



CORTES GENERALES
**DIARIO DE SESIONES DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**
COMISIONES DE INVESTIGACIÓN

Año 2022

XIV LEGISLATURA

Núm. 29

Pág. 1

**RELATIVA A LA GESTIÓN DE LAS VACUNAS
Y EL PLAN DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA**

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GUILLERMO ANTONIO MEIJÓN COUSELO

Sesión núm. 8

celebrada el lunes 7 de febrero de 2022

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias para informar en relación con el objeto de la Comisión. Por acuerdo de la Comisión de Investigación relativa a la gestión de las vacunas y el Plan de Vacunación en España:

- | | |
|--|----|
| — Del señor Laporte Roselló (profesor honorario de la Universitat Autònoma de Barcelona). (Número de expediente 219/000665) | 2 |
| — De la señora directora general de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud de la Junta de Extremadura (Guijarro Gonzalo), mediante videoconferencia. (Número de expediente 212/002047) | 11 |
| — Del señor director general de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (De Torres Medina), mediante videoconferencia. (Número de expediente 212/002048) | 18 |
| — De la señora directora general de Salud Pública del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) de la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia (Durán Parrondo), mediante videoconferencia. (Número de expediente 212/002049) | 25 |
| Corrección de error | 32 |

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 2

Se abre la sesión a las cuatro y cinco minutos de la tarde.

COMPARENCIAS PARA INFORMAR EN RELACIÓN CON EL OBJETO DE LA COMISIÓN. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN RELATIVA A LA GESTIÓN DE LAS VACUNAS Y EL PLAN DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA:

— **DEL SEÑOR LAPORTE ROSELLÓ (PROFESOR HONORARIO DE LA UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA). (Número de expediente 219/000665)**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a dar comienzo a esta sesión de la Comisión de investigación relativa a la gestión de las vacunas y el Plan de Vacunación en España, siguiendo el ritmo de comparencias que hemos establecido hasta ahora. En este caso, la primera comparencia es de don Joan-Ramon Laporte Roselló —agradecemos su presencia aquí en la Comisión, en esta que es su casa, el Congreso de los Diputados—, que ahora ya es profesor honorario pero que estuvo mucho tiempo en activo antes en la Universitat Autònoma de Barcelona, catedrático de Farmacología. Le cedemos ya la palabra para que pueda iniciar su intervención por un tiempo aproximado de veinte minutos, aunque somos generosos con el tiempo, sobre todo en un día como hoy en el que no parece que vayamos a retrasarnos mucho.

El señor **LAPORTE ROSELLÓ** (profesor honorario de la Universitat Autònoma de Barcelona): No me diga dos veces lo del tiempo. **(Risas)**.

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, en este momento también quisiera justificar la ausencia de algunos diputados que sé que nos van a seguir telemáticamente, pues se han comprometido a ello, y aprovechamos para saludarlos desde este medio.

Suya es la palabra.

El señor **LAPORTE ROSELLÓ** (profesor honorario de la Universitat Autònoma de Barcelona): Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, agradezco a esta Comisión su invitación a comparecer para comentar aspectos relativos a la campaña de vacunación contra la COVID-19 en España.

En primer lugar, me presentaré. Inicié la farmacovigilancia en España y el servicio español de farmacovigilancia en los años ochenta. Fui director del Centro Coordinador del Sistema Español de Farmacovigilancia y miembro de la Comisión Nacional de Farmacovigilancia hasta la creación de la Agencia Española de Medicamentos en 1999. Desde esta fecha hasta la actualidad, he sido experto externo de esta institución y durante un tiempo miembro de su consejo asesor. Fui presidente del Comité de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud en 2004. He publicado más de doscientos cincuenta trabajos originales referenciados en bases de datos de revistas con revisión por pares de investigación en farmacología clínica, farmacovigilancia y farmacoepidemiología, y dirigí el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en Farmacoepidemiología hasta 2017. En la actualidad, soy también experto externo de la Agencia Europea de Medicamentos en materia de farmacovigilancia y formo parte del comité científico del grupo GisEPI-Pharm, de la Agencia Francesa del Medicamento y la Alta Autoridad de la Salud de Francia, aparte de seguir como consultor de otras agencias nacionales de medicamentos.

No tengo conflictos de intereses relacionados con la industria farmacéutica o los productos sanitarios. Se me ha convocado a opinar sobre problemas y dificultades que se hayan producido hasta la fecha en el proceso de vacunación y en la aplicación por parte de las administraciones públicas competentes de la estrategia de vacunación frente a la COVID-19 en España y sus posteriores actualizaciones. En los últimos días he podido escuchar gran parte de las comparencias ante esta Comisión y he pensado que puedo aportar algunos comentarios sobre tres cuestiones, aunque quizá no me dé tiempo a todas ellas. La primera —y a la que voy a dedicar más tiempo— es la farmacovigilancia de las vacunas y el papel de las agencias reguladoras, la AEMPS en España y la EMA en la Unión Europea; la segunda, algunos aspectos relacionados con la campaña de vacunación, y la tercera, unos comentarios, si me da tiempo, sobre los derechos de propiedad intelectual sobre las vacunas.

Primero. Farmacovigilancia, agencia española y agencia europea. En materia de farmacovigilancia, los comparecientes en esta Comisión, representantes de la agencia española, han descrito los complejos procedimientos y mecanismos de coordinación que han desarrollado para hacer frente a la epidemia de SARS-CoV-2: reuniones, coordinación entre diferentes organismos de la Administración, con otros

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 3

Estados miembros de la Unión Europea, con la agencia europea y con las comunidades autónomas. Son procedimientos, pero escasos resultados si se exceptúan los relativos a la alta tasa de vacunación alcanzada que, al fin y al cabo, no es más que lo que llamamos una variable instrumental, pero no una variable de resultados, ya que el resultado es la prevención de la enfermedad y de la muerte. Análogamente, los informes de farmacovigilancia de la agencia española —el último, el duodécimo, publicado el pasado 26 de enero— informan de más de 55 000 notificaciones recibidas de efectos adversos de las vacunas hasta el 9 de enero de 2022; de estas, 375 tuvieron desenlace mortal y más de 11 000 fueron calificadas como graves. Cito lo que el Sistema Español de Farmacovigilancia entiende como grave: Entendiéndose como tal cualquier acontecimiento adverso que requiera o prolongue la hospitalización, que dé lugar a una discapacidad significativa o persistente o a una malformación congénita que ponga en peligro la vida del paciente o que resulte mortal, así como cualquier otra condición que se considere clínicamente significativa. Repito: más de 11 000 acontecimientos adversos graves después de la vacunación notificados al sistema.

