión, agradecer a todos los comparecientes su presencia aquí, porque todos han aportado muchísimo, de todos hemos aprendido y a todos hemos podido trasladar todas nuestras cuestiones.

Quisiera decir, también, que el espíritu de trabajo de esta comisión y su manera trabajar, podría extrapolarse a otros ámbitos.

La verdad es que tengo varias preguntas que hacerle. La primera de ellas sería: ¿en qué áreas y en qué comunidades autónomas considera FENIN que hay más necesidad de actualización de las tecnologías sanitarias? Un poco en base a esa equidad que queremos y deseamos para todas las españolas y todos los españoles.

Otra pregunta sería: ¿Es usted partidaria de que la tecnología sanitaria sea evaluada con criterios similares a los medicamentos? Es decir, pudiendo demostrar beneficios y riesgos para los pacientes.

Una tercera cuestión es: ¿De qué forma concreta se puede comprometer FENIN, y el sector que representa, para que el coste sea sostenible para el Sistema Nacional de Salud? ¿Proponen ustedes que las inversiones necesarias se puedan pagar de manera plurianual, por ejemplo?

Una siguiente cuestión es que usted ha hecho una propuesta, y quería ver si la pudiera desarrollar un poco, es la de que la industria esté en los

órganos de decisión del sistema. La verdad que me parece una propuesta muy llamativa, y en el mejor sentido del término, quizás podría decir que, incluso, arriesgada.

Al respecto, también me ha llamado la atención que incluso haya llegado más lejos que el presidente de Farmaindustria en su comparecencia en esta comisión.

Otra de las cuestiones que fui anotando, ¿está FENIN en disposición de aportar al Sistema Nacional de Salud el crecimiento del gasto en tecnologías, si superase determinados niveles del PIB, como hace el sector en la industria del medicamento?

En relación con el PIB, usted ha hablado del 7 %, y la verdad es que le tengo que dar las gracias por coincidir con el Gobierno, con el presidente y con el ministro, que también nos lo trasladó ayer aquí en su comparecencia.

Quisiera reconocerles que son un sector potencial de empleo, un sector potencial de creación de riqueza, que quizás tenga que dar nuevos pasos, a los que ya han dado históricamente, para la sostenibilidad de la sanidad.

La verdad es que yo, por mi profesión, llevo muchos años teniendo contacto, por diversas partes de mi trabajo, de mis responsabilidades, con FENIN y sé de su compromiso con la sostenibilidad del sistema sanitario, y sé que son un sector potencial de empleo y de creación de riqueza.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Señora Alfonsel, tiene usted la palabra.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE FENIN** (Alfonsel Jaén): Lo primero, señorías, muchísimas gracias por sus preguntas, todas son muy interesantes y voy a tratar de responder en el orden en que me las han

formulado, aunque probablemente, en algunos casos, se puedan solapar para dar respuesta de forma conjunta.

La primera intervención, en la que se hablaba de un relato construido, de carencias, excesos, vicios, virtudes, creo que cada uno de los agentes, o de los *stakeholders* del sistema sanitario tenemos nuestro papel. Es muy lícito que cada uno, desde su posición, pueda tener visiones que puedan no ser compartidas por el otro *stakeholder*, en este caso, evidentemente, yo considero que nuestro sector empresarial es un sector comprometido, fiable, que lleva muchísimos años trabajando en pro de la sanidad, y la verdad es que no creo que sea discutible nuestra intención, nuestra dedicación, a construir, o ayudar a construir, un sistema mucho más potente y mucho más reforzado.

Por eso, lo que yo le quería contestar, y en concreto, ha hecho algunas afirmaciones en relación con el exceso de pruebas de test, yo quiero decirle que nosotros somos el ámbito empresarial que genera empleo y riqueza para el país. Es un ámbito empresarial que, desde luego, lo que proporciona no solamente son productos, sino también servicios para el sistema sanitario. Todos somos potenciales usuarios del sistema sanitario, para bien o para mal, somos usuarios del sistema.

Gracias, señora Pastor, porque sí que conocía mi situación de que he estado ligada a esta a esta situación de pandemia, he estado ingresada y, por lo tanto, he conocido en primera persona como es ser paciente y estar dentro de un centro sanitario.

Lo que quería responderle respecto a los test es que somos el sector empresarial, y el sector empresarial tiene la obligación de poner a disposición del sistema sanitario todas las capacidades que tiene para que determine, en este caso, el Gobierno y las comunidades autónomas, qué tipo de test hay que hacer, a qué grupos de población y en qué medida.

Nosotros tenemos una serie de productos a disposición de, pero nosotros no determinamos que pruebas hay que hacer a los pacientes. Pienso que en eso tenemos que tenerlo claro, y cuando nos han pedido opinión, nosotros decimos test, de forma indiscriminada, no, sí a test, desde el punto de vista de lo que dicen los expertos, a grupos de población que sean potenciales grupos sensibles, y todos aquellos grupos que puedan ser potenciales contagios a otra población.

Por lo tanto, en un ejercicio de corresponsabilidad, nuestro sector está al servicio del sistema sanitario para proveer de productos y servicios, y para estar como un agente del sistema, comprometido como sector estratégico.

Respecto a la gestión de la crisis, ¿qué errores? Desde mi punto de vista, sería muy osado por mi parte decir qué elementos podrían calificarse de errores desde mi posición. No dispongo de toda la información, porque yo no formo parte de los estamentos políticos, para decir qué cosas se han hecho bien y qué cosas se han hecho mal. Puedo hablar de lo que conozco, y siempre digo que hablo de lo que conozco, hablo del sector empresarial al que represento.

Creo que ha habido algunas cosas que podríamos haber hecho mejor, porque en un primer momento nosotros tuvimos una cercanía al Gobierno enorme, y propusimos desde el día 9, y ya con esto contesto también a alguna cuestión que venía enunciada, desde el día 9 de marzo tuvimos una reunión con el ministro que, precisamente, el ministro no pudo acudir porque ya tenía una rueda de prensa por una situación comprometida a nivel país. Estuvimos trabajando con su equipo, y ya entonces, nosotros aportamos un documento, primario todavía, de las capacidades que tiene nuestro sector.

Nuestro sector es un sector que tiene empresas productoras en nuestro territorio, de capital nacional o de capital extranjero, tenemos distribuidores que tienen almacenes establecidos dentro de la Unión Europea, y tenemos

importadores que han traído producto de, fundamentalmente, China, que es el mayor productor de este tipo de productos que han sido esenciales para la pandemia.

Por lo tanto, si hemos tenido esa cercanía en esos momentos tan iniciales, y ya en aquel día 9 de marzo, aportamos una información de altísimo valor, que no solamente era aquello que podía producir, distribuir o importar nuestro colectivo empresarial, sino también una serie de contactos con las oficinas comerciales y económicas de los países con los que tenemos relación, que son del orden de 70 países por nuestra área internacional.

Quizá esa información tan exhaustiva no haya sido usada o no haya sido, de alguna manera, utilizada de la forma más intensiva que podía haber sido.

Esa información nos consta que ha servido al Gobierno para determinadas iniciativas, pero consideramos que, en algún momento, y por razones que desconocemos, el Gobierno no se ha apoyado suficientemente en el sector.

Es verdad que puedo decirles que ni la producción dentro de nuestra geografía es la producción que nosotros necesitábamos para cubrir las necesidades del país, que las empresas multinacionales con almacenes fuera de nuestras fronteras tenían cerradas las fronteras, y no podían sacar producto porque los países quedaron en guarda y cautela de determinados productos para su propia necesidad, que eso también es un interrogante sobre cómo funciona la Unión Europea. Por otro lado, los importadores estaban sometidos a unas tensiones, a nivel mundial, enormes porque la demanda era muchísimo más elevada que la oferta, China también estaba en una pandemia o salía de una pandemia, con lo cual, el escenario era muy difícil.

Nadie nos esperábamos lo que iba a pasar, por lo tanto, yo creo que se han podido cometer errores, todos hemos podido cometer errores, pero

como usted me pregunta como sector empresarial, yo quiero decirle que nosotros hemos actuado con corresponsabilidad, hemos dado todo lo mejor de nosotros mismos y, quizás, se podía haber apoyado un poquito más el Gobierno en nosotros para, probablemente, haber tenido más éxito en algunas de las compras que se hicieron a determinados proveedores, que no pertenecen a nuestra organización empresarial, de los que no tenemos constancia, no conocemos, no sabemos quién son y, por lo tanto, son empresas que probablemente no cumplan esos requisitos que nosotros consideramos que son obligados para pertenecer a nuestra organización.

Con esto no quiero decir, todos cometemos errores, pero desde mi punto de vista, usted me preguntaba y le digo esto.

También me ha hablado de la política industrial, yo creo que viene un poco al caso de lo que decíamos, la producción nacional en este ámbito, realmente es bastante escasa. Nosotros tenemos identificados a todos los productores de nuestra geografía, en las distintas comunidades autónomas. Hay comunidades autónomas que tienen una producción que es razonablemente adecuada para las necesidades que podía haber planteado la comunidad autónoma, pero otras comunidades no tienen producción.

¿Por qué no hay producción en nuestro país? Es una de las preguntas que a mí siempre me hacen, sobre todo los periodistas. Pienso que nunca se ha dado el escenario adecuado para que nuestras empresas, o para que iniciativas empresariales, se ubicasen en nuestro territorio. Entre otras cosas, porque el escenario que se han encontrado en tiempos pasados estas compañías o estos emprendedores o estas multinacionales que podían poner centros de producción en nuestro país, de muchísima incertidumbre.

Le quiero decir que llevo más de 30 años en el sector y, por lo tanto, conozco muy bien el sector, y puedo decirle que había un plantel de empresas que podía ser interesante, pero las comunidades autónomas, a

finales de la década de los 90 y años 2000, pagaban entre 600 y 700 días a los proveedores.

¿Qué proveedores salieron adelante? Aquellos que se internacionalizaron, aquellos que tuvieron las capacidades para ir a otros mercados exteriores y pudieron salvar la situación; pero se quedaron en el camino muchos.

Un Gobierno, en el año 2012, puso en marcha un Plan de Pago a Proveedores porque aquel presidente del Gobierno decía: “No se puede financiar la sanidad de los proveedores”, y nuestro sector ha sido financiador de la sanidad durante muchísimas décadas y, realmente, siempre se os ha conocido por este matiz, que a mí siempre me incomoda, porque creo que es un elemento que no da valor añadido a las discusiones como las que tenemos hoy aquí.

Por lo tanto, yo creo que si queremos fomentar el que haya industria en nuestra geografía, ya digo, de capital nacional o capital extranjero, porque tenemos fábricas de algunas multinacionales, que son las fábricas más grandes del mundo de algunas compañías, pero no es lo habitual. Tenemos que fomentar un entorno que facilite a esas multinacionales invertir en nuestro país y, también, a los productores nacionales, al capital nacional, que también está comprometido.

No sé si he respondido a todas tus preguntas, he intentado responderlas, pero, de todas maneras, muchísimas gracias, muy amable.

Hemos hablado, en algún momento, de la labor que ha realizado este sector en la pandemia. Quiero decirles que para nosotros ha sido una satisfacción poder poner en marcha, en los momentos de mayor dificultad para nuestro país, un corredor aéreo sanitario que no ha tenido mucha repercusión mediática, no lo pretendíamos, lo que queríamos era salvar vidas. No queríamos ni que fuéramos reconocidos ni conocidos por una acción altruista, con dos grupos, el grupo (**Palabras que no se entienden**),

un grupo logístico, y el Grupo IBERIA. 36 aviones de pasajeros hacían, con una regularidad que está determinada en un calendario, que ahora mismo no es objeto de comentarlo aquí, hacían sus trayectos Madrid-Shanghái-Madrid, dos tripulaciones, una iba y otra volvía. No había posibilidad ni siquiera de hacer una noche dentro de ese trayecto, porque lo importante era volver, inmediatamente, con productos a nuestro país.

Ha estado vigente durante 36 vuelos, con periodicidades desde el inicio de la pandemia hasta hoy, han dado como resultado, tengo aquí los datos, que no me los sé de memoria, pero sí que me sé 300 toneladas de material sanitario, 122,74 millones de equipos sanitarios hemos traído en el corredor.

Entonces, es una satisfacción, como sector, porque es una satisfacción poder ayudar a nuestro país, pero, sobre todo, por haber ayudado a los profesionales y a los pacientes. Iniciativa totalmente altruista, absolutamente altruista.

Decir también que no puedo darle los datos de contagio, fallecidos y estos datos que dice que son utilísimos. Nosotros somos el sector empresarial, no está dentro de nuestras competencias el tener un registro de los pacientes contagiados y de los pacientes fallecidos. No tenemos mecanismos, pero yo le aseguro que, si tuviéramos implantados, como yo decía en la ponencia, los sistemas de información, tuviéramos una digitalización mayor de nuestro sistema, habríamos tenido más posibilidades de poder tener ese dato que usted requiere, que me parece que es absolutamente obligado solicitar.

Siga intentándolo, a mí también me interesará muchísimo conocer el detalle. Entiendo su pregunta, supongo que, en algún momento, cuando las cosas se serenen, que parece que se van serenando un poquito, vamos a ver si somos capaces. Pero le repito, somos sector empresarial, no es nuestra

obligación, pero colaboraremos, siempre que podamos, en identificar todo lo que sea de utilidad para el sistema sanitario.

También decía que qué ha sucedido con la llegada de EPI a nuestro país, por qué ha habido una situación de respuesta tan compleja. Anteriormente lo he dicho, ha habido una situación en que nadie se esperaba, lo que hemos vivido nadie lo esperábamos, y no estábamos preparados. De todas maneras, creo que se han cometido, como hemos dicho antes, algunas situaciones que no se han valorado, suficientemente, para poder hacer uso de aquellos elementos o mecanismos que podían facilitar la llegada, pero creo que estas son las lecciones aprendidas.

También me hablaba de la mejora del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y alguna de sus señorías me preguntaba que he sido muy osada pidiendo la presencia del sector empresarial dentro de los órganos colegiados del sistema sanitario. Yo pienso que es un ejercicio de corresponsabilidad. Nosotros siempre hemos pensado que todos los *stakeholders* del sistema, todos los actores del sistema, deberíamos tener un foro donde pudiéramos compartir conocimiento, compartir experiencia, poner nuestras capacidades a disposición del resto de nuestros colegas y poder, al final, sin protagonismos y sin ningún elemento que pretenda nada más que ayudar, me atrevo a pedirlo y sigo pidiéndolo.

Siempre lo he pedido, lo pedido por escrito, estar en el consejo asesor del ministro o ministra de Sanidad, porque considero que, si están todos los agentes del sistema, todos, en un ejercicio de corresponsabilidad, aportaríamos.

Su señoría, representante del Grupo Republicano, tiene estigmatizado al sector privado, tiene todo su derecho, yo, absolutamente no, pero tampoco sé por qué lo tiene estigmatizado, porque yo creo que, precisamente en esta crisis que hemos vivido, se ha visto como la colaboración del sector

privado con el público ha hecho un conjunto y una complementariedad que ha sido beneficiosa para todos.

En un análisis, lo digo ahora de forma un poco primaria, estas lecciones aprendidas seguro que llevarán luego a desarrollos mucho más profundos, pero yo creo que, de verdad, que ha sido ejemplarizante la colaboración del sector privado con el público. En principio había un mando único, el mando único era la sanidad pública, y el privado se ha puesto al servicio de la pública. Eso es un ejercicio de corresponsabilidad, que yo siempre es lo que digo.

Nacionalizar las empresas en estado de alarma. Respeto lo que dice, pero pienso que la industria no puede ser vista como un elemento generador de riqueza. La intuición genera empleo y riqueza para el país, pero es lógico que tengan su retorno porque si no, no seguirían su actividad. Pienso que es como un argumento muy primario, desde mi punto de vista.

La industria genera empleo, genera riqueza para el país y tiene que tener beneficios, porque es la única manera de que siga dando empleo y siga generando riqueza, esa es mi opinión. Fuera de la sala, si quiere, en algún momento lo podemos hablar.

¿Creo que las empresas han respondido? Sí, yo le diría, además, que a mí me ha emocionado en algún momento, como nos ha emocionado a todos, claro, pero a mí me ha emocionado oír a algunos gerentes de servicios de salud o consejeros de comunidades autónomas, que nos han comentado cómo han vivido, junto a los proveedores, una situación tan dramática. La han vivido juntos, o sea, las empresas también veían imposibilidad de traer mayor número de productos porque había tensiones en el mercado, como hemos dicho, a nivel mundial, y era imposible poder traer, a lo mejor, todas las necesidades que, en ese momento, se pretendían.