La publicación de estos datos puede ser vista como un ejercicio de transparencia, pero la realidad es que, a falta de más detalles, son difícilmente interpretables. Por ejemplo, a pesar de que en esta fecha se estaba iniciando la vacunación infantil y de adolescentes —en enero— y de que se citan casi 900 efectos adversos en menores de 20 años, el informe no comenta los casos en este grupo de edad, precisamente el que concita mayores incertidumbres sobre la conveniencia de la vacunación. La transparencia no consiste solamente en subir informes técnicos a la web —que también—, sino sobre todo en iluminar, en ayudar a dirigir la mirada y en ayudar a comprender; de lo contrario, se siembra el terreno para que proliferen la desconfianza y las suspicacias. Quién sabe si por la intención de esconder la información en una montaña de datos o quizás porque se entiende —equivocadamente— que esta Comisión no es el foro para debatir cuestiones técnicas, este tipo de datos no han sido presentados ante sus señorías, de modo que la propia Comisión no ha tenido la oportunidad de preguntar sobre el uso que se hace de ellos.

Señorías, les quiero comentar algunas cuestiones técnicas que puede entender cualquier ciudadano y que creo que les pueden ser útiles; doce consideraciones me parecen oportunas sobre la farmacovigilancia de las vacunas. Primera. Como recordarán, las primeras vacunas disponibles contra la COVID en España, y las más utilizadas hasta el día de hoy, han sido Comirnaty de Pfizer, de la que se han administrado más de 54 millones de dosis hasta el pasado 9 de enero, y Spikevax de Moderna, con 14 millones de dosis. Estas dos vacunas se basan en una nueva tecnología. Así como las vacunas tradicionales son gérmenes atenuados o porciones de ellos que estimulan el sistema inmunitario, las vacunas de ARN mensajero introducen un ácido nucleico que da instrucciones a células de la persona vacunada para que fabrique una proteína del virus, la llamada *spike protein*, y esta a su vez estimulará el sistema inmunitario. Conviene recordar aquí que el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española define una vacuna de la siguiente forma —cito—: «Preparado de antígenos que, administrado a un organismo, provoca en él una respuesta de defensa». Según esta definición, las llamadas vacunas de Pfizer y Moderna no son verdaderas vacunas. Son fármacos basados en una tecnología nunca usada en terapéutica hasta ahora, y menos en campañas masivas; de ahí que la vacunación masiva haya supuesto un experimento global —y esto me parece esencial para entender lo que quiero decirles a partir de ahora— sin precedentes en la historia de la humanidad.

Segunda consideración. Los resultados de los primeros ensayos clínicos sobre las vacunas de Pfizer y Moderna, publicados en diciembre de 2020, mostraron valores de eficacia preventiva del 90% o más. Parecían muy convincentes y el mundo comenzó a respirar —nunca mejor dicho— con la perspectiva de las vacunas y a suspirar también por ellas. Pero debíamos ser conscientes de que entrábamos en un experimento preventivo vacunal global por su extensión y por la nueva tecnología que entrañaba.

Tercera idea. Un ensayo clínico de vacunas o de cualquier medicamento da información que es preliminar y que debe ser comprobada en la práctica. Esto es la farmacoepidemiología, comprobar lo que ocurre en la práctica, que no es lo mismo que en los ensayos clínicos. Por ejemplo, en el ensayo clínico sobre la vacuna de Pfizer-BNT, con más de 43 000 participantes, solo 5 de estos 43 000 eran mayores de 85 años y solo un 4% mayores de 74 años. Es un ensayo clínico hecho en poblaciones que no eran las más vulnerables a la enfermedad. Sin embargo, como todos sabemos, la vacunación en España comenzó en los mayores de 80 años y la primera persona vacunada, que ha sido recordada en esta Comisión, tenía 96 años cuando recibió la primera dosis. Es una persona no representada en los ensayos clínicos sobre las vacunas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 4

Cuarta consideración. Los ensayos clínicos de medicamentos y vacunas son diseñados, realizados e interpretados por la compañía promotora. El control de calidad de los datos recogidos también corre a cuenta del promotor y el control de la gestión de datos por las administraciones públicas se basa en inspecciones que son muy ocasionales. Recientemente, el *British Medical Journal* describió irregularidades en el ensayo de Pfizer, conocidas como Pfizergate. El fraude es habitual, a menudo y sobre todo en la catalogación y archivo de los acontecimientos adversos. Les contaré ahora un ejemplo que estoy autorizado a contarles. El equipo RxISK —como la palabra riesgo en inglés, *risk*, con una *equis* de prescripción médica— se autodescribe como un grupo de expertos médicos de alto nivel, de reputación internacional en la detección precoz de efectos adversos de medicamentos y en la mitigación de sus riesgos, farmacovigilancia y atención de pacientes. Fue constituido en 2012 y dirigido por el profesor David Healy de la Universidad McMaster de Canadá. En colaboración con RxISK —decía—, hemos entrevistado y revisado hasta ahora la historia clínica de tres participantes en ensayos clínicos —uno en el de Pfizer adultos, otro en el de Pfizer pediatría y uno en el de adultos de AstraZeneca— que han padecido efectos adversos graves incapacitantes y que han sido literalmente desaparecidos. Uso esta palabra que recuerdo —porque una de estas víctimas es Argentina— de los informes de estos ensayos. Puedo decir que no es cierto que no se registraran acontecimientos adversos graves en los ensayos clínicos; ocurrieron pero no fueron registrados, que es diferente. Comenzamos a tener constancia de que algunos problemas fueron escondidos debajo de la alfombra. Estos casos serán públicos dentro de unas semanas en la web de RxISK, con nombres y apellidos de los pacientes y de los médicos que han revisado la historia —no con datos anónimos— para aumentar la credibilidad de los casos.