Me emocionó que te digan: “Oye, hemos estado aquí con los proveedores, mano a mano, a ver cómo podríamos resolver las cosas”.

También le puedo decir que esos proveedores todavía no han cobrado las facturas. Yo soy una persona muy normal, con lo cual, puedo venir a verles a ustedes aquí con toda mi humildad, y puedo también hablar con los directores o con los responsables de las empresas, y de verdad, resulta un poco indignante que esas empresas, ahora mismo, estén en una situación muy comprometida porque han arriesgado mucho sus recursos y, ahora mismo, tienen que salir adelante.

Sobre el tema del IVA, por supuesto que todo es absolutamente discutible, pero yo les quiero decir que ¿por qué un medicamento tiene un IVA superreducido y un producto sanitario, no? ¿Qué nos diferencia? Uno tiene acción farmacológica, y un producto sanitario no tiene acción farmacológica, pero ¿qué nos que nos diferencia? Esta pandemia que estamos viviendo, que la estamos viviendo todavía hoy, el estado de alarma termina dentro de dos días, ¿por qué, si han sido esenciales?

Lo que pasa es que este sector es un poco un sector más oculto, porque es un sector en el que el profesional sanitario tiene la capacidad de poder decidir, junto al paciente, qué tipo de prótesis de cadera le puede poner, o qué marcapasos, o qué lente intraocular. Por eso, es un sector más oculto para la población, porque hay un porcentaje de productos que, por supuesto, llegan al paciente directamente a través de oficina de farmacia, pero es un grupo de productos pequeño, reducido.

El resto son productos que están en el ámbito hospitalario, y en este ámbito hospitalario, el profesional sanitario es el que, junto al paciente, determina qué tipo de tecnología es apropiada para ese paciente, por su patología y sus características personales.

También me decían si nuestro sector estaba trabajando con el Gobierno para una reserva estratégica. Sí, estamos trabajando con el INGESA, por mandato del Ministerio de Sanidad, para establecer un acuerdo marco que permita una licitación, que permita que haya una reserva estratégica.

Nosotros siempre decimos que la reserva tiene que estar entendida como un *stock* de productos, a través de ese acuerdo de licitación, pero también hay que decir que, evidentemente, también hay que buscar ese plan de contingencia que hablaba la señora Pastor, que es un plan de contingencia para poder poner a producir a empresas y, sobre producir cuando sea necesario, y asegurar que en un entorno de certidumbre puedan salir fuera de nuestras fronteras cuando tengan un exceso de producto.

También, decía usted para el Plan de Industrialización. Estamos trabajando con el Ministerio de Industria, en una fase todavía muy primaria, pero estamos esperanzados de poder aportar nuestro conocimiento y nuestra experiencia para que este plan de industrialización se vea, finalmente, concreto.

Representante de Vox, encantada de saludarle, no nos conocíamos. Decirle que está bien informado, porque sí que es verdad que hemos tenido mucha capacidad de cercanía, mucha información. ¿Por qué no se ha seguido en ese trayecto de colaboración continuada con el ministerio? No le puedo contestar porque no tengo la respuesta, pero decirle que hemos aportado nuestro conocimiento, nuestra experiencia y nuestras capacidades, ya lo he dicho antes. El enfoque estratégico sí que está ligado a establecer unas líneas de producción. Nosotros decimos a una industrialización de nuestro sector.

Respecto a que, si está implicado el Gobierno, decirles que sí.

Decir también, porque hay dos temas que me interesa mucho comentar, en cuanto a la señora Pastor, decía, como Grupo Popular, evidentemente, creo que coincidimos en los planteamientos por lo que usted ha expresado, señorita. Por supuesto, consideramos que esa reserva estratégica es estratégica, es indispensable; y tenemos que tener un Plan de Contingencia para posibles situaciones, no solamente por una pandemia, podemos tener un ataque terrorista. Estas cosas hay que tenerlas en mente.

Estamos absolutamente alineados en cuanto a ese planteamiento que hacía.

Algunas líneas de reflexión han apuntado a la posibilidad de que nuestro sector colaborase, a través de un retorno hacia el Gobierno. Yo lo que les puedo decir es que nosotros hemos tratado esto con el Ministerio de Hacienda en etapas anteriores. Este sector se rige por la Ley de Contratos del Sector Público, las compras públicas son a través de la Ley de Contratos del Sector Público, y ahí, el sector actúa en competencia. Con las características de nuestro sector, creemos que no es factible ir a esas medidas y, además, el sector ya está apoyando con productos, con servicios, con elementos de valor añadido que no justifican que pueda haber otros elementos a tratar, a plantear, como retorno.

El retorno yo creo que se está dando con la formación de los profesionales sanitarios y de otras muchas situaciones.

Deme otros cinco minutos porque hay personas a las que no he respondido y, además, últimamente he perdido un poquito el hilo de las respuestas.

El Grupo Popular hablaba de la experiencia de las Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria. Absolutamente de acuerdo, pienso que no es oportuno que haya Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en distintos lugares geográficos, para nada. Porque lo lógico es que esas actúen en red y haya una única agencia que actúe con criterios definidos y con una serie de elementos de trabajo que lo que hagan es no invertir, de forma reincidente, tiempo y esfuerzo para verificar la idoneidad de una tecnología.

Por lo tanto, de acuerdo en tener una única agencia de evaluación, aunque luego pueda tener algunos elementos de apoyo en otros organismos.

En cuanto al Plan de Renovación Tecnológica, decirle que, por supuesto, es obligado. No podemos ir a un Plan de Renovación Tecnológica de

cambiar este producto obsoleto por este otro, sino hacer un mapa tecnológico. Ese mapa tecnológico nos dirá las capacidades que tiene nuestro país, y las necesidades que tiene de renovación en cada ámbito.

Tenemos los datos por comunidades autónomas, ahora aquí no se los puedo mostrar, pero en el documento que tienen hay un enlace para que puedan acceder a ese documento de alto valor que tenemos. Por supuesto, que tenemos identificado dónde está la mayor obsolescencia tecnológica en las distintas familias tecnológicas analizadas, que han sido 13 familias tecnológicas.

Por lo tanto, de verdad que podemos identificarlo y lo tenemos identificado. Lo hablamos con los consejeros de Sanidad de todas las comunidades autónomas y de Hacienda, y tengo que decir que hay un talante muy cercano a la resolución de ese problema. Lo que pasa es que, desde mi punto de vista, el Ministerio de Sanidad debería hacer un plan estructurado para que esto se haga de forma correcta y coordinada con las comunidades autónomas.

Y, por supuesto, también soy partidaria del sistema de autonomías.

No sé si he contestado a todas las preguntas, quizá me quede algún detalle, pero, desde luego, si no lo contesto no es por falta de interés, sino porque, a lo mejor, me he ido de un tema a otro porque, en muchos momentos, he creído que había coincidencia entre las empresas u podían ser respondidas en conjunto.

Ha habido un elemento, también comentado, sobre la intervención de precios de determinados productos. No estamos, en absoluto, de acuerdo. El mercado actúa en competencia, y no consideramos que esa sea una medida que favorezca; en un Estado alarma puede ser justificable, pero una vez transcurrido el estado de alarma, estas medidas, todas las medidas del estado de alarma deben pasar a la normalidad.

Muchísimas gracias, presidenta, señorías. Muchísimas gracias. No sé si me he dejado, no ha sido mi intención. Estoy encantada de haber compartido con ustedes este rato, estoy a su disposición. Encantada.

(Aplausos)

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Alfonso. Muchas gracias por todas sus aportaciones.

(Pausa)

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, continuamos la sesión con la comparecencia de don Enrique Castellón Leal, vicepresidente del Colegio de Médicos de A Coruña, profesor de la Escuela Nacional de Salud.

Muchísimas gracias, señor Castellón, por acompañarnos, por haber aceptado la invitación de este Grupo de Trabajo de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social.

Bienvenido, tiene usted la palabra.

El señor **VICEPRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE A CORUÑA. PROFESOR DE LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD** (Castellón Leal): Muchas gracias, presidenta. Para mí es, como para cualquier ciudadano que se le invita a participar en una comisión de estas características, en un momento como el que está viviendo el país, y aunque modestamente cualquiera que siente que puede hacer una contribución, no está de más estar agradecido por haber sido invitado.

Soy un particular, soy un profesor, soy una persona que ha ocupado cargos en la Administración pública, y creo que esto da, lógicamente, experiencia. Soy funcionario carrera, también me he dedicado, y eso es importante para contextualizar mis opiniones y por qué estoy aquí, creé en

un momento determinado, después de pedir una excedencia, un grupo para captar recursos privados y apoyar iniciativas de I+D en España para transformarlas en productos útiles para la práctica médica.

Como ha dicho la presidenta, también tengo una actividad colegial médica desde hace años. Ahora he retomado esta actividad de formación en áreas que me interesan mucho, como es la Ciencia de los Sistemas de Salud, pero también mantengo otra serie de actividades si ánimo de lucro que me interesan muchísimo. Presido una fundación destinada a apoyar ideas en tecnologías médicas que se generan en el entorno de la I+D española. Una organización que se puso en marcha con el lema “Haití”, hace ya unos años. Ese lema ya no está en la organización, pero la fundación sigue activa.

También otras fundaciones, una fundación que creamos en La Coruña, Coruña Biomédica, para la promoción y la divulgación del conocimiento científico. Como ven, esto me interesa mucho, por lo tanto, mis temas, a los que he dedicado toda mi vida profesional, sobre la gestión en política sanitaria, salud pública, gestión de I+D, transferencia tecnológica y el profesionalismo médico.

Ese es un poco el contexto, desde esa base voy a opinar hoy acerca de las cuestiones que se plantean en esta comisión.

Ya distribuyeron una nota que preparé, no voy a leer esa nota, voy a hacer unos comentarios, intentaré ser breve para poder contestar a las preguntas que quieran formularme más adelante.

Quisiera señalar que voy a centrarme, fundamentalmente, en lo que ya estaba mal en el sistema sanitario, que es un poco el objeto de esta comparecencia, y que la pandemia ha puesto en evidencia. Ya estábamos una situación de partida, seguro que muchas personas que han pasado por esta comisión lo han señalado, muy mejorable en el sistema sanitario

público y que la pandemia lo que ha hecho es poner en evidencia estas limitaciones.

Sería deseable que la pandemia sirva no solo para poner en evidencia las limitaciones, sino que nos sirva como ventana de oportunidad para superarlas. Creo que es una oportunidad que no podemos dejar pasar. No se tratará solamente de que estemos mejor preparados para otra nueva epidemia, que la habrá con toda seguridad, sino que el propio sistema sanitario esté mejor dotado para responder mejor a las necesidades de la población y para proteger mejor la salud de nuestros conciudadanos.

En este sentido, voy a hacer una serie de consideraciones, las conclusiones, que además está el documento que ya se repartió, van a ir casi insertas en los propios comentarios y consideraciones que voy a hacer.

La primera consideración que quisiera hacer es que la pandemia nos ha cogido desprevenidos y confiados. Un colega compañero médico ejerciente me comentaba hace unos días que ya en el 2003, con el brote de SARS-1, que no nos llegó a nosotros, hubo una cierta preocupación que luego se disipó cuando el brote se autolimitó, más o menos, en un entorno geográfico no muy grande. En los últimos 16 años no ha habido ni un solo caso más de SARS-1.

Luego vino el MERS, la epidemia de 2009, no paso tampoco gran cosa. Se expandió un poquito fuera de Oriente Medio al sudeste asiático y algo a Canadá, pero también se autolimitó de alguna manera. Creo que esto ha generado una cierta confianza, un olvido, una relajación que es bastante natural, pero que yo creo, y esta sería una primera conclusión, no excesivamente formada, pero yo creo que importante, que lo que tenemos que hacer ahora en este momento caliente, es prevenirnos contra el olvido. Es decir, tomar decisiones que estén blindadas al olvido natural que va a suceder en el momento en que esta pandemia vuelva a una situación normal.

El riesgo de olvido es muy alto. Hoy estaba leyendo un artículo en el periódico de una escritora española, no es nada científico, que me ha interesado por ver un poco lo que la sociedad opina sobre esta cuestión, y llama a esta situación “La amnesia de los afortunados”. Vivimos en una cierta burbuja, no suelen pasar grandes cosas, hemos sido testigos de brotes epidémicos en todo el mundo, hay brotes epidémicos constantemente, pero en general no nos llegan, eso nos permite relajarnos, vivir en una cierta situación de amnesia que, cuando llega, nos encuentra desprevenidos.

En 2014, con la epidemia de Ébola pasaron cosas interesantes, una tuvo más consistencia, en Estados Unidos que creó BARDA, una organización para movilizar recursos muy rápidamente ante una situación de emergencia como esta. Había otros riesgos que también se podían prevenir como el bioterrorismo, por ejemplo, y otro tipo de amenazas serias, y se montó esta organización para movilizar recursos y responder con rapidez. Ellos establecieron un concepto, una plataforma en el caso de las vacunas, para poder responder con rapidez y crear medicación, vacunas, frente a situaciones epidémicas como la que nos ha ocurrido en estos momentos.

Precisamente ahora mismo, cuando ustedes escuchan las iniciativas que están teniendo lugar para producir vacunas en algún lugar del mundo, especialmente Estados Unidos y Reino Unido van a mucha velocidad porque han hallado recursos muy rápidamente por una organización que existía previamente.

Sin embargo, esto no son todo luces. Estados Unidos bajó mucho la guardia en la financiación del ECDC, lo que ha tenido consecuencias negativas para ese país.

Aquí en Europa, una conversación que el otro día presencié de un excomisario de I+D de la Unión Europea, cuando la epidemia de Ébola en 2014, CEPI, Coalición para las Innovaciones en Preparación para las Epidemias, manifestó la necesidad de disponer aproximadamente de unos

1 000 millones de euros anuales para mantener permanentemente preparada a Europa frente a una amenaza que podría surgir en cualquier momento.

Esta financiación nunca tuvo lugar, precisamente por lo que hacía antes, porque el olvido lleva a la relajación. Si hubiésemos tenido una organización en esta situación de preparación permanente, quizá hubiésemos sido capaces de responder con más rapidez porque, al final, y luego lo comentaré también en relación con otras cuestiones, el problema de las epidemias no es tanto responder a las mismas, sino responder con rapidez. La rapidez es el elemento fundamental.

He escuchado a la señora Alfonsel de FENIN las respuestas que ha habido y que se han producido, pero tan importante como que se produzcan respuestas, es que se produzcan con rapidez. Eso es en donde hemos fallado y donde no podemos fallar en el futuro.

La siguiente consideración que voy a hacer está ya más centrada en la sanidad. Somos muchos los que llevamos años diciendo que la sanidad está un poco desajustada de esas necesidades reales y de las circunstancias cambiantes.

¿Qué circunstancias cambiantes son estas? La demografía, es evidente; el medio ambiente, también es evidente; la globalización, con todas sus implicaciones; inmigración, movimientos de población; la cantidad de datos de que disponemos ahora, la información masiva. Tenemos una herramienta que ha avanzado muy rápido y no la estamos utilizando debidamente y, por supuesto, la aceleración del conocimiento tecnológico. Singularmente, todo lo que tiene que ver con la genómica y todo lo que tiene que ver con la identificación profunda de las bases moleculares de las enfermedades.

A pesar de todos estos cambios de entorno, la sanidad, me van a permitir y me van a disculpar que generalice, porque da lugar para entrar en detalles, en general, la sanidad sigue con las luces cortas. Sigue un poco

refugiada en una mentalidad de gasto, cuando yo creo que todo el mundo sabe que la sanidad es asistencia + formación + investigación. Estas tres cuestiones son inversiones, es una cuestión importante, es un matiz importante, ver la sanidad como un gasto, ver la sanidad como una inversión.

Si la vemos como una inversión nos olvidaremos un poco de manejarnos con el criterio fundamental que subyace en muchísimas decisiones sanitarias, el impacto presupuestario inmediato. Por tanto, tenemos que trascender y ver la sanidad como lo que realmente es, una inversión importante para cualquier país.

Dicho esto, añadimos otra serie de deficiencias que ya son muy conocidas y vienen ya arrastradas desde hace muchísimos años: hospitalocentrismo; abandono o manejo poco adecuado de la atención primaria; seguimos sin manejar correctamente la patología crónica, que es la más importante en estos momentos; no manejamos correctamente el potencial de los sistemas de información; tenemos problemas de interoperabilidad.

Simplemente como síntoma, después de décadas, sigue en España sin haber una tarjeta sanitaria manejable de forma uniforme. Esto es un síntoma, no es una enfermedad en sí, es un síntoma del problema general que tenemos.

Llega la epidemia, llevar la pandemia, y arrolla a las instituciones, arrolla a los dispositivos asistenciales, porque no se puede equilibrar bien la carga sobre unos en función de la disponibilidad de otros. No hay una coordinación buena. Consecuencia de ello, evidentemente, todos los recursos de repente se centran en la pandemia y su impacto, y se abandona todas las demás patologías. Es decir, ahora hay un problema muy serio de patologías que no han sido tratadas, algunas con consecuencias

irreversibles, y otras van a generar listas de espera de los próximos días, semanas, meses.

Por lo tanto, el sistema ha demostrado que las costuras han saltado cuando la situación se ha hecho seria. Si se hubiesen producido algunas reformas necesarias anteriormente, no digo que habríamos salido absolutamente indemnes de una situación tan excepcional como la que estamos viviendo, pero, probablemente, habría que minimizar de alguna forma el impacto que hemos sufrido con toda su fuerza.

Frente a estas cuestiones, como ya ha dicho, se han comentado muchas veces estos problemas, la cuestión no es el qué, sino el por qué y el cómo. ¿Por qué no se han hecho reformas? Habría que analizar por qué no se han hecho las reformas necesarias en el sistema de salud, precisamente para hacerlas, y cómo habría que hacerlas.

Por lo tanto, no nos centremos tanto en el qué, y seguramente el diagnóstico ya se ha hecho hasta la saciedad, seguramente muchas personas que han pasado antes que yo por esta comisión, habrán señalado muchísimas situaciones que deberían ser abordadas y reformadas.

La tercera consideración tiene que ver con la aportación de la sociedad en un momento como este. Creo que lo que ha generado, y de esto yo puedo hablar en primera persona porque también lo he vivido, es una enorme movilización de la sociedad. Ya no voy a hablar de empresas privadas, fundaciones ni particulares, voy a hablar de la sociedad.

La sociedad se ha movilizado o ha querido moverse, y al principio no ha encontrado muchos canales para poder ayudar. Según han pasado las semanas se han hecho cosas, las empresas han empezado a aportar, ha habido mayor colaboración, el anterior compareciente lo señalaba, pero claro, insisto, el secreto o la clave de todo esto es la rapidez. No puede suceder que haya que esperar semanas en una situación como esta, hasta que digamos que los distintos elementos empiezan a coordinarse, distintas

partes, asociaciones, sociedades, empresas, la Administración, empiezan a coordinarse, no pueden pasar semanas, tendría que ser mucho más automático.

¿Por qué no es automático? En parte faltan mecanismos formales para que esto sea mucho más rápido. Mecanismos de toma de decisión para que todo esto sea más rápido, para que la propia Administración más que ser un tapón, reparta juego.

Faltan mecanismos formales, pero también falta una actitud. Aquí yo quiero señalarlo, aunque puede sonar un poco como una crítica poco generosa con algunas personas, pero mi sensación, no es de ahora, es de antes, es de siempre, es que la Administración, a veces juega a achicar espacios, a dejar poco sitio a la sociedad, a querer acaparar, controlar y no permitir que la sociedad pueda tener un juego.

Cuando hablo de sociedad, insisto, no hablo solo de empresas, hablo de personas, particulares, que quieren ayudar sin ningún ánimo de obtener beneficio, simplemente por el beneficio, por el gran beneficio que supone que el país vaya bien. Esta aportación social no se ha utilizado como se debería, y no se ha utilizado en el *tempo* que habría hecho falta.

La Administración debería tomar nota y, de forma general, en futuro, adoptar enfoques colaborativos más abiertos, dar más juego, permitir que el conjunto de la sociedad aporte. De hecho, las sociedades que se defienden mejor en este tipo de circunstancias son aquellas en las que todo el mundo puede participar, no hay que pedir permiso para participar, puedes participar tan pronto como tu deseo sea el de ayudar.

La siguiente consideración que quiero hacer es sobre la I+D, sobre la ciencia. La ciencia en España, la I+D, está bastante abandonada. Está abandonada por la indiferencia de los Gobiernos, pero también por la diferencia de la propia sociedad. Es una interrelación, en ese sentido, negativa. Es verdad que la sociedad valora mucho a los científicos, aparece

en las encuestas, pero la ciencia, la I+D, está infrafinanciada. No solamente los objetivos que nos planteamos hace décadas no se han alcanzado, sino que hemos ido hacia atrás, y no ha habido una respuesta social importante.

Estos días ha salido un *Hashtag*, que anda circulando, que dice “Sin ciencia no hay futuro”, pero yo creo que esa es la penitencia de la I+D, que está rodeada de panegíricos y de exaltación de su importancia, y luego, no se hace nada o se hace muy poco.

Sin embargo, la ciencia ya no es que genéricamente pueda contribuir a prevenir y tratar amenazas como las que estamos viviendo, es que, y esto es muy importante, la ciencia, la I+D, una sociedad que se basa en el conocimiento, su estructura está mucho más protegida frente a este tipo de amenazas y otras. Se puede defender mucho mejor. Si el impacto es tan brutal como lo está siendo, se puede recuperar mucho más rápido. Una sociedad que depende solamente de los servicios, que está bien, que depende de cuestiones que no tienen mucha consistencia, que lo que se pierde no es recuperable, que tarda en volver a activarse, es mucho más débil y de hecho lo somos. Aparecemos en todos los análisis como de los países que, aparte de haber sido vulnerables, nos va a costar más la recuperación.

Por lo tanto, yo aquí abogaré por un planteamiento ambicioso de verdad en la I+D española. La base es muy buena, pero su traslación a la práctica, su traslación industrial deja mucho que desear, está muy limitada.

Como digo, no es solamente cuestión de las que ya no hacemos del todo bien, como es ejecutar los presupuestos, estamos un poco a la cola de la ejecución de fondos estructurales, sino en realmente atraer más capacidad, atraer más inversión, aprender de los países que han sabido captar inversión privada. Se habla muchas veces de que España tiene, precisamente, un déficit de inversión privada, un déficit que llama mucho la atención comparado con los países de nuestro entorno. Nadie se ha preguntado por

qué no hay inversión privada en la I+D española. Algo habrá que hacer, que no se hace.

E insisto, no hay muchas recetas que inventar porque ya hay mucha gente y muchos países que ya están avanzando en esta materia.

Quinta consideración, la definiría como que la prevención nunca cotizó al alza. Nosotros, en salud pública, gastamos el 1 % del presupuesto de la sanidad. Una cantidad ínfima. Parte de esta cantidad va destinada a comprar vacunas. La cantidad que destinamos a organización en salud pública es muy pequeña. Yo creo, en este sentido, que convendría que reordenásemos las prioridades.

Tenemos un Sistema Nacional de Salud que en realidad es un sistema nacional de enfermedad, porque la mayor parte de los recursos van destinados a tratar enfermedades, no a promover la salud.

En el documento que les he repartido comentaba que los objetivos del Sistema Nacional de Salud, evidentemente, algunos son obvios, que son la universalidad y la flexibilidad, pero hay otros que no se cumplen que es la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Ahí tenemos mucho trabajo por hacer. Desde luego, con este presupuesto, poca capacidad tendremos de hacerlo.

No podemos quejarnos de la dificultad de sostener el sistema, de que sea solvente si no estamos abordando realmente el origen del problema.

COVID es un problema, es una enfermedad, una pandemia que nos ha caído encima, pero no ha caído por casualidad. En 2003, SARS, uno, 2005, gripe A, 2009, gripe porcina, 2011, MERS, 2014, ébola que ya nos tocó un poquito de pasada. Esto es una serie. Aquí solo falta poner cuál va a ser el siguiente, en 2022, 2023, pero seguro.

¿Qué hacemos? Seguimos sin poner en marcha mecanismos Seguimos olvidándonos rápidamente del anterior.

Yo soy de los que piensan, creo que ha habido más gente que lo ha planteado, que tenemos que generar una potente agencia de salud pública en España. Una agencia de salud pública que ponga en marcha sistemas eficaces de vigilancia y control, capacidad de detección temprana de situaciones como esta, planes de preparación y respuesta a eventos que, siendo infrecuentes, no lo son tanto. Sobre todo, esto es muy importante, que genere certidumbres. Al final es parte del problema que tenemos; falta de certidumbres, de certezas y sobra miedo. Están conectados. Hay miedo porque no se saben las cosas.

Yo no sé ustedes, pero yo escucho también todos los días un montón de barbaridades sanitarias, epidemiológicas. Alguien tendría que contribuir a difundir información y a prevenir la desinformación. Esto tiene que ser una estructura potente, sólida, independiente. Creo que esto sería una de las urgencias absolutas a poner en marcha.

La siguiente consideración tiene que ver también con esta. La sostenibilidad y la solvencia dependen en parte de la prevención, pero también depende de reordenar la oferta de servicios compatible con el avance de la tecnología. Esto exige mucha evaluación.

He escuchado al anterior ponente hablar de la agencia de evaluación. Hace falta crear una agencia potente de evaluación. Se necesita que, con datos y evidencias, se evalúen políticas, se evalúen las prácticas actuales, que muchas se han quedado obsoletas, se evalúen las nuevas tecnologías.

Ahora se evalúa muy poco de tecnologías, pero curiosamente, cuando se evalúa en tecnologías, se evalúan las nuevas como si las que ya están en marcha fuesen perfectas. Creo que hay mucho espacio que hacer para meter cosas nuevas.

Hay que reforzar la capacidad de evaluación del sistema. Hay que hacerlo con una visión amplia. No, como he dicho antes, con las luces cortas del impacto presupuestario. Hay que hacerlo con una visión amplia

que tenga en cuenta todos los costes y todos los beneficios. No los beneficios a cortísimo plazo, sino los beneficios a corto, medio y largo plazo. Si no contabilizamos esto, probablemente estemos tomando decisiones erróneas. Esta es una de las razones, entre otras cosas, por las cuales la prevención tiene tan poco valor, porque evidentemente, los análisis, los costes son ahora y los beneficios se alargan en el tiempo o lo mejor no se ven hasta mucho más tiempo adelante.

Este último comentario que quiero hacer es el tema sociosanitario, muy importante. Voy a hacer un comentario breve, pero resta importancia al tema.

Creo que hay una desconexión importante en todo el continuo asistencial, atención primaria, atención en los hospitales, atención sociosanitaria. Este continuo hay que, iba a decir recuperarlo, pero es que nunca ha existido. Hay que hacerlo vigente.

También aquí, igual que en la medicina que se está haciendo personalizada, aquí también hay que individualizar las necesidades de las personas. No se trata de hacer una ley que reparta unos recursos que ahora mismo no hay a las personas para que luego se busquen la vida. Aquí se trataría de identificar necesidades concretas y tratar de responder a esas necesidades de la manera más eficaz posible, siempre intentando mantener a las personas mayores en su entorno.

Es un error sacarlas de su entorno si no es imprescindible. Por tanto, lo que hay que hacer es identificar necesidades y suministrar servicios a las personas para que no tengan que ser institucionalizadas.

Voy a acabar con la última consideración, que es importante. Lo último que estoy haciendo es sobre el impacto emocional sobre mis compañeros y compañeras médicos. También otras profesiones sanitarias, pero yo, puesto que estoy en un colegio médico, hablaré sobre el tremendo impacto que ha sufrido la profesión.

Aquí llueve sobre mojado. Los médicos no es que estuviesen viviendo en una situación magnífica y la pandemia les ha impactado, por otra parte, era inevitable. No, es que ya la profesión vive en gran medida, estas personas que han estado atendiendo a los pacientes, en situación de precariedad laboral, muchas veces atados por burocracias que les obliga a atender otras cosas que no son los pacientes, con escasa autonomía, sometidos a muchísima presión asistencial, sin los días adecuados, antes de la pandemia ya. No entro a hablar de los problemas de los medios de **(Palabras que no se entienden)** con la pandemia, sin recursos suficientes.

Yo creo que esta es una situación que, si hubiese estado resuelta, probablemente las dificultades que han vivido los profesionales sanitarios y que han vivido los pacientes, precisamente porque las vivían los profesionales sanitarios, habrían sido menores.

Con esto yo creo que ya voy acabando. Solamente una última reflexión.

Estas ideas que les he transmitido no son nuevas. Las ideas seguramente las habrán escuchado en esta comisión muchas veces, pero lo importante no son las ideas sino hacer que cambien las cosas. Esto es lo fundamental. Algo falla para que las cosas no cambien.

Yo creo que lo que falla son los incentivos. Aquí pasa como en lo de la prevención. No hay muchos incentivos para cambiar, porque el coste de modificar el estado de cosas es alto y los resultados se ven en el futuro.

La pregunta que yo me hago, que les hago a ustedes y ustedes representan es si la pandemia cambiará de sentido estos incentivos. Con esto vuelvo al principio. Lo que tenemos que hacer es prevenir el olvido. Es decir, que ahora que estamos en una situación en la que tenemos muy presente lo que está pasando, que comprometamos los cambios, que son necesarios. Si lo dejamos para después, volveremos a olvidar y volveremos al punto de partida.

Este artículo al que hacía referencia de una escritora española que leía esta mañana en el periódico se titula *Memoria de la fragilidad*, y acaba diciendo, acabaré yo también con esto, que hay que cuidar la fragilidad. Nosotros somos frágiles, las personas, el país y no volver a descuidar los cuidados que teníamos que tener presentes.

Nada más y muchas gracias.

(Aplausos)

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Castellón.

Tienen la palabra los grupos parlamentarios.

Por el Grupo Parlamentario Vasco.

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

Gracias, señor Castellón, por las explicaciones dadas, por su intervención. Brevemente, vamos mal de tiempo y solidarizándome con el resto de los compañeros que también le formularán preguntas.

Solo dos cuestiones. Una, en cuanto a esta última reflexión que usted hacía del riesgo del olvido. La pregunta sería ¿cómo mantener la tensión del sistema? Ha habido algún otro ponente también que alertaba de este riesgo de que se pierda, se repliegue el sistema después de haber dado todo lo que ha podido darse en ese contexto de pandemia. ¿Cuáles son esos incentivos en los que se podría trabajar para evitar este riesgo del olvido?

En segundo lugar, no formulo la pregunta con ánimo crítico, sino con ánimo constructivo. Usted se ha referido a que no ha habido rapidez en las respuestas; la falta de rapidez. Quisiera saber, en la toma de decisiones, esa falta de rapidez ¿cómo podría resolverse?, pero insisto, desde una perspectiva de propuestas para no incurrir en el mismo error.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Republicano.

La señora **VALLUGUERA BALAÑA**: Gracias por su comparecencia. Efectivamente, llevamos varias horas. Algunos conceptos han ido repitiéndose, de modo que voy a ser extremadamente breve, básicamente atendiendo a su condición de miembro de un colegio de médicos.

Por una parte, antes hemos estado comentando con otro de los comparecientes que seguramente el conocimiento, la experiencia y la profesión de los veterinarios habría podido ser de gran ayuda en todos los temas que tienen que ver con pandemias. Se habló de esto en la comisión, pero, al menos yo, detecté una cierta reticencia por parte de los médicos de colaborar con veterinarios, como un cierto corporativismo de decir: “No, es de humanos. Es nuestra. Ustedes se dedican a veterinarios y a pandemias de animales, pero difícilmente pueden colaborar”. Eso desde la perspectiva de la experiencia, pero también hay una perspectiva que es más técnica, que es de laboratorios, de test, la capacidad que tienen ellos de procesar millones o miles de test en poquísimas horas. Si estos deberían ayudar o no. Es una pregunta. Ni tan solo implica que me parezca bien.

La otra gran pregunta es, sobre esto, nos han planteado también la idoneidad de crear equipos con diferentes tipos de profesionales, equipos pluridisciplinarios, que incluyeran para ganar desde la salud pública otros ámbitos de conocimiento. Hablaban, en concreto, de sociólogos, politólogos, antropólogos, y alguien ha dicho también de derecho. ¿Le parecería a usted que sería útil?

Por último, ¿tiene alguna receta para afrontar las listas de espera de todo lo que hemos dejado de hacer en este momento de máxima crisis, más

la que hemos generado por no hacer los diagnósticos, ya no los tratamientos, la lista de espera en tratamientos, sino la lista de espera en diagnósticos que también se ha generado?

De nuevo, 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.

Ha hablado usted de una pandemia encima de un déficit estructural del sistema que ha puesto de manifiesto que la sanidad no se puede considerar como un gasto, sino como una inversión. Pero aquí estamos hartos de haber oído durante todos estos años que no teníamos capacidad para sostener el Sistema Nacional de Salud, es decir, considerándolo solo como un gasto, mientras se desviaba dinero público a empresas privadas para gestionar ese dinero público dentro de la sanidad, con distintos modelos de financiación que ya conocemos.