Quinta consideración. En las publicaciones de los ensayos clínicos —entre ellos, los de las vacunas de RNA— se ofrecen solo datos muy generales y de forma agrupada. Además del fraude, también es habitual la presentación tendenciosa de los resultados. Por ejemplo, la tendenciosidad consiste en expresar la eficacia en términos relativos y no absolutos. En el ensayo de Pfizer, por ejemplo, se registraron 162 casos de COVID-19 en el grupo placebo comparados con 8 en el grupo vacunado, lo que supone una diferencia en términos relativos del 95%; 8 es un 5% de 160. No obstante, la realidad fue que la incidencia de PCR positiva para COVID —ni siquiera enfermedad clínica, solo PCR positiva— había sido de menos del 1% en el grupo placebo comparado con el 0,04% en el grupo vacunado, una diferencia de menos del 0,9% en términos absolutos, menos de un 1%. La tendenciosidad también consiste en ocultar determinados resultados en el artículo publicado. Por ejemplo, en los ensayos clínicos con la vacuna de Pfizer y de Moderna, en el de Pfizer se registraron 14 muertos en el grupo placebo y 15 en el grupo vacunado; no me he equivocado, hubo una muerte más en el grupo vacunado que en el grupo placebo. En el ensayo de Moderna se registró el mismo número de muertes, 14 en cada grupo. No, señorías, los ensayos clínicos no han demostrado que las vacunas salven vidas. Quizás se habrá visto en otros estudios una tendencia a disminuir las hospitalizaciones, pero no hay lo que se llama una evidencia —en términos oficiales de esta medicina mercantil que vivimos— de que las vacunas salven vidas. El número de fallecimientos registrados en cada grupo en estos ensayos no fue ni tan siquiera mencionado en los artículos publicados principales; solo se podía encontrar después de revisar decenas de páginas del material suplementario que se cuelga en la web.

Señorías, no dispongo del tiempo necesario y no quiero aburrirles extendiéndome en otros detalles, pero les aseguro que los resultados de los ensayos clínicos promovidos por las compañías farmacéuticas deben ser considerados más bien como indicios y de ningún modo como lo que llaman evidencias. Una vez más, según el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española, es evidente lo que es cierto, claro, patente y sin la menor duda. Es una triste ironía que expertos y dirigentes de instituciones sanitarias sigan insistiendo en la palabra evidencia ante una enfermedad nueva y, por tanto, poco conocida, imprevisible en su evolución epidémica y en las secuelas que va a dejar. Las llamadas evidencias sobre las vacunas no tenían nada de cierto, nada de claro, pero sí muchas patentes de la definición de lo que es evidente.

Sexta consideración. En cualquier caso, con fraude o sin él, con presentación tendenciosa de los resultados o no, los resultados obtenidos en cualquier ensayo clínico deben ser revisados en detalle por expertos en la materia, lo que requiere tiempo, sin duda, pero, en primer lugar, transparencia. Y les voy a poner un ejemplo. Pfizer anunció que haría pública la totalidad de los resultados de su ensayo clínico principal sobre la vacuna en 2025. ¿Se lo pueden creer? Pues bien, parece que ni esta fecha era cierta. En el pasado mes de enero, a petición de varias organizaciones civiles por la transparencia, un juez federal de Estados Unidos obligó a la FDA y a Pfizer a hacer públicos estos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 5

resultados en un lapso de meses, en lugar de los setenta y cinco años que pretendía la compañía y que había pactado con Pfizer.

Séptima consideración. Además de todo lo dicho, los resultados de los ensayos clínicos deben ser confirmados por la práctica y esto requiere un muy cuidadoso seguimiento epidemiológico del experimento global de la vacunación contra la COVID-19. De ahí la necesidad de la farmacovigilancia y, yo diría más, de una farmacovigilancia reforzada.

Octava consideración. A pesar de los resultados aparentemente optimistas de los ensayos clínicos sobre las vacunas contra la COVID, ya en enero de 2021, hace trece meses, teníamos cinco áreas bien identificadas de incertidumbre. Primera, cuál sería la duración de la eficacia preventiva de la vacuna. Hemos podido comprobar que seis meses después de la segunda dosis la eficacia disminuye de un 20 a un 30%. Pero, es curioso, en lugar de tomar nota de este hecho como una insuficiencia de las vacunas, los fabricantes acogieron esta noticia con subidas de su cotización en bolsa. Claro, si un producto es ineficaz o parcialmente eficaz, habrá que ir repitiendo dosis; si es posible, durante toda la vida. Este es el sueño de cualquier vendedor de medicamentos para el colesterol o la osteoporosis o de cualquier vendedor de crecepelos. La realidad es que necesitamos mejores vacunas en términos de eficacia protectora, como ha dicho el secretario general de la OMS.

La segunda duda se refería al efecto preventivo de las vacunas sobre las nuevas variantes del virus. La eficacia de las vacunas frente a la cepa delta fue inferior a su eficacia frente a la cepa alfa y la experiencia reciente ha mostrado que las vacunas no han funcionado frente a la cepa ómicron —y añadido— a pesar de los llamamientos a la población a vacunarse cuando llegó la cepa ómicron. Por ejemplo, los datos oficiales reproducidos por el profesor Luis Carlos Silva relativos a Cataluña muestran que entre el 23 de diciembre y el 12 de enero pasados, en plena onda ómicron, se registraron 37 000 diagnósticos de COVID por PCR en personas vacunadas y algo menos de 30 000 en personas no vacunadas. Esto no quiere decir que los vacunados tuvieran más enfermedad por ómicron. Lo que quiere decir —o lo que sin duda se puede interpretar— es que la vacuna no protegía contra la enfermedad producida por la cepa ómicron.