La crisis del 2008 la ha pagado la sanidad fundamentalmente y otros servicios públicos, pero la sanidad ahora, como estamos hablando de esto, mientras que la banca seguía ganando mucho dinero. Quiero decir que estamos pagando toda esa situación, además, con unas estrategias malas, según usted plantea. Se dedica dinero al tratamiento, pero no a la prevención, cuando, si miramos a largo plazo, nos saldría muchísimo más rentable prevenir todos los factores de riesgo, no solamente en cuestión de la salud de las personas, sino en cuestión, incluso económica.

Desde luego, me parece fundamental lo que dice usted, de un planteamiento ambicioso para la I más D española, pero este problema ya era previo. Todo esto lo venimos arrastrando muchos años.

Usted plantea crear un servicio potente nacional de salud pública o una agencia de nacional de salud pública, como quiera. En esa puesta en marcha, ¿cuál es el papel de la atención primaria en la vigilancia y prevención, de manera coordinada? No me refiero solo para la pandemia, sino para el futuro. Porque la salud pública no solo tiene que vigilar que no venga una pandemia, sino vigilar la salud, evitar la enfermedad en general.

Me gustaría que me dijera si cree usted que, en cuanto a las residencias, por ejemplo, le parece una buena medida medicalizar las residencias o que deben ser sencillamente hogares y que los que atiendan las residencias sea el área de salud correspondiente, los médicos de primaria del área de salud.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Vox

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venía, señora presidenta.

Muchísimas gracias, doctor Castellón.

Como yo no soy famoso en estos pagos, me voy a presentar.

Me llamo Juan Luis Steegmann Olmedillas, recién diputado en Vox y soy médico hematólogo.

Primero, tengo que felicitarle porque usted creó, si no me equivoco, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Eso es un hito. Quiero felicitarle por eso y a los que le nombraron.

Lo segundo es muy sencillo. En estos momentos tenemos dos posibilidades para acabar con la epidemia. Uno inventar un medicamento y otro desarrollar vacunas.

El desarrollo de vacunas, si lo tengo bien entendido, es un proceso muchísimo más difícil, muy largo. En estos momentos estamos en el dilema de esa sábana que es demasiado corta. Me da la impresión de que, como la capacidad de producción de vacunas es limitada, lo que demos a la COVID a lo mejor lo quitamos a la gripe. Creo que la OMS ha detectado dificultades para algunas otras vacunas.

Le pregunto sobre la situación de las vacunas, porque realmente ahora mismo parece que es nuestra esperanza. Creo que, en 2009, a raíz de la epidemia H1N1, se pensó en incentivar la producción nacional, sino me equivoco, eso se acabó, posiblemente porque las cosas que pasan, la sociedad mira a otro lado. Existe el riesgo de que suceda esto así de nuevo.

Me pregunto si eso no sería una opción que tendríamos que reconsiderar. En este sentido, de lo que yo soy conocedor, ayer se lo dije al señor ministro, creo que fue ayer, ya he perdido la cuenta de las veces que he hablado con él, que hay dos investigadores españoles, el doctor Esteban y el doctor Enjuanes que están desarrollando vacunas. Pero claro, para desarrollar una vacuna se necesita hacer ensayos clínicos. Para hacer ensayos clínicos se necesita una gran financiación.

Le he hecho varias preguntas y termino con una. ¿Cree usted que el Gobierno está en estos momentos apoyando suficientemente el tema de las vacunas o estás siendo el ingenuo y está pensando que el reparto de vacunas va a ser realmente atendiendo a las necesidades de España? ¿Qué podría hacer el Gobierno para incentivar que estas vacunas que, a mí, particularmente dentro de mi visión de hematólogo me parecen muy interesantes, pero puedo estar equivocado, qué recomendaría usted al Gobierno para que incentivase la realización de estos ensayos clínicos que sin duda nos pondrían en una situación, por lo menos, de esperanza?

Aquí termino, señora presidenta.

Muchas gracias de nuevo, doctor Castellón.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Popular.

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

Muchas gracias, doctor Castellón, por su intervención y por su documentación.

Ha empezado usted hablando de rapidez, de que efectivamente cuando estamos ante un problema de salud pública como el que hemos tenido, un virus que se ha caracterizado fundamentalmente porque tiene una capacidad de contagiosidad muy extrema, hay que actuar con rapidez porque si no lo que hemos hecho, a mi juicio, creo que usted coincide, es que hemos tenido un gravísimo problema de salud pública y de vigilancia epidemiológica. Con ello hemos colapsado el sistema sanitario. Por eso hoy estamos aquí.

Le voy a hacer una confidencia, doctor Castellón. Usted es un funcionario del Estado del Ministerio de Sanidad. Lo de prevenir el olvido que usted nos ha contado, no he leído el artículo, pero me lo voy a leer cuando terminemos este espeto hoy, porque seguro que me viene bien. Le voy a decir, el Parlamento donde estamos tiene todo mi respeto. Yo he tenido además el honor de presidirlo. Estoy segura de que cuando pase la pandemia, que espero que sea pronto, espero que también lleguemos a acuerdos que, le voy a preguntar por eso; si le parece que sería necesario un pacto y, si usted fuera político, que no lo es, y estuviera en nuestro lugar, qué cosas priorizaría en un pacto; decir: “Entendeos en cuatro o cinco cosas, por lo menos”.

Estoy segura de que, dentro de unos meses, si esto pasa, no se vuelve a hablar de sanidad en el Parlamento, porque es como una especie de la hermana pobre, la María. Por lo tanto, hasta cuando eligen los diputados a

qué comisión van, como que lo de sanidad es como la hermana pobre. Ya se lo digo. No es porque para mí sea lo máximo. Es lo máximo. Ante todo, ya sabes que soy persona y luego médico, pero me parece que usted ha dado en la clave.

Prevenir el olvido ya no solo para que no volvamos a tener otra pandemia, es prevenir al olvido. Que a la gente no le importa la sanidad, pero solo Santa Bárbara cuando llueve.

Usted tiene dos cosas que me interesa que profundice. La señora Rosa Medel, no sé si pongo bien el acento, ha intervenido en varias sesiones en un tema que a mí me importa también mucho. Usted, en su documento, que he leído, habla de medir el valor de lo que se crean. A mí, esto me preocupa muchísimo. Creo que hay que medir las cosas porque si no estamos hablando de más recursos, que yo estoy de acuerdo para el sistema sanitario. Hay que ser eficiente. Lo que tú incorporas, lo nuevo, la innovación, la tecnología, eso hay que medir el valor que creas. Es decir, cambiar un trans de sitio en un fármaco no significa el que ese fármaco tenga que valer el doble, sino que será el valor. O si un fármaco, antes eran tres pastillas y luego es una, eso tiene un valor, pero no estás cambiando el principio activo.

Que nos hable usted, porque sé que de eso ha escrito mucho, conoce mucho. Por lo tanto, ese valor de evaluar.

Luego usted ha hablado del sistema de I más D que está abandonado. Coincido con usted también.

Ha dicho una cosa que me hace mucha gracia, que es genial, que es la exaltación de la importancia, que es como la exaltación de la amistad y ya sabe usted cuándo se hace la exaltación de la amistad. Todo el mundo habla del I más D y se quedan en la frase.

Sé que hay dificultades para generar una economía basada en el conocimiento. Hay fuertes dificultades. El tema de la transferencia

tecnológica en biomedicina me gustaría que, aunque sea de forma breve, nos diga o si no nos venga otro día aquí y nos cable de las dificultades en la transferencia tecnológica en biomedicina que están teniendo muchos expertos, muchas personas que, como usted, se han dedicado a esto y han terminado prácticamente desesperadas. Que cuando ustedes incluso les piden apoyo les dicen: “Bueno, cuando lo tengan ustedes terminado, ya viene y me lo cuenta”. ¿Cómo se va a investigar si no hay apoyo a que se investigue? La gente que dice: “No, cuando usted tenga algo concreto que me cure una cosa”. Eso es imposible.

Otra cosa que también me ha gustado, porque creo que estas cosas, que tienen mucho que ver con profundizar en los principios y en la ética, nos pueden ayudar también mucho a los diputados, que es el problema por el que ha sido difícil ayudar, al menos cuando más falta hacía. Que ha habido y sigue habiendo una cierta resistencia hacia iniciativas sociales de la sociedad, porque se las que etiqueta, en muchos casos, de privadas, que no lo son, a mi juicio, porque lo que buscan es el interés general. Parecería que se contraponen siempre. Cuando hay una iniciativa de particulares parece que se contraponen a la iniciativa del interés general y que es un factor limitante.

Yo he visto en el mundo iniciativas absolutamente altruistas que han generado conocimiento, valor, aportación a la ciencia y cada vez que se habla de alguna iniciativa de la sociedad civil, usted lo ha dicho, no lo estoy diciendo yo, pero yo coincido. Si usted tuviera que poner una línea en el documento que tenemos que entregar el miércoles, nos ha pedido la presidenta antes de las 12 de la mañana, a ver si es a la una o las dos, que nos dé más tiempo, pudiéramos introducir una línea suya, ¿qué línea nos diría usted que pusiéramos?

Muchísimas gracias por su tiempo y por su dedicación a lo público que ha sido, desde luego, siempre encomiable, y por la Agencia del Medicamento, que efectivamente ha sido un paso.

Yo solamente un comentario con el permiso a la presidenta. Yo, del doctor Castellón, he aprendido siempre una cosa: los principios éticos que uno nunca ha de perder. Y dos, el que siempre se anticipa a cosas que habría que poner en marcha. Es decir, hay que anticiparse. Tener una visión global y anticiparse. Por eso hoy está usted aquí, por si nos puede anticipar algo de lo que nos va a pasar en el futuro.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

La representante del Grupo Socialista.

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

Doctor Enrique Castellón, bienvenido en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, aquí al Congreso de los Diputados, a este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública que está enmarcado en esta comisión tan importante de Reconstrucción Económica y Social de España.

La verdad es que tengo que reconocer que coincido con la diputada, la señora Pastor en que es verdad que hablamos mucho de sanidad. Eso es muy bueno. Quizás no fuera por esta pandemia no se estaría hablando de sanidad.

Yo le quería hacer dos tipos de preguntas. Las primeras que le voy a hacer quizás parezcan muy básicas, pero me interesa muchísimo conocer su opinión en este aspecto. Ya sé que ha ido tocando varios de los temas que le voy a decir. Me gustaría que profundizarse un poco o que nos diera alguna clave importante que usted considere que debemos conocer todos los que estamos aquí. Por ejemplo, ¿cómo asegurar una financiación suficiente y equitativa para la sanidad? ¿Qué medidas o qué medida? Algo

que nos pudiera proponer que a usted le parezca más prioritario que algunas otras.

También en relación con la atención primaria, ¿cómo cree usted que debe reforzarse? ¿Nos puede sugerir alguna o algunas medidas?

En relación con la equidad en la sanidad pública, ¿cómo considera que debe asegurarse esta equidad? ¿Nos puede sugerir o profundizar en alguna medida o decisión?

En su ámbito de actuación, trabajo y conocimiento, creo que también coincido con la doctora Pastor en esto, alguna prioridad que usted nos pueda proponer aquí; una, dos, tres, cuatro, las que considere.

Con relación al paciente, me interesaría también conocer su opinión sobre cómo debe ser el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud.

Después hay otro tipo de preguntas que no pudo evitar no hacerle, ya que usted pertenece a un colegio profesional y yo he sido presidenta de un colegio profesional sanitario. Para acompañar con eficacia todas estas propuestas que nos ha trasladado aquí, este documento que yo quiero agradecer y el conjunto de consideraciones desde las lecciones, creo que, aprendidas, en algún caso, por la circunstancia de la COVID, me gustaría hacerle una reflexión, y decirle que yo valoro como nadie, o como quien más, el papel de las organizaciones colegiales. ¿Cómo ve usted la evolución que deben tener las organizaciones colegiales, en su caso médicas, para ser organismos acordes a los nuevos tiempos? ¿Cómo considera que los poderes públicos podrían ayudar en esta evolución?

También me gustaría preguntarle ¿cómo debe ser el papel que los colegios de médicos, en asuntos que hay que afrontar, que estamos afrontando, que han surgido aquí, además, esos temas en esta comisión, como la planificación del curso escolar, la vuelta a la normalidad, por

ejemplo, en el sector del turismo, ¿qué papel cree usted que deberían o que no? No lo sé. Que nos ilustre con sus respuestas.

Luego, para terminar, habló usted de certidumbres, de certezas. Es verdad que esta pandemia genera mucha incertidumbre.

A mí me gusta mucho la física, la mecánica cuántica. Hay un principio, el principio de certidumbre de Heisenberg, que dice que es imposible medir simultáneamente de forma precisa la posición de un objeto y su movimiento lineal. Pero yo creo que de esta incertidumbre se puede salir con ciencia. Es de la única manera que creo que se puede salir. También con un pacto que aquí estamos trabajando con esperanza, fuerza y con unión. Todo esto nos dará una certeza que estamos deseando todos para el fin de este grupo de trabajo que pertenece a esta Comisión de Reconstrucción Económica y Social de nuestro país.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Señor Castellón, tiene usted la palabra.

El señor **CASTELLÓN LEAL**: Muchas gracias, señorías.

Me han hecho tantas preguntas. Algunas son muy difíciles.

Yo creo que me van a perdonar de ante mano que conteste más rápido y probablemente con menos detalle de lo que merecerían las preguntas, porque si no, no acabamos, sobre todo, ustedes que ya tienen bastante tralla.

La pregunta del riesgo que, efectivamente, el olvido y el riesgo del olvido, cómo ante la tensión, que me hace la diputada del PNV, y los incentivos, yo creo que lo que habría que hacer es simplemente. El olvido es un fenómeno inevitable. No podemos combatirlo. Las personas nos

olvidamos de las cosas. Es más, creo que los expertos dicen que es preferible.

Yo creo que lo que hay que hacer es ahora tomar algunas medidas, blindarlas contra la evanescencia del paso del tiempo.

Si sabemos que nos vamos a despistar de este asunto en un año vista, tomemos medidas, sabiendo que va a haber más epidemias, garanticemos y blindemos su permanencia. No la dejemos al albur de que ahora sí, ahora no. Ahora creo que lo que lo tenemos presente, porque como lo vamos a olvidar seguro, la medida quedará, porque ya la hemos blindado.

Creo que ese es el antídoto.

El tema de la rapidez tiene que ver con la preparación. Por eso he insistido mucho en que tiene que haber algún instrumento que nos prepare, asumiendo que van a venir más amenazas reales. No sabemos cuáles de ellas. Hay muchas, pero serán reales algunas de ellas, en algún momento. Más bien pronto que tarde. Sí estamos preparados, la respuesta es más rápida, evidentemente. Si no estamos preparados, hasta que lo preparamos, es tiempo que perdemos.

La representante republicana. Yo, absolutamente contrario a las fronteras disciplinares. Nos hemos organizado de una manera determinada, a veces por conveniencia de las propias profesiones, pero la realidad no entiende de fronteras entre las profesiones. Absolutamente de acuerdo en que hay que romper fronteras. Las profesiones tienen que trabajar juntas en proyectos.

Con respecto a los compañeros veterinarios, totalmente de acuerdo. decir (**Palabras que no se entienden**) de España tenemos muy poca capacidad para fabricar vacunas humanas, pero tienes mucha capacidad para fabricar vacunas veterinarias. Habrá que ver cómo. No quiere decir que dejen de hacer una cosa para hacer otra, porque eso no es posible, pero hay mucho conocimiento y serviría de mucha ayuda.

Por supuesto, cuando yo hablo de multidisciplinariedad, no me refiero solamente a profesiones que se parecen un poco, que han estudiado fisiología, anatomía o química. Me refiero también a todos los conocimientos perfectamente en equipos en los que, dependiendo del tema, obviamente, intervengan médicos, biólogos, veterinarios, sociólogos, politólogos, juristas.

Creo que tenemos que romper las fronteras profesionales para responder específicamente a cada necesidad en cada momento.

No tengo, ojalá tuviste la receta para las listas de espera que van a venir. Yo creo que hasta puedo hacer una cuestión. Hemos comentado antes que no hemos utilizado como se podrían haber utilizado las nuevas tecnologías para la gestión de la enfermedad.

Voy a poner solo un ejemplo, podía haber muchos. La telemedicina. No es la panacea universal, pero se puede trabajar mucho, filtrar mucho, evitar muchas visitas, intentar mantener, por ejemplo, a los pacientes todo lo que se pueda, a las personas lejos de los hospitales, en domicilios, forzar la actividad domiciliaria para que los médicos no tengan que venir a hacer consultas que muchas veces son innecesarias y que cargan las listas de espera. Priorizar este tipo de cuestiones.