La tercera duda o incertidumbre que existía con las vacunas se refería a si evitarían la transmisión o el contagio, y está claro que las vacunas no evitan la transmisión de la enfermedad. Aunque algunos comparecientes lo han dicho con la boca pequeña, no la evitan, de modo que el pasaporte o certificado COVID carecía de base científica y, además, puede haber contribuido a aumentar el número de casos, puesto que daba una falsa sensación de seguridad a quienes lo obtenían.

La cuarta duda se refiere a los efectos adversos. Ustedes recordarán que cuando salió la vacuna de AstraZeneca se habló rápidamente de una señal de farmacovigilancia de un riesgo de trombosis graves, sobre todo en mujeres jóvenes. La señal apareció a finales de enero. El Comité de Seguridad de la Agencia Europea de Medicamentos, tan halagado en esta Comisión, no se reunió hasta principios de marzo y convocó una rueda de prensa el 31 de marzo para decir que no disponían ni siquiera de cifras de vacunación en los Estados miembros por franjas de edad y sexo; por tanto, no podían calcular la incidencia, si las mujeres tenían más riesgo, si era mayor en las jóvenes que en las mayores, etcétera. Además, la EMA, sabiendo que esto es incorrecto, insistió en la baja incidencia sin distinguir la incidencia real de los acontecimientos de la incidencia realmente notificada. Les pongo un ejemplo. En relación con las trombosis, entre el 1 de enero y el 19 de abril de 2021, en Cataluña se notificaron 53 casos de trombosis. Es mucho, existía mucha publicidad sobre el problema y esto favorece que se notifiquen estos casos. Pero las bases de datos sanitarios de los centros de salud de Cataluña contemplaron 540 casos, más de diez veces más, que naturalmente en su mayoría no habían sido notificados. También está el problema de la miocarditis y la pericarditis. Primero, la EMA nos dijo primero que la incidencia podía ser aproximadamente de un caso por cada millón o de entre uno y diez casos. Después, se rebajó la estimación a un caso por cada 100 000. Después salió un estudio israelí que hablaba de un caso por cada 10 000 en los adultos jóvenes. Ustedes habrán visto o habrán oído hablar de jugadores de fútbol famosos e incluso de espectadores de espectáculos deportivos que colapsan en mitad del partido. Son personas vacunadas que tienen problemas cardiacos posiblemente atribuibles a la vacunación, y de eso no se habla.

La última incertidumbre que teníamos cuando aparecieron las vacunas ha sido ampliamente debatida en esta Comisión y se refiere al acceso a las vacunas a escala global. Quisiera hacer algunas reflexiones más sobre la farmacovigilancia de las vacunas. Además de lo que les he contado, el seguimiento de la seguridad de las vacunas ha puesto de manifiesto las deficiencias de la farmacovigilancia en la Unión Europea. Como he dicho, la agencia europea ha reaccionado tarde y de manera paquidérmica e

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 6

insuficiente ante las señales de efectos indeseados que han ido surgiendo y sus vacilaciones no han ayudado a las autoridades de los Estados miembros a orientar la campaña de vacunación según los resultados obtenidos. De hecho, cada país adoptaba una medida diferente en cuanto a su política de vacunación. Han prevalecido los procedimientos y la burocracia por encima de la ciencia, el sentido común y la atención a las incertidumbres inherentes al experimento global emprendido.

Décima consideración. No se trata solamente de un incidente o de la ineptitud de algún funcionario. La Agencia Europea de Medicamentos está financiada en más de un 80 % con las tasas aportadas por las compañías farmacéuticas. Está concebida legalmente para autorizar la comercialización de medicamentos y vacunas, pero no para interactuar con los sistemas sanitarios de los Estados miembros.

Undécima consideración. La pandemia ha hecho evidente que la legislación europea sobre farmacovigilancia, basada en la notificación voluntaria y en planes de gestión de riesgos desarrollados por las propias compañías fabricantes, está más concebida para proteger a estas últimas que para proteger a los ciudadanos.

Y última y duodécima consideración sobre cuestiones de farmacovigilancia. En este contexto, quisiera comentar también el escaso uso que se ha hecho de las bases de datos sanitarias en España para hacer un seguimiento de la vacunación, de sus efectos beneficiosos y de sus posibles efectos indeseados en el contexto de la epidemia. Probablemente no se trata solo de una oportunidad desaprovechada y perdida, sino más bien del reflejo de la falta de voluntad del Sistema Nacional de Salud para ser un verdadero productor de conocimiento y no lo que, en mi opinión, es actualmente: un mero receptor pasivo de mensajes de clara intencionalidad comercial, un comprador ignorante de tecnología que a menudo paga humo a precio de oro. La pandemia también ha puesto en evidencia la existencia de un enorme mercado de explotación de bases de datos sanitarias para estudios epidemiológicos canalizado por la agencia europea de manera no democrática —me atrevo a decir incluso colonialista— en connivencia con centros universitarios adictos a la política de la agencia.

Se me acaba el tiempo, presidente. Tenía algunos comentarios sobre la campaña de vacunación, si se me permite presentarlos.

El señor **PRESIDENTE**: Sí. Cinco minutos. Después, en la segunda intervención que tiene, puede acabar.

El señor **LAPORTE ROSELLÓ** (profesor honorario de la Universitat Autònoma de Barcelona): Muchísimas gracias.

Quería, en segundo lugar, referirme a algunas cuestiones de la campaña de vacunación y, en particular, a lo ocurrido en las residencias de personas mayores. La epidemia incidió especialmente en las residencias, sobre todo al principio, y la mortalidad fue cincuenta y siete veces más alta que en la población general. Hubo una mortalidad de 9 o 10 % en las residencias, frente a una mortalidad general en la población de menos del 0,11 %. Presumimos de sistema sanitario, señorías, pero dejamos a los más vulnerables en manos de la iniciativa privada, que es la que lleva las residencias. ¿Cuáles son los factores de riesgo de morir en una residencia? Sin duda, la edad y la pluripatología, pero también la mala atención derivada de malos contratos laborales, de una falta de regulación del mundo de las residencias y de la polimedicación innecesaria, un reflejo de la mala atención médica. Una amplia variedad de fármacos que ya eran de consumo generalizado antes de la epidemia incrementan el riesgo de neumonía y la mortalidad por neumonía, de modo que al comienzo de la epidemia era de esperar que también incrementaran la mortalidad por COVID-19. Por ejemplo, hace años que se sabe que los fármacos neurolépticos o antipsicóticos duplican o incluso cuadruplican el riesgo de neumonía y la mortalidad por neumonía. En Cataluña, unas cien mil personas mayores de 70 años los consumen de manera continuada, en la mayoría de los casos por indicaciones no autorizadas por la Agencia Española del Medicamento. Al inicio de la pandemia, de las 64 000 personas en residencias en Cataluña 22 000 consumían estos fármacos. Muchos otros fármacos que tienen efecto depresor del sistema nervioso central también incrementan el riesgo de neumonía de dos a cuatro veces. Analgésicos opioides como el tramadol o el fentanilo, hipnóticos y sedantes como el lorazepam o el conocido Orfidal, antidepresivos como el Prozac y otros parecidos, fármacos con efecto anticolinérgico para la incontinencia urinaria de la gente mayor, gabapentina y la famosa Lyrica o pregabalina, los inhibidores de la bomba de protones, como el omeprazol, de consumo amplísimo en nuestro país, también incrementan sensiblemente el riesgo de neumonía. Pues bien, en Cataluña tres cuartas partes de los mayores de 70 años consumen uno de estos fármacos, como mínimo. El 18 de abril de 2020, a los pocos meses del inicio de la epidemia, envié un informe sobre esta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 7

cuestión a la Agencia del Medicamento. La respuesta fue, más o menos: gracias, ¿pero qué podemos hacer? La misma agencia, que tiene la función legal de delimitar las indicaciones de cada medicamento comercializado, no es capaz de hacer cumplir sus reglas. Repito lo dicho anteriormente cuando hablaba de farmacovigilancia: procedimientos, muchos procedimientos, pero sin atención a resultados y en desconexión con el sistema sanitario.

En los últimos meses se han publicado numerosos estudios que confirman las previsiones que hice al inicio de la epidemia. En particular, se ha publicado un estudio sobre la totalidad de la población de Escocia, en el que se compararon algo más de 4000 mil casos de COVID mortales o ingresados en UCI, o sea, grave o mortal, con 37000 casos no graves, cuya conclusión es que un 38% —cuatro de cada diez pacientes, señorías— de los casos graves que ingresan en UCI o que mueren hasta junio de 2020 sería atribuible a la exposición a estos fármacos. Ustedes dirán: bueno, si los pacientes los necesitaban... Pero no. Lo más preocupante, señorías, es que numerosos estudios en nuestro país y en otros han mostrado de manera repetida y contumaz que, como mínimo, un 40% de las personas expuestas a estos medicamentos los reciben sin justificación clínica alguna y fuera de las indicaciones autorizadas por la agencia. El consumo injustificado de algunos de estos medicamentos puede ser del orden del 80%. Señorías, enfermar o morir por haber tomado un fármaco innecesario es una cruel ironía.

Termino. El sistema sanitario tiene una responsabilidad evidente en esta cuestión. Este Parlamento aprobó hace unos años la desgravación de los ingresos en especie recibidos para formación por los profesionales sanitarios. Son ingresos que proceden de la industria farmacéutica, que es el principal suministrador directo e indirecto de la formación continuada en España. Me pregunto, señorías, ¿qué empresa convencional aceptaría como normal que sus trabajadores reciban regalos y dinero del principal proveedor de materias primas? Varios estudios y análisis comparativos han mostrado que España es el miembro de la Unión Europea más permisivo en materia de conflictos de intereses y relaciones opacas de profesionales sanitarios con las compañías farmacéuticas; lo mismo ocurre con las sociedades médicas y sus expertos. No seré simpático por lo que les voy a decir, pero en este sentido me ha extrañado mucho que ninguno de los comparecientes representantes de corporaciones profesionales hiciera la más mínima alusión a los conflictos de intereses de la mayoría de las sociedades médicas españolas, de los miembros de sus juntas directivas y de sus grupos de trabajo. Y me ha llamado también la atención que ustedes no preguntaran por los conflictos de intereses.

Lo dejo de momento aquí. Muchísimas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Laporte Roselló.

Pasamos ahora al turno de exposición de los distintos portavoces presentes, empezando por la señora Sabanés, del Grupo Más País, para que inicie sus preguntas.

La señora **SABANÉS NADAL**: Gracias, presidente.

Quiero agradecer su presencia en esta Comisión y su exposición. Me gustaría plantearle una serie de temas. El primero es que, pese a la importancia de las comisiones de investigación en una institución como el Congreso de los Diputados, cada una de ellas tiene objetivos concretos y no evalúan, en este caso desde luego, el sistema farmacéutico o sanitario, por más que yo pueda coincidir con muchas de las opiniones que usted ha planteado. Tiene un objetivo algo más reducido. En todo caso, me ha interesado mucho, aunque hay cosas que no he comprendido. Me gustaría que nos explique si los planteamientos que usted ha hecho, sobre todo al final —también al principio—, respecto a las vacunas valen también para el resto de medicamentos. Sobre la farmacovigilancia, creo que su crítica es global, al sistema sanitario y a la industria farmacéutica, por los planteamientos que ha hecho al final. Entiendo que parte de esas recomendaciones o de críticas valen no solo para el proceso de vacunaciones, sino para el conjunto del sistema sanitario, para los conflictos de intereses, para el sistema farmacéutico, para la dependencia farmacéutica, etcétera. También respecto a esto, ¿qué papel cree usted que, por tanto y consecuentemente, debería jugar lo público? Tanto en el proceso de vacunación como en lo que también ha planteado sobre los medicamentos, ¿qué papel debería jugar lo público? ¿Qué fortalezas tiene nuestro sistema sanitario, vinculado a la farmacovigilancia sobre todo, para poder abordar todos estos temas? ¿Cómo valora los recursos públicos —es algo que usted ha planteado, y ahora sí me centro en el tema del proceso de vacunación— que se han empleado y su relación con las farmacéuticas? Porque ha habido gran cantidad de recursos públicos destinados a las empresas farmacéuticas para la investigación o la puesta en funcionamiento del proceso de vacunación. Por último, según usted lo ha explicado, ¿cuál sería en ese caso en el futuro, sobre todo, el método de tratamiento de datos y de alternativas que supusieran una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 8

mejor orientación tanto del proceso de vacunación —las vacunas, la producción o la distribución—, como también de otros medicamentos o de otros productos farmacéuticos que pudieran estar influyendo o interfiriendo en el tema de los efectos del proceso de vacunación?