A la representante de Unidos Podemos, no hay una cifra mágica con el tema de la inversión en Sanidad. No hay. Al final es lo que decide el Parlamento cuando aprueba los presupuestos.

Lo que sí que creo es lo que sí que está en manos del entorno sanitario. Es decir, utilizar lo mejor posible esos recursos, de la manera más eficaz posible, evitando dilapidar, evitando el derroche.

Por supuesto, a nadie se le escapa que, si hay más recursos aquí, hay menos allí.

La discusión de recursos en el conjunto de los presupuestos para el bienestar es una decisión política.

Yo siempre he dicho, pertenezco al mundo sanitario, pero nunca he ocultado, porque sería inocultable, que la salud de las personas depende de cosas que no son sanitarias. Y muchas.

Creo que hay que trabajar también esos aspectos, en vez de decir: “No, todo el dinero para acá”.

Es lo que estaba intentando decir. Cuidado porque la sanidad responde a un fallo, mientras que lo ideal es que el fallo no sea la sanidad. Lo ideal es que no lleguemos a este punto y que cuando lleguemos que tengamos recursos para abordarlo.

La agencia de salud pública y atención primaria. Vuelvo al tema de que no haya fronteras. Es inevitable que organices cosas, pero también es cierto que no puede uno compartimentar la salud pública solo en una agencia. Hay muchos aspectos en la salud públicas que están íntimamente relacionados con la atención y, además, atención personalizada, que es la que se lleva desde atención primaria.

Así como hay actividades de prevención que no puedes cargar a los médicos de atención primaria con ellas; son más bien prevención primaria o determinantes de la salud o preparación frente amenazas como esta, hay otros aspectos de la prevención que sí caen dentro de la atención primaria y forman parte de la actividad de formación primaria. Pero yo creo que, si el sistema funcionase, digamos, con más autonomía y los profesionales tuviesen más capacidad para organizarse, como se ha visto al final de esta pandemia, seguro que se organizan correctamente y cada uno sabe qué cosas puede ser mejor y que conviene que haga.

En todo caso, cualquier cosa que está en la salud pública tiene que estar muy relacionada con el sistema. He hablado de la falta de continuidad. Es que el sistema está fragmentado de siglos. Yo creo que uno de los retos fundamentales, quizá respondo a la pregunta, es coger el

sistema tal y como es ahora y ver dónde se puede meter la tijera para romper barreras y hacerlo mucho más fluido.

Esta es la respuesta a esa cuestión.

Respecto a la asistencia medicalizada, creo que al revés. Yo creo que no deben ser pequeños hospitalitos. En absoluto. Yo más bien creo que tienen que haber unos criterios muy rigurosos de calidad y verificables, porque a veces parece que se ponen criterios cuando se abren instituciones y luego nadie los verifica. Y luego, cuando hay una consecuencia grave se hace usar un expediente.

Creo que es mejor dotar de algunos recursos para hacer esa monitorización permanente y evitar que pasen estas cosas.

Por supuesto los cuidados médicos ordinarios sí creo que tienen que estar en las **(Palabras que no se entienden)**, como cualquier otro ciudadano igual que si estuvieses en tu casa, dependiendo de la atención primaria.

La pregunta del representante de Vox, efectivamente, ha puesto el dedo en una llaga importante que es el tema de las vacunas. Yo estudié hace poco un artículo en el que se especificaba, lo leí, evidentemente, que en el mundo se producen ahora mismo cinco billones, con B, 5 000 millones de dosis de vacunas. De las cuales 1 500 millones es gripe. Esa es la capacidad que hay. No hay mucha más capacidad, salvo que se construya nueva capacidad.

Creo que para hacer vacunas de una cosa tendrán que dejar de hacer de otra. Hay un dilema importante ahí.

La única solución a ese dilema es construir más capacidad de producir vacunas. Que también es un tema problemático, porque hay capacidad que en algunos casos va a ser necesaria, pero en otros va a ser ociosa. Habría que ver todo esto y hacer un buen diseño. Para eso, evidentemente están las organizaciones internacionales y otras que quizás contribuyan a planificar.

Es verdad que otros de los problemas del olvido, que no he mencionado antes, es la infrafinanciación de muchas de las agencias importantes, incluida la OMS, que ha tenido que ser no suplantada, sino apoyada por un montón, quizá un poco confuso, de organizaciones que intentan apoyar el tema de las vacunas desde muchos foros: nacionales, educativos, países agrupados.

Creo que quizás cierta ordenación de la gobernanza mundial en temas de salud pública exigiría a lo mejor concentrados esfuerzos y financiar bien las organizaciones multilaterales.

El tema nacional lo que conozco muy bien. Lo conozco personalmente. Recientemente he hablado mucho con ellos, a los doctores Dejuanes y Esteban. Sé de las dificultades que hay para hacer **(Palabras que no se entienden)** en vacunas aquí en España.

Yo personalmente, a través de algunos mecanismos, he ofrecido ayuda para buscar financiación de terceros para esto. El Gobierno entiendo que está con ello porque es lo que me contestaron en el CSIC.

Yo no podría decir que el Gobierno es ingenuo. Yo creo que el Gobierno tiene que moverse con lo que tiene ahora mismo. Creo que debería plantearse una estrategia de capacidad de desarrollar terapias y vacunas en España, aunque no se llegase a tiempo para esta pandemia, pero habrá nuevas. Lo que no puede ser es que no hagamos nada y volvamos a encontrarnos en situación parecida en la siguiente. Yo creo que debería hacer un esfuerzo el Gobierno, independientemente de que lo que esté haciendo, creo que sí lo está haciendo, evidentemente, para intentar llegar a acuerdos con compañías, o a través de otros países de la Unión Europea está montando un grupo para intentar negociar **(Palabras que no se entienden)**. Eso es lo que hay que hacer ahora porque es lo que hay, pero para el futuro creo que convendría reforzar nuestra capacidad tecnológica en esta materia.

El Grupo Popular, sus preguntas son un poco difíciles.

La verdad es que me encantaría poder decir algo muy puntual que pueda incorporarse. Pero le voy a pedir que me dejen unos minutos, unas horas o unos días. Más que nada porque no quisiera decir algo y luego, al salir por esa puerta, arrepentirme y decir: “Esto otro era mejor”. Esto es lo del **(Palabras que no se entienden)**. Cuando sales te acuerdas de lo que podías haber dicho y se te había olvidado.

Voy a pensarlo, pero efectivamente, cojo el reto de qué cosas se podría priorizar y sería lo más importante.

Con respecto al valor creado, yo estoy absolutamente convencido. Creo que es una obligación, por un buen uso de los recursos públicos, garantizar que lo que se hace, se compra, se retribuye, se hace en función del valor, no de la cantidad. No tiene sentido ninguno y más ahora.

Creo que lo que sí que tenemos que hacer es desarrollar mecanismos y fórmulas y tecnologías que permitan con rapidez ver lo que se ofrece, lo que se hace, el valor que se obtiene y todo esto de una forma casi automática. Las tecnologías lo permiten.

La **(Palabras que no se entienden)** en biomedicina. Como bien sabe la señora Pastor es uno de mis puntos profesionales y también débiles. Creo que el país ha generado mucho conocimiento, que no se traduce en nada al final. En publicaciones. Eso es por dos cosas. Una porque no se ha diseñado bien la financiación del proceso que va desde el conocimiento hasta su aplicación en la práctica médica y porque no se ha traído suficientemente recursos y capital privado para hacerlo. Es imposible. No hay manera de hacerlo en ningún país que sea capaz de transmitir tecnología, lo ha hecho sin que colaboren los recursos públicos y recursos privados. Colaborando. Cada uno tiene su rol, pero tienen que colaborar.

Insisto, aquí no hay nada que inventar porque ya hay otros que lo han inventado. Simplemente tenemos que seguir la huella. Hacerlo lo más parecido a los que les ha ido bien.

Que haya gente que lo haya hecho antes, tiene dos ventajas; que algunos lo han hecho bien y otros lo he hecho mal. Podemos fijarnos en los que lo han hecho bien y aprender de los que han hecho mal.

En el tema de la transferencia tecnológica, hay experiencia en el mundo como para fijarse en lo bueno y en lo malo.

¿Por qué es difícil ayudar? La diputada lo ha explicado perfectamente.

Poco puedo decir yo. Hay una sensación que yo creo que es incorrecta, es una pena, en la Administración, que a veces se piensa que es el que tiene el patrimonio del interés general. Hay mucha **(Palabras que no se entienden)**, personas, empresas en la sociedad que tienen también muy presente el interés general. No es todo egoísmo. Además, aunque sea algo de egoísmo, cualquiera que piense, que tenga dos dedos de frente, sabe que, si al país le va bien, a uno le va bien.

El interés general es patrimonio de todos. Creo que, si se tuviese una actitud más abierta para hacer cosas juntos, nos iría bien a todos. El país, que tiene mucho más potencial del que ahora mismo manifiesta, en parte es porque no está bien conectado entre todas sus partes, sus instituciones públicas, privadas, sociedad en general, Administración, Gobierno. Creo que ahí ganaríamos mucho. De hecho. las sociedades que van mejor, precisamente tienen estos canales perfectamente abiertos.

Finalmente, con el Grupo Socialista, también ha hecho preguntas difíciles. Yo no tengo la respuesta para cuál es la financiación suficiente, pero sí que tengo respuestas para qué hay que hacer para que, con la financiación que sea, hacerla eficaz. Estas se han comentado ya muchas veces.

El mismo reto que me ha presentado la señora Pastor con respecto a una media prioritaria. Deme un poco de tiempo para pensarlo, porque hay muchas. ¿Cuál es prioritaria? Le doy una pensada y les contestaré sin ninguna duda.

La primaria, es evidente. La primaria, que siempre se ha dicho que es importante, si uno ve la discusión de los presupuestos de Sanidad, han ido disminuyendo en término relativos

Es muy sencillo. Invirtamos la tendencia. Empecemos por ir recortando de otras cosas, no porque les recortemos por recortar, sino porque sean menos necesarias. Empecemos a retirar, en vez de hacer nuevos hospitales, a hacer más pequeños los hospitales, más grande de atención domiciliaria, más grande la primaria, programemos esto a lo largo de una década. Vayamos ajustando, dándole más peso a una cosa mientras quitamos peso de la otra progresivamente.

La equidad. Yo creo que la mejor forma de responder a la cuestión de la equidad no es, por decirlo de alguna manera, no es café para todos. Yo creo que es hacer un esfuerzo por identificar las necesidades específicas de cada cual, colectivos y de personas y reordenar los recursos hacia los colectivos, a las personas que tienen más necesidad de esos recursos. La tendencia de mayor confort, que evita más discusiones son los repartos, digamos, igualitarios, que al final no lo son, porque contemplan valer igual situaciones desiguales.

Yo creo que habría que afinar mucho más en necesidades de distintos grupos. El grupo de mayor edad, por ejemplo. Los crónicos. Segmentar, fragmentar un poco, en el sentido positivo de la fragmentación. Fragmentar para ajustar los recursos en función de necesidades.

Pacientes. Creo que, hoy en día, con los medios que existen, con el conocimiento que existe, los pacientes tienen que ser parte del proceso de decisión de sus propios problemas.

Esta es otra de las cosas que se hablan mucho y se hace poco. La medicina centrada en el paciente, pero los hospitales, las estructuras, todas siguen centradas en especialidades, en servicios. El paciente es el que se va moviendo. Las decisiones, tres cuartos de lo mismo. Creo que hay que ser más proactivo en esta cuestión y dar más espacio de decisión a los pacientes, lógicamente suministrando más información.

Los **(Palabras que no se entienden)** de los colegios profesionales. Yo creo que tiene un papel fundamental. Desde luego, en el ámbito deontológico, total. Absolutamente. En el caso del colegio nuestro, en esta crisis ha identificado las necesidades que tienen los profesionales y ha intentado **(Palabras que no se entienden)**. De manera que yo creo que ahí se ha abierto una clarísima ventana de que los colegios puedan identificar cantidad de necesidades que no son laborales, por ejemplo, pero sí son de formación, de conocimiento, de actitudes, de ética, de dilemas profesionales en los que puede contribuir con muchísima información y con muchísimo apoyo. Es más, los colegios pueden servir a la Administración sanitaria precisamente para hacer esa comunicación con los profesionales en esos ámbitos.

Coincido también en el interés con la física cuántica. Yo creo que la incertidumbre no se soluciona nunca. Estamos en un mundo probabilístico donde la incertidumbre forma parte de la vida. Yo creo que lo que tenemos que hacer es identificar las probabilidades de cada cosa y apoyarnos en un buen conocimiento de la situación de lo que es probable, de lo que no es probable, lo que es más probable, y situarnos allí donde pensemos que va a estar el electrón, por seguir con la metáfora.

Muy bien. Probablemente he contestado a alguna pregunta. No sé si me he dejado alguna. En ese caso lo siento. A su disposición a título personal para cuando quieran.

(Aplausos)

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Castellón, por haber compartido con nosotros toda esta información y todas sus aportaciones.

Muchas gracias.

(Pausa)

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos con la sesión, con la comparecencia de doña Itziar de Lecuona Ramírez, doctora en Derecho, profesora agregada del Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud y subdirectora del Observatorio de Bioética y Derecho, cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona.

Muchísimas gracias por acompañarnos. Muchísimas gracias por haber aceptado la invitación de este grupo de trabajo.

Tiene usted la palabra.

La señora **CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA** (De Lecuona Ramírez): Buenas tardes.

Muchas gracias.

Es para mí un honor estar aquí, también un castigo dada la hora, la fase en la que estamos, supongo que también por alguna temática que quizás puede ser más pesada. Pero voy a tratar de consumir mi tiempo, no excederme. Y lo que quiero poner de manifiesto es el marco en el que yo vengo a presentar mi trabajo, que es un ámbito académico, un ámbito en el marco de una universidad pública, pero también porque llevo 20 años participando en comités de ética, fundamentalmente en el ámbito de la

investigación trabajando estos temas. Creo que hay una serie de carencias y problemas que se arrastran, que se deben solventar con urgencia.

Traigo propuestas para el cambio, pero desde una perspectiva teórica y práctica también.

Trataré de comentar una serie de aspectos bioéticos de la pandemia por COVID-19 en el ámbito de la sanidad y la salud pública.

Desde este análisis bioético, las medidas propuestas para la salida del confinamiento han intensificado el debate sobre la protección de la intimidad en tiempos de pandemia, por supuesto. Es una situación que conlleva determinadas restricciones de derechos por razones de interés colectivo, pero no puede llegar a anular estos derechos.

Las propuestas las aclararé, como, por ejemplo, las apps de identificación de positivos y de rastreo o la, a mi entender, desproporcionada medida de un posible pasaporte inmunológico, creo que son objeto de tratamiento urgente desde la perspectiva no solo ética, sino legal y por su impacto social.

Pero también dedicaré una parte de mi intervención a la gestión de los datos y también a la evaluación de proyectos de investigación e innovación cuando convergen tecnologías como la inteligencia artificial, el conocido como *big data* o analítica de datos masivos, la biometría para llegar también al desarrollo de estas aplicaciones de salud que necesitan un aval ético.

Se ha demostrado que este modelo evaluador es ineficaz y está obsoleto. Llevamos tiempo asentados en este modelo, lo que pasa es que la pandemia lo ha puesto de manifiesto de manera flagrante.

Esa situación además ha evidenciado unos recortes sanitarios que han afectado muchísimo, y una tendencia de la que quiero hablar, a la mercantilización y el adelgazamiento de los servicios públicos en muchos ámbitos, acentuando también las desigualdades existentes. Tendencia que

ocurre —y eso es lo que quiero explicar— en el ámbito de la investigación e innovación en salud, que se ha hablado mucho esta mañana, y yo quiero apoyar algunos planteamientos y abrir la luz, aportar luz en otros. Especialmente, con la excusa del COVID-19, se abren mercados de datos personales, disfrazados de buenas intenciones y con el pretexto de salir adelante de esta pandemia, en este contexto de investigación e innovación.

Se favorece así la participación de terceros, y todo esto lo explico para luego entender qué solución podría haber en entornos digitales, tradicionalmente, ajenos a estos procesos de investigación e innovación, y que tiene un interés específico en acceder a datos. Lo que al investigador le interesa no tiene por qué ser objeto de interés para estos terceros.

Los datos personales, los datos de salud, entre otros, son el oro de nuestro tiempo. De esto nadie tiene ninguna duda, y a la vez existe una tremenda desafección social por cuidarlos, por cuidar la intimidad. Y esto es muy grave y deberíamos tratarlo. Deberíamos tratar el valor que tienen los datos personales en la sociedad digital post COVID-19, porque tienen que ser consideradas como un bien común. Yo considero que determinados conjuntos de datos personales no pueden estar al alcance de cualquiera. Ahora me explicaré.