Nada más. De nuevo le agradezco su información.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sabanés.

Le damos ahora la palabra a Rosa Medel, portavoz del Grupo Unidas Podemos.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Gracias.

Señor Laporte, usted ha explicado aquí que esta vacunación masiva — yo creo que no podía ser de otra manera— ha sido como un experimento global, en el sentido de que en los ensayos clínicos que se han hecho la muestra no corresponde a lo que luego sería la población diana, por lo menos al principio, y que eso es importante, quizá porque era inevitable que fuera así. Pero que fuera inevitable que la población diana no se correspondiera con la población del ensayo clínico precisamente fuerza a que la farmacovigilancia sea muy especial, mucho mejor de lo que sería en otra situación. Por tanto, quisiera preguntarle si usted cree que, tal y como funciona en España, la farmacovigilancia en este momento es efectiva de alguna manera, si es capaz de detectar situaciones adversas o, tal y como está estructurada, está sometida a sesgos de cualquier tipo. Esta sería la primera pregunta.

Siguiente cuestión que me parece fundamental. Según el ensayo clínico, no había evidencia de que las vacunas salvaran vidas —creo que lo he entendido así—. Ese es el resultado del ensayo. Pero, luego, en la práctica las vacunas sí que han salvado vidas. Imagino —corríjame si me equivoco— que esto es así precisamente porque el grupo de control, el grupo del ensayo clínico, no correspondía con el grupo diana. Quiero decir que, si en el ensayo clínico no era significativo que la vacuna salvara vidas, sí que parece que ha salvado vidas de ancianos. Esa es la cuestión. Realmente en la práctica sí que parece evidente que ha sido efectiva. ¿Se han salvado vidas, pese a que el ensayo no dijera eso? Esa es la pregunta.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Medel.

Tiene la palabra, por el Grupo Socialista, la señora Ana Prieto.

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

Yo quisiera partir de lo que es la definición de un medicamento. Un medicamento es cualquier sustancia o combinación de sustancias que pueden prevenir, diagnosticar, curar, controlar enfermedades, suplir componentes o aliviar los síntomas y, por ejemplo, las vacunas.

El Grupo Parlamentario Socialista quiere resaltar la importancia que ha tenido la estrategia española de vacunación contra la COVID en todo el proceso de vacunación, incluso garantizando el derecho de la población a la vacuna en este momento y en los próximos años. Además, es un derecho que está siendo garantizado con equidad. Aquí quiero destacar la importancia que está teniendo el liderazgo del Gobierno de España, del Ministerio de Sanidad y de la Agencia Española del Medicamento, en estrecha colaboración con las comunidades autónomas, en el desarrollo del proceso de vacunación. La estrategia de vacunación parte de la Ponencia de Vacunas. De ella forman parte expertos —no voy a nombrarlos a todos aquí— que tomaron la decisión para establecer la estrategia, que luego se aprobó en la Comisión de Salud Pública y se refrendó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La apuesta por la vacunación es una decisión que se ha demostrado acertada en la lucha contra la pandemia en nuestro país y que va restableciendo poco a poco —lo estamos viendo— el normal funcionamiento de nuestra sociedad y de la actividad económica. La vacunación salva vidas, porque ayuda a prevenir la enfermedad, reduce la gravedad y la letalidad y, además, disminuye el impacto de la pandemia sobre el sistema asistencial y sobre la economía, protegiendo, especialmente, a aquellos grupos con mayor vulnerabilidad. Y lo reflejan los datos: la tasa semanal de hospitalizados, de fallecidos y de ocupación UCI es mayor entre las personas no vacunadas que entre las personas vacunadas en todos los grupos etarios. Por eso, es importante continuar inmunizando a la población e incorporar, como se está haciendo, a todos estos grupos de vacunación. Quiero repetir que el principal objetivo de la estrategia de vacunación es proteger a las personas más vulnerables frente al virus. Además, resulta de un modelo de cogobernanza entre el Ministerio de Sanidad, el Gobierno de España y las comunidades autónomas. Y todo esto gracias a la estrategia española de vacunación.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 9

Es verdad que sabemos que las vacunas salvan vidas y que las vacunas son seguras y eficaces y la garantía de no volver atrás.

Quisiera plantearle alguna cuestión. Por ejemplo, ¿cómo pueden mejorarse los procedimientos de autorización de la EMA? Los datos de nuestro país demuestran con claridad la diferencia en la gravedad de la enfermedad entre vacunados y no vacunados. No sé si cree usted realmente que las vacunas no están siendo eficaces para reducir el impacto de esta enfermedad en la población española.

Repito que nos hemos enfrentado a una pandemia, como usted sabe, como nunca en cien años. El Gobierno de España ha empezado a trabajar desde el minuto cero en la lucha contra este virus a través de la estrategia de vacunación. Un importante grupo de expertos —es verdad que entre los expertos siempre puede haber discrepancias— en la Ponencia de Vacunas, la Comisión de Salud Pública o el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud adoptan una estrategia de vacunación y se van aumentando las vacunas disponibles para la población española. Hemos visto claramente la diferencia de datos entre la población vacunada y la no vacunada: datos de ingresos hospitalarios, de fallecimientos, de ocupación en UCI o de impacto de la enfermedad. Los datos están ahí y son diferentes entre personas vacunadas y no vacunadas. Es que el fin de la vacunación no es otro —no es otro— que defender a las personas frente al virus, y en esto es en lo que están el Ministerio de Sanidad, el Gobierno de España y las comunidades autónomas, en la lucha para proteger a la población española frente al virus.