El soporte que implica la tecnología digital para transitar hacia una nueva normalidad, como se le llama, y hasta que llegue la vacuna, que también se ha hablado esta mañana, y no me voy a extender, nos puede conducir, en mi opinión, a un confinamiento digital encubierto, sin fecha de caducidad, mediante la institucionalización de prácticas de vigilancia digital de personas que, por supuesto, suscitan cuestiones técnicas, sobre todo, pero también éticas, legales y de enorme impacto social.

Creo que el debate no debería centrarse en la protección a la intimidad y la confidencialidad únicamente, en este contexto de digitalización intensiva, sino también en promover la autonomía, para tomar decisiones

libres e informadas, la equidad y la transparencia. Tampoco creo que debamos caer en el error de considerar esta situación como una dicotomía entre intimidad y libertad.

Las decisiones se tienen que tomar, por supuesto, en el marco de la salud pública, proporcionales a los fines que se persiguen y respetuosos con los derechos de las personas, pero deben ser temporales (**Palabras que no se entienden**). Además, estas decisiones deben fundamentarse en la evidencia científica y no en propuestas tecnológicas proclives a estos mercados de datos personales de los que quiero hablar.

Por eso es necesario debatir con urgencia, así, como marco introductorio, sobre la función del Estado, las tecnológicas y esta acumulación de poder ante el despliegue de medidas digitales, basados, sobre todo, en el acceso a la correlación, el hacer patrones de comportamiento, la predicción y, por lo tanto, tomar mejores decisiones, también en el ámbito de la sanidad y la salud pública.

En la sociedad de los datos masivos, la inteligencia artificial y los algoritmos, necesitamos nuevas estructuras de gobernanza. En esto estoy de acuerdo con Mariana Mazzucato, que lo que hay que hacer es cocrear valor a través de los datos y no extraer ese valor, como se está haciendo. Pensar que, por ejemplo, Internet o GPS han sido creadas también y favorecidas por el Estado, y, por lo tanto, tendrían que ser consideradas como un bien común.

Es necesario establecer un modelo de gobernanza, y cuando hablo de ese modelo de gobernanza, me refiero a la investigación e innovación responsable. Es decir, alinear los intereses de la ciudadanía y de la salud pública, desde el principio, haciéndoles participar, pero luego, durante todo el proceso.

Debemos enmarcar estas decisiones y las propuestas que voy a comentar aquí en un mercado único digital. Esta decisión ya se tomó hace mucho

tiempo, una sociedad digitalizada por el dato, y que se trata de una apuesta política, científica y económica basada en esta explotación intensiva. Estamos hablando de medicina personalizada, de sistemas sanitarios más eficientes y un envejecimiento activo y bienestar.

Pero también se habló de la inteligencia artificial confiable, y se habla de que no se ha utilizado adecuadamente la telemedicina o esta inteligencia artificial. Claro, tenemos el problema de la ética que hay detrás y cómo obtenemos los datos, cómo los explotamos para que sean justos y se tomen decisiones que eviten esos sesgos o perpetuar los sexos, por ejemplo, de género o de raza que se dan en nuestra sociedad.

El *quid* de la cuestión son los datos de salud, los datos genéticos, biométricos, socioetnográficos y tienen que estar especialmente protegidos. Porque, claro, lo dicen todo de nosotros, nos abrirían a puertas, a posibles discriminaciones encubiertas o no deseadas y serían utilizados con otros fines.

Por esta cuestión que he comentado como introducción, la de los datos y la explotación de datos intensiva, empezaré por dar algunas ideas sobre la situación de las apps de identificación de positivos y rastreo de contactos, como medida de apoyo, no como la medida única a tomar. Propondría un modelo más analógico que digital, y me explicaré. Esas apps de identificación de positivos y rastreo de contactos, para controlar un posible rebrote del COVID, se deben enmarcar en el ámbito de la salud pública y, como digo, una herramienta de apoyo, no son la solución. Pero lo que no hay que hacer bajo ningún concepto es crear o generar una serie de mercados o de propuestas o de modelos de negocio que permitan eso, esta explotación intensiva a expensas del COVID-19.

Por eso creo que tenemos que centrar la atención en el factor humano y en esa relación médico-paciente, sistema sociosanitario. Por tanto, se ha dicho esta mañana, no lo voy a repetir, que así fortalece la atención

primaria, mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica y la gestión de los datos; hacer las pruebas que correspondan, nunca de forma indiscriminada. Hemos visto que se está optando por una acción hacia el Bluetooth y no el GPS, porque se considera que el GPS es más invasivo porque geolocaliza, y es cierto, pero vamos a ver qué problemas plantea.

Creo que para la identificación de positivos y del rastreo de contactos, hay que priorizar y fomentar las llamadas de teléfono al estilo tradicional, la contratación de personal cualificado. Además, tenemos que tener en cuenta que hay una parte de la población, incluso la más vulnerable, que no tiene acceso a estos dispositivos ni a Internet, y vemos cómo el derecho de acceso universal a Internet está reconocido en la ley orgánica, entre otras, de protección de datos, de diciembre de 2018.

Creo que ha sido poco acertado fijarnos en sistemas como Corea del Sur, como Singapur y China. Se ha demostrado, así, en resumen, la cuestión de las apps, que se las deberían descargar un número considerable de personas, que puede dar lugar a falsos positivos y negativos, con lo cual, habría una sobrecarga del sistema sanitario, y que además tiene problemas de seguridad y de hackeo, nada despreciables. Además, estas tecnologías que utilicen los expertos no están concebidas para proteger la intimidad. Entonces, habría que articular una serie de medidas que requieren un esfuerzo técnico, que no quiere decir que no se puede hacer, pero que es considerable para corregir.

Hay una cuestión fundamental, que es que nosotros, creo que no deberíamos aceptar como ciudadanos que los sistemas operativos de los teléfonos inteligentes ya tuvieran estas plataformas por defecto. Si ustedes ahora miran en su móvil, en ajustes, depende de si quieren un sistema u otro, verán que ya tienen las notificaciones de exposición por COVID. Es la primera vez que Google y Apple se ponen de acuerdo e instalan, no instalan la aplicación, sino que ponen a disposición la plataforma, para

cuando los Estados decidan un modelo centralizado o descentralizado; centralizado, controlado por el Estado, y descentralizado, con la ayuda de estas tecnológicas. Esto creo que abre la puerta a una nueva era digital, nunca, mejor dicho, se instala en nuestras vidas, porque si está por defecto en una actualización de software, eso es difícil que se vaya.

Creo que debería haber más transparencia. El modelo que se ha elegido o que se va a elegir no lo tenemos claro. No tenemos información sobre esto, para que el ciudadano pueda tener todas las herramientas y tomar decisiones. Esto creo que en los próximos meses hay que tratarlo con urgencia, diría, a partir de mañana.

Hemos visto cómo se habla de que en Canarias habrá una prueba. Se ha hablado de que el Barcelona *Supercomputing Center*, pagado con fondos europeos, que es el supercomputador, el *Mare Nostrum*, está colaborando, pero no sabemos qué opción. Además, estamos viendo que para países como Noruega retiran la aplicación. Francia cuestiona que hay acceso desproporcionado a datos. Creo que de todas estas lecciones tenemos que aprender, pero sobre todo tiene que haber más transparencia.

Creo que la opacidad que impera en los modelos de negocios digitales no se puede aceptar en este ámbito. Eso lo explica muy bien Frank Pascual en su sociedad de la caja negra. Porque además haría que la gente se las descargara y, bueno, por razones de miedo y solidaridad.

Rápidamente, el modelo de gestión de datos, que se ha hablado esta mañana y es un tema ahora candente, tiene que ser interoperable. Eso es fundamental. Se habla de que no se está utilizando el sistema, pero es que tenemos un problema. La Unión Europea obliga a la interoperabilidad. Tenemos una directiva de reutilización de datos y no tenemos un sistema interoperable. Si queremos minar datos, si queremos tener acceso a datos y los queremos reutilizar, que eso sería deseable, no estamos preparados. Esto no es de 2019. Es que estas cuestiones se decidieron a principios del

año 2000. Es un problema grave. No creo que tampoco fuera un obstáculo, o no debería ser un obstáculo que la transferencia de competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas no lo hiciera viable.

Creo que hay un problema de base, de no entender el cambio de paradigma en el que estamos, y de no poner, por supuesto, los medios y la priorización de estas decisiones.

Un modelo de datos fiables, interoperable, accesible y encontrable. Bueno, tiene unas siglas en inglés y lo estoy traduciendo los principios y, sobre todo, también trazable. Entonces, a lo que voy es que cuando hablamos de un modelo de apps y cuando hablamos de las carencias del sistema en cuanto a los datos, desde el punto de vista ético, tenemos que entender que hemos dejado de ser anónimos para ser reidentificables. Los ciudadanos no podemos decir que permanecemos en el anonimato. Eso ha muerto.

¿Qué quiere decir esto? Que debido a la cantidad de información que nosotros liberamos, a la cantidad de información que hay en bases de datos, algunas altamente protegidas, por supuesto, las de salud y la tecnología actual, ustedes saben que, con la fecha de nacimiento, el código postal y sexo es posible identificar a las personas en un porcentaje muy elevado. Han visto cómo se ha criticado las aplicaciones, porque si te piden la tarjeta sanitaria para iniciar esa encuesta o esa consulta, para saber si es un positivo, pues la tarjeta sanitaria con cuatro datos míos me identifica absolutamente.

Luego, los terceros, que no tienen intereses, que no son los clásicos del juego o del ámbito, por así decirlo, y que están pensando en otras cuestiones. Entonces, esto es una cuestión fundamental. Porque claro, tenemos que saber qué datos se van a solicitar, cómo se van a obtener, quién va a tener acceso y durante cuánto tiempo, y de qué forma —y aquí está la cuestión— se van a correlacionar. Porque si yo tengo unos datos, a

través de aplicaciones que pueden estar muy bien diseñadas o de un sistema y no soy capaz de correlacionarlos a escala masiva y sacar conclusiones, eso no va a servir de nada.

Ante cualquiera de estas iniciativas —y esto es algo que quiero también poner de manifiesto, luego, también en investigación— hay que hacer una evaluación del impacto de los tratamientos, ya no solo digo aplicaciones, cualquier propuesta, y se está incumpliendo el Reglamento General de Protección de Datos. Esto lo explico porque lo estoy viendo en investigación e innovación, porque las pautas de investigación no están claras, pero es que no hay ninguna ética para la innovación. No hay ninguna pauta, ninguna hoja de ruta para la innovación en hospitales o, por ejemplo, alejadas de los típicos sistemas de evaluación.

Entonces, este incumplimiento quizás es una suspensión tácita, no sé cómo llamarlo. Quizás es un incumplimiento, porque el Reglamento es del año 2018, pero es que es del año 2016 y desde el 2012 estamos viendo hacia dónde vamos. Esto no se puede aceptar, y genera muchos problemas porque va en detrimento de los derechos, y de forma anticipada. Yo creo que el cambio de paradigma está en tratar las cuestiones de forma anticipada.

Por lo tanto, no podemos institucionalizar el poder de las tecnológicas. No podemos tampoco pretender que el Estado lo controle todo, tenemos que evitar el abuso de poder. Pero también hay que asumir que el riesgo cero no existe, y que las propuestas locales, por lo que vemos, hay países que, siendo vecinos no se van a interconectar, no va a ser interoperable. Esto no nos conduce a nada.

Sin embargo, vemos que, aunque Europa no se pone de acuerdo, en dos años vamos a tener la biometría facial con la huella digital, y, según se nos dice, las fronteras se van a controlar con biometría, con el pasaporte biométrico. Claro, esto me lleva a tratar aquí la cuestión de revisar esta

tendencia a aplicar estas tecnologías invasivas y perfilados, evidentemente, por razones de seguridad, pero es que es completamente desproporcionado. Además, la biometría facial es más precisa que la huella dactilar, y además se nos dice que **(Palabras que no se entienden)** correlacionadas desde datos, de posibles criminales o de inmigrantes irregulares. Ya no es solo la app, es el sustrato de los datos.

Por lo tanto, hay que evitar la excesiva dependencia de las tecnológicas por parte del Estado, y en particular de Europa hacia Estados Unidos, que esto no es una situación nueva.

¿Una propuesta? Fomentar la alfabetización digital. Esto está en la Ley de Protección de Datos y esto es fundamental. Cuando hablas con los científicos de los datos, cuando hablas con los técnicos, los que conocen el problema, para detectar cuáles son los problemas éticos, te lo dicen, y ya no solo es una cuestión de, bueno, evitar asimetrías. Es que el ciudadano tiene que saber qué está pasando, porque, efectivamente, cada vez se generan más desigualdades, desde las escuelas hay que fomentar esta alfabetización. Pero también en esos contextos de toma de decisiones, como los comités de ética, donde por incomprensión de este cambio de paradigma, se están aprobando investigaciones o se están realizando innovaciones que no tienen ningún sentido, y que, como digo, abren mercados de datos disfrazados de investigación e innovación, con el pretexto de la pandemia.

Además, hay que informar a los titulares de los datos personales. Es decir, esto está en la ley. Esto es obvio, pero quién, cómo, por qué, y de manera clara e inteligible.

Sobre el pasaporte inmunológico, me preocupa la tendencia que hay. Evidentemente, todo el mundo entiende que es una medida desproporcionada, que no conduce a nada, que no es fiable, que sería incompatible con cualquier sistema de protección de datos, con la ley y con cualquier ordenamiento jurídico en nuestro contexto. Es una medida

discriminadora, estigmatizante. Animaría a que la gente se contagiara para obtener el semáforo verde, y nos pondríamos etiquetas. Además, es que eso no tiene ninguna validez científica.

Pero lo que quiero destacar es si ustedes recuerdan la comparecencia de Fernando Simón, una de las comparecencias, cuando preguntado por un periodista se quedó blanco, porque le preguntaba el periodista si consideraba adecuado que las personas pusieran en su currículum “inmune”. “Soy inmune al COVID-19”. Esto, claro, él no es que no hubiera entendido la pregunta, es que le pareció amoral, no ético. Yo no lo saco porque sea una cuestión particular, es que vemos que lo rechazamos en el ámbito sanitario, pero vemos cómo hay un movimiento a establecer hacia el ámbito laboral, la vuelta al trabajo, a través de los dispositivos; dispositivos, DNI digitales, que pueden ser de distintas maneras. Puede ser un código QR, puede ser lo que sea, se lo imaginan. Pero claro, estamos de alguna manera abriendo la puerta o normalizando algo que estábamos rechazando de manera flagrante, y que vemos que grandes consultoras, *startups*, esto lo vemos en los medios, en la sección Negocios, apuestan por este modelo de negocio.

Se nos dice que las residencias de mayores ya no son rentables. Una cuestión que la tengo al final de mi discurso y que no llegaré, seguramente, pero esto es digno de estudiar. Es decir, la vejez y la muerte es un tabú. Sin embargo, los fondos de inversión habían estado invirtiendo en residencias de ancianos, ahora no es rentable. Estos modelos de negocio que están pendientes de validar por las autoridades, sí que, bueno, lo que les estoy diciendo, es decir, abren mercados de datos muy interesantes y, en fin, con muchos terceros interesados.

¿Esto qué traería? Una vigilancia intensiva que no desaparecería, y son medidas inmediatas, dan seguridad, son rentables. Pero claro, incluso se llegará a enmarcar en la prevención de riesgos laborales. Esto me lleva a la

cuarta cuestión, antes de llegar a la quinta, que es donde realmente quiero ahondar con propuestas. Las pruebas y su fiabilidad. Aquí lo he titulado: De la escasez al negocio. Claro, vemos que ahora las personas se quieren hacer pruebas que no son fiables. Hay una confusión y hay una desinformación que no ayuda a nada. No es una cuestión trivial, porque todo lo que les he dicho antes de los datos, también ocurre con las pruebas. Si hacemos estudios de prevalencia, desde el punto de vista científico, eso es muy lícito y tiene que estar controlado. Lo que no puede ser es que una cuestión que no había *test* en su momento, y ya sabemos lo que pasó, se traspase, de alguna manera se traspase a la iniciativa privada, y es un auténtico negocio, sin ninguna fiabilidad. Este es un problema.

Yo no soy experta en PCR, pero lo vemos. Las autoridades tienen que dar criterios claros, porque primero eran los trabajadores esenciales, luego la toma de temperatura. A nivel general, esto es peligroso, si ustedes lo conectan con la cuestión de la biometría, lo que he estado explicando. Es decir, es una vigilancia intensiva.

Recordemos que la OMS no recomienda *test* masivos, y luego se ha puesto de manifiesto nuestra escasez para, bueno, nuestra falta de independencia industrial con respecto al exterior.

Voy al quinto punto, que es este ámbito en el que yo creo que hay que cambiar muchísimo las cosas y que hay que tomar medidas, ya para acabar mi intervención. Es decir, pautas para una adecuada evaluación de la investigación e innovación en salud, basada en la inteligencia artificial, el *big data*, la biometría y los dispositivos digitales.

Cuando preparaba la ponencia, lo que me parece más relevante es que debemos ser conscientes de que la investigación —igual que la innovación es muy importante— la investigación es el pilar de nuestro sistema de salud. Es necesario destinar, en resumen, más presupuesto para aumentar recursos humanos y materiales y efectuar una revisión de las líneas de investigación

que se priorizan, y aumentar las partidas presupuestarias para la investigación independiente. Eso es fundamental. Que sean socialmente valiosas, que sean científicamente válidas. Pero, sobre todo, hay que desarrollar pautas comunes para una adecuada evaluación de esta convergencia de tecnologías, cuando la protección o la cuestión que está en juego es proteger a la persona a través de la protección de sus datos personales.

Mi experiencia, en tanto que miembro de comités de ética de la investigación, me permite hablar de este modelo de ineficacia y obsoleto que arrastra muchos problemas, porque si ustedes analizan la regulación, está muy regulado el ensayo clínico, pero todo lo demás, escasean las regulaciones, es un problema.

Es decir, los comités de ética de investigación para el desarrollo de medicamentos se han convertido en evaluadores de la innovación, de la innovación que ocurre en los hospitales, y no han modificado mucho ni sus procedimientos de trabajo ni su composición. Se les exige ser los mecanismos de protección, porque son interdisciplinarios, porque son órganos colegiados, porque se adaptan al cambio tecnológico, al cambio científico, pero es un modelo de **(Palabras que no se entienden)**, y esto sí que lo tengo comprobado.

Claro, en situación de pandemia, los comités de ética de investigación tienen que aprobar proyectos de investigación para desarrollar vacunas. Además, tienen otros tipos de investigaciones biomédicas, y tienen aquellas evaluaciones que tienen que ver con el desarrollo de dispositivos para la predicción del COVID. Por ejemplo, una aplicación que estuviera validada y la gestión mediante algoritmos, mediante inteligencia artificial. Esto requiere una evaluación. Tenemos una respuesta normativa y no se está llevando a cabo. Ha sido un aluvión, es decir, ha sido impresionante la

cantidad de propuestas, algunas más válidas que otras. Pero bueno, para eso están estos momentos.

Entonces, se han visto desbordados. ¿Por qué? Porque ya arrastraban problemas. No tienen personal, no tienen recursos, y lo peor de todo, no tienen la cualificación para entender este cambio. No quiere decir que no están haciendo las cosas bien, por supuesto, pero seguimos instalados en el ensayo clínico y estamos evaluando como si fuera un ensayo clínico otro tipo de investigaciones.

En resumen, en tiempos de pandemia, y a partir de ahora, no se pueden relajar los estándares de protección y se necesitan pautas para evaluar adecuadamente.

Voy a hacer algunas propuestas, y ya para acabar. Los comités de ética necesitan este desarrollo normativo que les estaba comentando, sobre sus competencias, funciones, constitución, acreditación y composición, y esto viene de la Ley de Investigación Biomédica, año 2007. Todavía no tenemos nada. No hay ningún desarrollo reglamentario. La pregunta es: ¿quién controla al controlador? Esta es interesante.

Es también urgente desarrollar pautas para homogeneizar estos procedimientos de evaluación, lo que les decía. Creo que es aconsejable crear comités de ética de la innovación. Si no mejoramos esta situación habrá que desdoblar, porque es que están evaluando cuestiones que no se comprenden porque son otros parámetros y otras pautas.

Garantizar su independencia. No pueden responder a intereses espurios, no dependen de las instituciones. Los comités de ética se crean en instituciones de investigación, en centros hospitalarios. Claro, si vamos a evaluar una innovación para mejorar la asistencia, ¿eso qué es? Esta es la pregunta. ¿Es un proyecto de investigación? No hay respuestas.

Luego, claro, es manifiesto lo que se decía antes, la integridad científica todavía no está muy clara, y luego, la falta de formación en ética.

Ya para acabar, lo que creo que es más grave es que teniendo una respuesta, como el Reglamento General de Protección de Datos, teniendo una ley, no se esté llevando a cabo la evaluación de impacto de la que les hablaba antes. Precisamente, es una innovación y una novedad que me parece muy positiva, porque permite unas metodologías que conjugan la parte técnica con la ética, con la legal y social. Es una metodología de análisis de riesgo y mitigación. No es, cumplo con el artículo 53, sino que le doy una visión de conjunto.

Luego vemos cómo se externalizan. Es decir, los hospitales, los centros de investigación no tienen nubes propias. El sistema público no tiene, depende completamente de las tecnológicas, y, fundamentalmente, estadounidenses. Con lo cual, los acuerdos marco que se hagan, las cláusulas contractuales no pueden ser las convencionales.

Claro, todo el mundo sabe que los datos médicos no pueden salir del perímetro de la Administración pública. No puedes liberar datos, ni siquiera desde las buenas intenciones. Tiene que permanecer todo en el sistema más garantista, y esto no es una cuestión resuelta.

La figura del delegado de protección de datos, que es una figura que viene determinada por el Reglamento, que permite un asesoramiento, una independencia. Se está creando. Se está instaurando de manera un poco sesgada, porque son profesionales de las instituciones que están actuando como tal, con lo cual, la independencia no está garantizada.

Luego, la **(Palabras que no se entienden)** de Administración, se repite por activa y por pasiva que somos anónimos, que se analizan los datos cuando los datos se codifican o se seudonimizan, que no es una palabra que me haya inventado yo, sino que está en la Normativa.

Como cuestión fundamental, tenemos que transitar hacia la ciencia abierta. Entonces, claro, toda la gestión de los datos tiene que ser conocida,

no solo la intervención inicial, sino que tengamos acceso a cómo se tratan los datos en lo público y en lo privado, con respecto a estos proyectos.

Creo que la disposición adicional décimo séptima sobre los tratamientos de datos de salud de la Ley Orgánica de Protección de Datos, es insuficiente y se echa en falta un desarrollo normativo. También creo que sería necesario —para acabar— regular el ámbito de la telemedicina. Se ha hablado antes. Si no hay una regulación clara, esto es otra vez una fuga de datos.

Yo siempre pienso mal, pero se hacen bien las cosas. Pero aquí hay un problema, y la protección de los datos personales en los procesos de investigación y asistenciales, que incluyen elementos de innovación. Entonces, esto me lleva también a plantear, por último, qué pasa cuando se contratan, por ejemplo, los procesos de contratación pública en el ámbito sanitario, qué pasa con la gestión de los datos personales.

Nada más.

Muchísimas gracias por su atención.

(Aplausos).

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Vasco.

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

Gracias, ¿De Lecuona? ¿O Lecuona? No sé. Bueno, De Lecuona, como sea, por las explicaciones dadas, por la ponencia que nos ha dado y por la paciencia también de esperar el retraso que llevamos ya acumulando.

Solo dos cuestiones brevemente. Es que esta mañana, bueno, tarde, ya no sé lo que es, en este continuo que tiene para nosotros el tiempo, hemos

(Palabras que no se entienden) el mismo día, que resulta que los epidemiólogos que están trabajando con papel y boli, y que este es uno de los problemas que se debería resolver, a la vez que usted nos está hablando de biometría facial para control de aduanas, suponiendo que los dos, en los epidemiólogos y el control de aduanas, son competencia de la misma Administración.

Para mí es una paradoja que soy incapaz de entender. No sé si tiene explicación. Hay otros que tienen toda la información sobre nosotros, toda, que en cuanto demos un paso, saben todo, y nuestros epidemiólogos y uno de los problemas para controlar la pandemia ha sido que están con un boli y un papel y tratamiento de datos que es imposible.

Para mí, sinceramente, tendrá una explicación sencilla y lógica, para mí es incomprensible. Entonces, sí tiene una explicación.

La segunda cuestión, usted planteaba como una de las medidas, evidentemente, que se tendría que trabajar, el fomentar la alfabetización digital, decía. Pero claro, eso a partir de una edad y al ritmo que va esto y para determinados colectivos más vulnerables por su realidad socioeconómica, es como decir, mucha gente nos vamos a quedar fuera, me incluyo, de esa alfabetización digital necesaria, para poder solo entender, para poder tener un papel activo y responsable como individuos, y como gestores y políticos que estamos tomando decisiones para gobernar la vida de muchos individuos, también.

Solo esas dos cuestiones.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Republicano.

La señora **VALLUGERA BALAÑÀ**: Muchas gracias, Itziar de Lecuona.

Yo me he despertado un poco con esta comparecencia, porque realmente ha cambiado mucho lo que hemos estado hablando durante todo el día. Tiene razón mi compañera cuando dice que es muy difícil de entender que el problema sea a la vez el papel y el boli, y a la otra parte, pues el uso indiscriminado del *big data* y demás.

Entonces, varias preguntas. La primera, en uno de los epígrafes usted nos dice: “Hacia un modelo más analógico que digital en salud pública”. Pero curiosamente nos están diciendo que en salud pública no hay ningún modelo digital, porque no lo pueden tener, porque no hay fondos, porque no hay recursos, porque no hay gente, porque no hay conocimiento, y es sorprendente.

Entonces, la pregunta es: ¿a qué se refiere cuando habla de un modelo más analógico?

La segunda pregunta. A mí me preocupa muchísimo, a nuestro grupo nos preocupa la coalición con los derechos que puede representar, y usted lo ha explicado muy bien, el intento de saber la trazabilidad del virus a través de estas apps. Pero lo cierto es que, en determinadas aplicaciones, si tú no te identificas, no recibes la prestación. Es decir, si tú no pones tu tarjeta sanitaria, no podrás poner los síntomas y, por tanto, no vas a tener ninguna respuesta de la Administración. De manera que en la balanza acabas prefiriendo perder tu intimidad a no saber si realmente tienes síntomas suficientes para ir al médico o si has de correr. Eso creo que nos está pasando con todo, y al final, hasta los que tienen una cierta conciencia de lo que representa, deben, porque no hay otra alternativa para satisfacerse determinadas necesidades, poner en riesgo su anonimato, que no existe, pero que, bueno, podríamos intentar tener la ficción de que sí que existe, y eso también es preocupante.

Otros temas más. En el tema de la educación digital, que creo que es fundamental, nos encontramos con generaciones que no han tenido educación digital, pero que en cambio están ahora mismo en todas las redes habidas y por haber y utilizando todo tipo de app. Cómo podemos a esa generación que no perciben ningún peligro y que se nos van ya de la educación, a hacerles patentes los peligros que tiene estas apps, estas funcionalidades.

Por último, usted lo ha mencionado muy de pasada, pero ¿estamos en manos de la tecnología proveniente solo de determinadas partes del mundo? Me explico. Es decir, ¿Europa está muy por detrás de lo que están haciendo las grandes de Estados Unidos o las chinas?

Muchísimas gracias por su comparecencia.

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**: Hola, buenas tardes.

Claro, leyendo todo esto de esta cantidad de datos, mira, te voy a poner un ejemplo que me pasó a mí cuando yo trabajaba en el hospital, hasta hace nada. Nos pusieron una denuncia por llevar en un carro historias que quedaban antiguas de papel y se veían. Tuvieron que cambiar, y las historias llevaban los nombres de los pacientes. Tuvieron que cambiar los carros y cerrarlos para que no se vieran. Nos denunciaron y era la ley.

Quiero decirte que, por un lado, esas cosas, y los consentimientos informados y todo eso, y que no se vea el nombre, y tal y cual, y, al mismo tiempo, toda una serie de datos que te desnudan. Parece también muy contradictorio.

Fíjate, tú dices que los datos son nuestra intimidad, y que si se les da uso que desconocemos perdemos el control sobre nuestros derechos fundamentales. ¿Tú crees que realmente se puede compaginar libertad y control de datos? ¿Eso es posible? Y más con lo que ha venido y con lo que va a venir.

En tiempos de pandemia, con toda la cautela de tratar esos datos, los derechos se van a ver minados, pero seguro. ¿Hay algún viso de que eso se pueda compensar o corregir?

Otra cosa, que la tengo aquí y que ahora no me acuerdo si lo he sacado de aquí, porque no me acuerdo (**Palabras que no se entienden**), pero es que me gustó. Yo lo digo, y es que pone: “El virus es internacional. La pandemia ha supuesto, además de muertes, menos tráfico aéreo, menos emisiones” —verdad que sí— “de carbono, y que las aguas de Venecia estén más transparentes”. Que por un lado parece que nos está encausando a otro tipo de vida. Si disminuimos todas estas cosas, podemos encontrarnos con un mundo diferente, incluso un mundo que no esté tan separado del ser humano, que pasemos otra vez a ser animales, aunque sea irracionales.

Entonces, ¿crees tú que en un capitalismo neoliberal depredador se puede permitir que cambiemos nuestros hábitos para integrarnos mejor en este mundo, que parece que nos rechaza, que nos atacan ya todos los virus?

Este (**Palabras que no se entienden**).

La señora **PRESIDENTA**: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Vox.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señora presidenta.

Señora Lecuona, me llamo Juan Steegmann, soy diputado de Vox, médico hematólogo.

Me ha gustado mucho su exposición, y yo la verdad es que necesito pensarla muchísimo, porque me ha cambiado usted el marco conceptual. No le puedo preguntar cosas que yo creo que beneficien mucho, ni a usted ni a sus señorías.

Claro, usted nos alerta respecto a esto, pero es que ya me parece que es demasiado tarde. **(Palabras que no se entienden)** tantos datos, una infinidad de datos tan enorme, que, bueno, incluso dudo mucho de la anonimización y seudonimización y otros muchos ensayos clínicos, pero incluso de la actividad asistencial. Es decir, que eso, cuántos agujeros hay en eso, en confidencialidad.

Claro, aquí está, como siempre, el equilibrio entre la seguridad y la libertad. Ese es un gran compromiso, gran equilibrio que, por ejemplo, pues si España quiere protegerse, evidentemente, va a tener que hacer alguna evaluación de los viajeros que vienen a nosotros.

Por otra parte, ya en el entorno laboral, después, la Ley 3195 de 8 de noviembre dice que el empresario debe vigilar periódicamente el estado, la salud de sus trabajadores, ante todos aquellos riesgos que sean inherentes al trabajo. Le obliga a introducir todas las medidas preventivas que sean precisas para evitar un contagio. Naturalmente, tiene que ser voluntario por parte de los trabajadores, y tiene que ser algo entre el empresario, los sindicatos y el trabajador individual.

Pero, sin duda alguna, para ofrecer un entorno seguro, no veo otra solución que esos datos sean obtenidos de alguna forma, evidentemente, evitando el abuso y la permeabilización de esos datos.

A mí me importan un bledo las aguas de Venecia. La verdad es que ahora mismo me parece que este mundo es una catástrofe. Lo que estoy deseando es volver a la normalidad, y espero que haya más vuelta al pasado en muchos de los sentidos. Solamente para decirle esto.

Quiero preguntarle, sobre todo, a nivel laboral, porque ahora necesitamos poner el país otra vez a trabajar. ¿Cómo se va a conciliar eso? No sé si es pedirle demasiado, pero ofrezca, por ejemplo, una solución para que podamos recibir a los turistas de una forma.

Nosotros hemos pedido, nuestro grupo, dentro de este deseo de que se recupere la economía —termino, señora presidenta— que haya un certificado y que los turistas tengan una PCR hecha en las 48 horas antes de venir, aun sabiendo las limitaciones de esto. Que luego, como en otros países, se hagan *test* serológicos, que incluso se podían hacer en las salas de espera. Esto es, por supuesto, muy limitado.

Pero, desde luego, lo que no podemos hacer es ser otra vez un coladero infeccioso. Nos preocupa mucho. Estoy seguro de que a usted también. A lo mejor tenemos que sacrificar. Porque mire, hay una aplicación que tengo aquí, que se llama (**Palabras que no se entienden**), en la cual le pongo, menos mal que no tomo muchas pastillas, pero expone las pastillas, no sé qué, cuándo las tomas. Le das los datos, deben tener unos datos enormes. Eso existe ya, a lo mejor es un poquito tarde ya para esto.

Luego, señalar la paradoja. No sabemos contar los muertos. No hemos hecho una base de datos única, y no creo que sea por respetar la confidencialidad, sino simplemente por inercia. Pero bueno, esa es mi opinión.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular.

(**Sin identificar**): Muchísimas gracias.