Habla usted de otro tipo de medicamentos y habla usted también de las residencias de mayores, pero el objeto de esta Comisión, precisamente, es la investigación del proceso de vacunación. Tengo aquí los datos. El número de personas con pauta completa, según el último informe de vacunación, es del 90,8% en la población mayor de doce años. Se han administrado el 95% de las dosis entregadas. La cobertura de la población vacunada mayor de doce años por comunidades autónomas y la menor, de entre cinco y once años, cada vez es mayor. La dosis de refuerzo es cada vez mayor. Y si miramos los datos de ingresos hospitalarios, de ingresos en UCI y de fallecimientos se ve claramente la diferencia entre la gravedad de la enfermedad entre vacunados y no vacunados.

No sé si se me queda algo en el tintero, pero creo que lo más importante está dicho. Desde luego, es un trabajo conjunto de todo el país, del Gobierno, de las comunidades autónomas, de todos los responsables sanitarios del Gobierno de las comunidades autónomas, del Ministerio de Sanidad. Y está claro que las vacunas salvan vidas

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Prieto.

Tiene la palabra para su segunda intervención, de cierre en este caso, el señor Laporte Roselló.

El señor **LAPORTE ROSELLÓ** (profesor honorario de la Universitat Autònoma de Barcelona). Muchas gracias, señor presidente.

En primer lugar, una consideración general. No soy un antivacunas ni un antivacunas COVID, simplemente pretendo poner de manifiesto que estamos ante un experimento que atañe, potencialmente, a la totalidad de la ciudadanía, no solo en España, sino en todo el mundo, y que este experimento se realiza con unos productos que son tecnologías nuevas, que implican la administración de ácidos nucleicos y que no son, según la definición del diccionario de la Real Academia, propiamente vacunas, sino que son fármacos. La definición lo deja muy claro.

Empezaré por la señora Ana Prieto, que ha repetido cuatro veces —o cinco, no sé— que las vacunas salvan. Yo he dicho que los ensayos clínicos, que son considerados la principal fuente de pruebas sobre la eficacia de los tratamientos o las vacunas médicas, no muestran que las vacunas reduzcan la mortalidad. Y se lo repito: en el ensayo de Moderna hubo catorce muertos en el grupo placebo y catorce en el grupo vacuna y en el ensayo de Pfizer hubo un muerto más en el grupo vacuna, dieciséis, y quince en el grupo placebo. Esto no demuestra que las vacunas reduzcan la mortalidad. Otra cosa es que, con el avance de la epidemia en España, se haya visto que las personas vacunadas tienen menos enfermedad grave, y eso a mí me parece claro. Y no pongo en duda la necesidad, como dice la Organización Mundial de la Salud, de poner por lo menos una dosis a todos los seres humanos que hay en el planeta; si puede ser, dos. Ahora bien, la historia de las terceras y cuartas dosis en general, sin especificar qué grupos de enfermos vulnerables las necesitan, me parece realmente tecnoidaltría ignorante de lo que está ocurriendo. Lo que está ocurriendo es que la eficacia de las vacunas es buena para prevenir la enfermedad grave en términos relativos; que dada la magnitud de la epidemia en las fases de la onda delta sirvió para evitar muertes; que, desgraciadamente, señora Prieto, no tenemos ningún dato que nos indique que las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 10

vacunas hayan evitado la mortalidad por ómicron —no lo tenemos, y debemos reconocerlo—, y que frente a las incertidumbres que teníamos hace un año, cuando no sabíamos cómo actuarían ante las nuevas variantes, ahora sabemos que no muy bien, y que pueden no ir muy bien.

De modo que se dice que las vacunas salvan vidas y que esto es lo más importante. Yo critico —si me permiten criticar, con todo el respeto— que en esta Comisión se tome como variable principal, sobre todo en las intervenciones que he oído por parte de su grupo, el porcentaje de población vacunada. Esto en sí no es ni bueno ni malo si nos atenemos a los sectores de población vacunados. Es muy importante vacunar con más de una dosis y quizá más de dos a las personas con enfermedades que causan inmunodepresión, pero no está tan claro que sea necesario vacunar a los niños y a los adolescentes, porque, probablemente, en estos grupos acabemos sabiendo —probablemente, digo, pero no está descartado— que las vacunas causan más muertes que la enfermedad. Y eso deberíamos conocerlo con detalle. Porque los datos del Ministerio de Sanidad relativos a 2020, señora Prieto, indican que en España fallecieron de COVID cincuenta y dos menores de veinte años. De los primeros diez se conocían enfermedades intercurrentes —después, por problemas de confidencialidad y demás, no se dieron más datos específicos—. De los primeros diez, todos menos uno tenían enfermedades gravísimas: habían sido trasplantados; tenían trasplante de médula ósea; tenían leucemias; estaban siendo tratados con quimioterápicos antineoplásicos. ¿Estos niños murieron de COVID o murieron con COVID? Esta es una cuestión que todavía no sabemos.

En los foros internacionales —si me permiten que se lo recuerde— no se ha definido todavía qué es un muerto por COVID. Ahora se dice que hay muchos más muertos por COVID ómicron porque la gente ingresa en el hospital infectada por ómicron. Pero ingresan con un infarto de miocardio o con una insuficiencia cardíaca descompensada o con otro tipo de enfermedad infecciosa, pero no ingresan por el cuadro clínico causado por la COVID. Por tanto, creo que es necesario huir de las recetas oficiales: las vacunas salvan vidas; la tasa de vacunación tiene que ser elevada; tenemos que vacunar a los niños. Yo creo que, sobre todo, tenemos que mirar, y tenemos que ir mirando críticamente, porque lo primero es no hacer daño.