En primer lugar, darle la bienvenida a la doctora Itziar, por acudir a esta subcomisión. La verdad es que yo comparto también las palabras de alguno

de los compañeros. Nos ha generado un verdadero dilema, porque yo la primera pregunta que le haría es si hemos tenido en cuenta realmente en el abordaje de la pandemia del COVID, todos los temas bioéticos, porque el único dilema que se ha generado, ético, es cómo era el tratamiento de las personas más vulnerables. Teníamos encima de la mesa toda la gestión de los datos, que eso lo podemos, de alguna forma, hilar con esa vigilancia epidemiológica, que debería estar basada en el tratamiento de los datos, en las respuestas rápidas, y en lo que realmente ha fallado el sistema, que no ha habido una buena anticipación de todos esos datos que, por otro lado, como esta mañana nos han trasladado, los epidemiólogos se hacen todavía de una forma muy rudimentaria.

Pero aquí creo que se juntan la actuación de dos leyes importantes. Por un lado, la Ley de Protección de Datos, que usted ha hecho alusión a ellos. No tanto en los datos de personas fallecidas, que es triste. O sea, que no tengamos un sistema donde tengamos de una forma actualizada y momentánea cuáles son las personas que han fallecido por el COVID. O la obligación legal que hay de, el interés público de utilizar los datos para un fin determinado, que también lo recoge la Ley de Protección de Datos.

Aquí podríamos hablar del derecho tanto del acceso a los datos como de tratamiento para fines de videovigilancia. Entonces, la verdad es que ¿cómo se encajan todas estas cosas?

Pero es que, por otro lado, también tenemos la Ley de Autonomía del Paciente. Entonces, dónde tenemos el derecho a esa información epidemiológica, pero si no tenemos los datos, ¿qué información nos van a dar? Con todo este sistema, ahora mismo, del *big data*, de la inteligencia artificial, de todo esto, ¿cómo es posible que no tengamos **(Palabras que no se entienden)**? Pero es que usted ha hecho referencia también un poco en cuanto a los ejes de investigación, pues los comités de ética de investigación. ¿No lo tendremos que adaptar? Y para eso, los reglamentos

también, a la investigación, no solo en los ejes determinados, que igual hay que modificarlos. Pero es que, sobre todo, con respecto al tratamiento de los datos. Porque ahora mismo, si vemos cuáles son los fines de las diferentes líneas de investigación que tenemos en todos los centros, claro, no cuadran, por un lado, el fin, si quieres, una terapia determinada en un medicamento con respecto a todo el tratamiento de los datos que van con respecto a ese estudio.

Entonces, creo que hay, si nos puede ahondar un poquito más.

Luego, sobre todo, el tema de la historia clínica interoperable. O sea, es que eso es. Es triste que a estas alturas sea un objetivo que está muy por desarrollar.

Ya por terminar le haría una pregunta. Si considera que deberíamos establecer una estrategia nacional de transformación digital o cuál es su opinión sobre ello. Sobre todo, cuando estamos hablando de una medicina predictiva, de precisión, personalizada. Después, si deberíamos de tener una cartera de servicios específica en medicina personalizada, con el tema del tratamiento de los datos y todo esto, porque cada centro hospitalario está haciendo un poco una gestión individual, porque no hay una cartera de servicios establecida.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA:** Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista.

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

Bienvenida a este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, señora De Lecuona.

Usted dijo al principio que se dejaba un poco sin desarrollar el punto de las residencias de mayores. A mí me gustaría que insistiese un poco en él,

porque las personas mayores, sobre todo las que están en residencias, ya lo dice usted aquí, además, son personas especialmente vulnerables y no todos tienen la misma autonomía por diferentes motivos.

También aborda usted aquí un tema que me interesa que desarrolle, y leyendo sus palabras, pues dice: “Se deben establecer criterios de priorización en atención a los pacientes. Un ejemplo ha sido la toma de decisiones en situación de conflicto en unidades de cuidados especiales y en relación con el triaje.

Después, a mí me interesa que nos cuente algo sobre la robótica, tan presente en nuestras vidas y cada vez más. Ya no solo en salud, sino que transversalmente en nuestra vida nos afecta y cómo podría afectar también esto a esta protección de datos personales, que no pudieran unas bases de datos con otras después sumarse y obtener todavía muchísima más información sobre cada persona.

Quisiera también que ahondara un poco en el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud, en cuanto a la digitalización, en relación con el autocuidado y a la autonomía de los pacientes en relación con las nuevas tecnologías. Porque es verdad que las nuevas tecnologías están planteando muchas ventajas en la atención y en el cuidado de los pacientes. Lo hemos visto, además, durante la evolución de esta pandemia. El papel de la telemedicina, que creo que si nos pudiera usted decir su opinión sobre cómo cree que se debe impulsar la telemedicina, para tener en cuenta la protección de los datos personales de los pacientes y conciliar lo que es nuestra intimidad con el avance en las nuevas tecnologías, para que estemos mejor cuidados.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA:** Muchas gracias.

Señora Lecuona, tiene usted la palabra.

La señora **DOCTORA EN DERECHO, PROFESORA AGREGADA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD Y SUBDIRECTORA DEL OBSERVATORIO DE BIOÉTICA Y DERECHO- CÁTEDRA UNESCO DE BIOTÉCNICA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA. SUBDIRECTORA DEL OBSERVATORI DE BIOÉTICA I DRET (OBD)** (De Lecuona Ramírez): Muchísimas gracias, señores, por las intervenciones y las preguntas. Trataré de contestar, si puedo, a todo. En algunas cosas no soy la persona adecuada, pero sí que tengo aquí apuntadas algunas ideas.

Como cuestión transversal, es que esto no es nuevo. O sea, tenemos un problema. Se ha utilizado la pandemia para decir que no teníamos nada, pero es que, desde el año, yo llevo trabajando este tema desde el año 2013, y no se han cambiado muchas cosas.

La Normativa existente es antigua. Es decir, lo difícil es decir: “No, es que no tenemos leyes, no tenemos un marco”. Es que lo tenemos y no lo estamos aplicando. Pero ¿por qué? Porque no se entiende el paradigma digital en el que estamos asentados, de explotación intensiva de los datos, y aquí lo estamos viendo. Estas contradicciones. Es decir, cuando he hablado de las apps, cuando he dicho que tenía que ser un modelo más analógico que digital, en este sentido, me refiero a que es menos invasivo, más proporcionado y garantista no recurrir a esto. Porque como no tenemos todo lo demás solucionado, los problemas se nos han acumulado, abrir la puerta a esto sería ya entregarnos. Pero creo que hay unas falsas concepciones aquí que debemos analizar entre todos. Es decir, todo el mundo no tiene acceso a nuestros datos. Eso sí que sería muy grave, y menos a los de salud.

Pregúntense ustedes por qué cuando quieren hacer investigación, cuando se quiere innovar en este ámbito, se llama a la puerta del sistema nuestro. Porque, por ejemplo, en Cataluña o en otros ámbitos, 25 años hemos estado **(Palabras que no se entienden)** histórica clínica compartida, pero una historia clínica digitalizada, después compartida, después interoperable. Pero claro, esto ha requerido un esfuerzo. Ha requerido decisiones.

Entonces, usted entra en mi historia clínica y lo ve todo. Usted tiene el poder sobre mí. Mi código postal, los hijos que tengo a mi cargo, si tengo alguna discapacidad, mi consumo farmacéutico, y puede inferir y deducir mucha información.

Esta idea tan buena de tenerlo todo en una única pantalla, para entendernos, ahora se nos vuelve contrario. Entonces, el esfuerzo es tapar aquello que no queremos que vean, para proteger y para tomar medidas proporcionales. Claro, esto es otra vez un esfuerzo del mundo al revés. Esto es, primero, entender que técnicamente íbamos hacia un lugar, y debido a la cantidad de bases de datos; bases de datos de sospechosos, bases de datos, de inmigrantes, bases de datos de salud. Todo el mundo quiere entrar en la historia clínica digitalizada. ¿Por qué? Porque está ordenada, estructurada. Es fiable, es de calidad. Ojalá tuviéramos todas estas bases tan organizadas. Pero claro, si hemos ido consiguiendo estas bases de datos, y, al mismo tiempo, no hemos ido invirtiendo en un sistema garantista que evite, porque yo no digo que no haya que hacerlo. Lo que digo es que hay que evitar estos mercados de datos paralelos.

Claro, los intereses de las grandes tecnológicas son los que son, como las **(Palabras que no se entienden)** farmacéuticos. Es decir, aquí no hay ni buenos ni malos. Cada uno tiene sus intereses. Entonces, este es el problema.

El hecho de que yo libere datos en un móvil, en una aplicación, pues ya es un riesgo. Pero es que los datos de salud no están a disposición de cualquiera.

Insisto, no todo el mundo tiene todo sobre mí.

Claro, yo he cuestionado mucho que, teniendo el Reglamento, combinándolo con la Ley de Autonomía del Paciente, con todo el marco jurídico que tenemos, que es muy garantista, se hayan hecho apps con prisa y precisamente contrarias a todo esto. ¿Qué hay que hacer desde un principio? Diseñarlo para que técnicamente sea posible, y a partir de ahí que esté protegido. O sea, es posible, pero es costoso, y hay que establecer un nuevo modelo de gobernanza, como decía, porque el sistema funciona por acumulación de datos, por defecto.

Claro, si tengo un supercomputador como el Barcelona *Supercomputing* como Estado, y no lo estoy utilizando para esto y no lo estoy priorizando y no se le está dando el protagonismo, me lo invento. Quiere decir, que no vengo aquí a hablar del Barcelona *Supercomputing Center*, y nos están hablando de que las tecnológicas ya lo tienen todo solucionado, pues eso también genera una información que no es buena para el ciudadano.

Entonces, los datos no están en cualquier parte y no los tienen todos. Es que nunca los deberían tener. Lo que ha explicado usted de la historia clínica, que ha pasado, en contenedores han encontrado historias, es que eso es objeto de sanción, bueno, es que es un delito, porque todo el mundo sabe que descargarse una historia clínica en un portátil está prohibido, aunque seas médico. Porque a partir de que entra en mi portátil, cualquiera puede verlo, lo puedo perder. Es decir, es un tema ya deontológico, ya ni siquiera estamos hablando de una cuestión legal.

Entonces, no comprendo cómo nos cuesta tanto adaptarnos a este paradigma.

Claro, aquí hay una biopolítica, que también es la que me gusta a mí estudiar. Cuanto menos control y menor, digamos, homogenización de los criterios, es más fácil salir adelante con todo esto. Este esfuerzo lo tenemos que hacer.

Entonces, para ir contestando a varias preguntas. Sí, estamos en manos de la tecnología estadounidense. Esto, en fin, lo sabe todo el mundo. Lo ha dicho Angela Merkel. Lo han dicho repetidas veces muchísimas personas. Pero claro, si desde el punto de vista político no se entiende lo que supone todo esto, el ciudadano está a expensas de todo esto.

Cuando hablamos de alfabetización digital, no creo —quizás no suena bien esto— pero que haya que alfabetizar a todo el mundo. Sí, efectivamente, desde el colegio, desde la escuela. Claro, alfabetizar a personas mayores en el sentido de alfabetizar digitalmente es muy difícil. Yo he trabajado, tengo proyectos de investigación europeos, un **(Palabras que no se entienden)** europeo, un dispositivo que le permite ayudar a envejecer mejor a las personas autónomas. Los están financiando con impuestos, no con financiación pública.

¿Qué te dice la persona? Que está sola, que no quiere tener ni un robot ni **(Palabras que no se entienden)**, y mucho menos puede tener un dispositivo, porque tiene que poner la letra a 27, tamaño 27 y no se puede manejar. Sin embargo, es una apuesta política; es decir, lo hemos decidido. Entonces, estas cuestiones hay que solucionarlas.

¿Estamos en manos de la tecnología y estamos en una carrera competitiva para ver quién tiene la hegemonía? Sí, porque tenemos a China, tenemos a Estados Unidos y tenemos a Europa. Entonces, esta dependencia hay que tratarla.

Estas contradicciones de las que me hablan, claro, yo no tengo respuestas para todo, pero puede haber libertad y puede haber control de datos. Sí que hay un modelo, o sea, se puede hacer. Pero insisto, no es fácil.

Entonces, lo que me preguntaba del ejemplo que puse de Venecia, que me pareció que quedaba bonito, pero yo prefiero las aguas de Venecia limpias que sucias, prefiero el cielo sin aviones, y hombre, nos va un poco mejor desde que no hay tanta gente arriba volando, por tema de sostenibilidad.

Pero claro, el problema es la reputación. Es decir, a partir de ahora tenemos que pensar que tenemos que ir hacia un modelo más sostenible, y, sobre todo, que no potencie este capitalismo salvaje que usted ha citado. Pero claro, para eso hay que cambiar. Yo creo que todo lo que deberíamos hacer es preguntarnos quién merece nuestros datos, quién los merece, en tanto en cuanto nos da las garantías de que puede tener acceso.

Insisto, no hemos llegado tarde. Decir que hemos llegado tarde no me parece adecuado, porque, ya digo, yo llevo trabajando y viendo esto desde hace muchos años, y las normas son de principios del año 2000 y se han ido modificando. Otra cosa es que no lo hayamos hecho adecuadamente.

Son numerosas cuestiones. Estoy dando vueltas sobre lo mismo. Cuando ustedes me preguntan sobre el ámbito laboral, que yo no soy experta, o de vigilancia epidemiológica, normalmente, no se pueden cruzar este tipo de informaciones, precisamente, para asegurar que se protege. Pero claro, el tema de que no tengamos un sistema interoperable es muy grave. Yo no tengo la respuesta para esto, pero es claramente grave. Es que no podemos. Tenemos una estrategia de inteligencia artificial. Tenemos una estrategia de datos a nivel europeo. Tenemos la apuesta por la innovación y la investigación en inteligencia artificial, y no tenemos **(Palabras que no se entienden)**, pues vamos a seguir dando vueltas sobre el tema uno.

El empresario tiene todo el derecho a controlar a sus trabajadores, hasta cierto punto, como todo.

Claro, creo que la solución que he comentado de unos pasaportes en el ámbito laboral, no me parecen adecuadas, porque es que no tienen validez, además. Lo primero es tratar de asegurar la validez científica.

Tampoco tengo la solución para controlar al turismo, pero sí que es verdad que una aplicación no nos garantiza ni la libertad ni el turismo este verano.

Con respecto a la pregunta que me ha hecho de cómo conjugar la Ley de Protección de Datos y la obligación legal y el interés público, pues viene a ser lo mismo. Es decir, no podemos hablar de derechos. Esto lo ha dicho el supervisor europeo de protección de datos. Se pueden exigir unos derechos, hay un interés colectivo, pero es que estamos anulando, según que ámbitos de derechos.

La videovigilancia es un tema por resolver. Vuelvo también sobre lo mismo. Luego, con respecto a lo que me preguntaban de las residencias y de la situación del triaje, yo lo he querido traer aquí, porque lo hemos trabajado. Desde mi grupo de investigación publicamos un documento sobre esto, porque se discutió mucho todo el tema de la edad, que no debía ser el único criterio. Entonces, por eso lo he querido mencionar, porque, evidentemente, las personas que están en residencias acumulan capas de vulnerabilidad.

Intervenimos mucho a determinadas edades. Sacamos adelante a personas, y luego nos ha pasado lo que nos ha pasado, porque también hay unos criterios, siempre hay un criterio médico, siempre tiene que haber un protocolo, pero no puede basarse únicamente en la edad. Por eso quería aportar más información, siendo el objeto de mi presentación la cuestión más digital.

¿Cómo organizaríamos —ya para concluir— la cuestión de la investigación y la innovación? Creo que hay que crear comités de expertos en esto, interdisciplinares y que sepan evaluar. Las propuestas que usted

efectúa me parecen interesantes y quizás viables. Pero creo que teniendo lo que tenemos, y siendo además órganos que deben ser independientes y ser interdisciplinarios, que antes he hablado de la necesidad de incorporar estos perfiles, creo que hay que mejorar. Hay que mejorar lo que tenemos. No hay que desarrollar tanto nuevas normas, sino aplicar lo que tenemos y mejorar estos procesos.

Nada más.

Muchísimas gracias por sus preguntas.

(Aplausos).

La señora **PRESIDENTA:** Muchísimas gracias, señora Lecuona, por todos sus datos y toda la información, que le agradecemos muchísimo, y sentimos mucho también los retrasos producidos, acumulados al cabo del día.

Muchas gracias.

Señorías, nos vemos el jueves. Recuerden, (**Palabras que no se entienden**) que el miércoles a las 12 acaba el plazo de presentación de los borradores. Muchas gracias.

Se levanta la sesión.