Voy a ir respondiendo a otras preguntas, para ser breve. La señora Sabanés ha hecho varias preguntas. Quiero decirle que estoy básicamente de acuerdo con lo que dijo aquí don Fernando Lamata sobre las cuestiones de propiedad intelectual y, por tanto, para no repetirlas, no voy a entrar en esta cuestión. Sobre el futuro papel de la pública, se habla —no solo se habla, sino que hay iniciativas— de que, tras la pandemia por COVID, hay propuestas de Gobiernos y próximas a Gobiernos o a partidos gobernantes para hacer informes técnicos de todo tipo para que el sector público, concretamente los Estados, los Gobiernos, se implique en la promoción de investigación sobre los medicamentos a los que no atiende la industria farmacéutica. Porque la industria no quiere eximir de las patentes, porque dicen que esto cortaría los beneficios, lo cual es una falsedad que ahora no tengo tiempo de explicar, pero, si quieren, se la cuento con mayor detalle. Los avances que hace la industria, de hecho, son de medicamentos que básicamente no necesitamos. De todos los medicamentos aprobados en los últimos veinte años en Estados Unidos y en la Unión Europea se calcula que menos de un 2% eran verdaderas innovaciones terapéuticas, que hasta un 10% suponían alguna mejora modesta, pero que el otro 90% no supone nada, son basura, solo añade confusión y precios más altos, porque al ser nuevos medicamentos son protegidos por patentes y hay una empresa que tiene el monopolio de su venta y distribución.

Sobre la cuestión de las diferencias entre ensayos clínicos y práctica habitual me preguntaba la diputada Rosa Medel. Me preguntaba si las vacunas salvan vidas o no salvan vidas. Los ensayos clínicos dicen que no. Los datos epidemiológicos indican que nos salvan de muchas hospitalizaciones, que esto es dinero y gestión para el sistema de salud; que nos salvan de mucho sufrimiento humano, y esto hay que reconocerlo, pero —perdonen— que no nos salvan de la transmisión, que no evitan la transmisión. Estar vacunado o no estar vacunado no debería contar para tener un supuesto certificado COVID. Y quiero dejar esto bien claro, porque otros comparecientes lo han dicho, pero con la boca pequeña, más bien lo han reconocido a preguntas de sus señorías.

De momento me parece que nada más. Si tienen alguna pregunta, estoy a su disposición para darles detalles sobre lo que les he dicho aquí y también para darles una versión escrita de mi intervención.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 11

El señor **PRESIDENTE**: Si nos deja la versión escrita, nosotros se la hacemos llegar a todos los grupos. Nos la puede remitir por correo electrónico. Si ya la tiene ahí en papel, se la hacemos llegar ahora mismo.

Con esto queda cerrada esta comparecencia. (**Pausa**). Por cierto, muchas gracias, señor Laporte, que casi me olvidaba de decir lo más elemental en cuanto a urbanismo y educación.

— **DE LA SEÑORA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD DE LA JUNTA DE EXTREMADURA (GUIJARRO GONZALO), MEDIANTE VIDEOCONFERENCIA. (Número de expediente 212/002047).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la segunda comparecencia. No sé si la señora Pilar Guijarro —a quien agradecemos su presencia en esta Comisión, a pesar de que sea a distancia, telemática— nos está escuchando. Señora Guijarro, ¿nos escucha usted bien?

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD DE LA JUNTA DE EXTREMADURA** (Guijarro Gonzalo): Perfectamente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

La señora Guijarro, como saben sus señorías, es la directora general de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud de la Junta de Extremadura. En primer lugar, le agradecemos de nuevo su presencia en esta Comisión, en esta que es su casa, el Congreso de los Diputados, como no podía ser de otra manera. Por lo tanto, le cedemos ya la palabra para que pueda comenzar su intervención.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD DE LA JUNTA DE EXTREMADURA** (Guijarro Gonzalo): Gracias, señor presidente.

Señorías, abordo la comparecencia prevista para hoy sobre el proceso de vacunación y la aplicación por parte de las administraciones públicas competentes de la Estrategia de vacunación frente a la COVID-19 en España y sus posteriores actualizaciones. Agradezco su celebración y la participación del Gobierno extremeño a través de la Dirección General de Salud Pública porque creo que es importante difundir nuestras experiencias, dando a conocer todo el proceso de vacunación y todas las cuestiones o las dudas que hubiera podido haber sobre la Estrategia de vacunación frente a la COVID.

Antes de entrar en detalles, permítanme tener unas palabras de recuerdo para todas las personas que han fallecido a causa de la COVID-19 y hacer una mención especial a nuestra querida compañera Isabel Bueno Fatela, que estuvo en la primera línea de la planificación y puesta en marcha de la vacunación en Extremadura y se dejó la vida en ello. También quiero trasladar un mensaje de ánimo a todas las personas afectadas por la enfermedad en estos momentos y a quienes se están recuperando de sus efectos. Aprovecho la ocasión para agradecer a todos y a todas las profesionales de la salud y de los centros sociosanitarios, a los voluntarios —personas a veces invisibles, sea cual sea su responsabilidad—, a los ayuntamientos y a los centros educativos que tanto han colaborado para hacerlo posible.

La pandemia de COVID está causando enormes costes humanos en España y en el mundo, y disponer de vacunas eficaces y seguras ha contribuido a reducir el número de casos de hospitalizaciones y de casos graves por COVID. Por este motivo, el 17 de junio de 2020 la Comisión Europea presentó una estrategia para acelerar el desarrollo de fabricación y el despliegue de vacunas. España se sumó a esta estrategia europea que buscaba garantizar a los ciudadanos de la Unión un acceso equitativo en igualdad de condiciones, asegurando que el proceso de compra y distribución se llevara a cabo de manera transparente, equitativa y con unos estándares de seguridad y eficacia de la vacuna iguales para todos los Estados miembros. La Ley General de Salud Pública, de 4 de octubre de 2011, en el capítulo III, artículo 19, en referencia a la prevención de los problemas de salud, dice que las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, impulsarán otras acciones de prevención primaria, como la vacunación, y que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará un calendario común de vacunaciones a lo largo de toda la vida en España.

La elaboración de la Estrategia de vacunación COVID-19 en España es, por tanto, una estrategia de gobernanza coordinada, por ser un mandato del pleno del consejo interterritorial, órgano colegiado de Sanidad en el que participan los consejeros y consejeras de Sanidad de las comunidades autónomas y el ministro o ministra de Sanidad. Por ello, como ya se ha dicho en esta Comisión, el 9 de septiembre de 2020, el pleno del Consejo Interterritorial de Salud aprobó una declaración de actuaciones coordinadas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 12

en materia de salud pública en la que se acordaron seis medidas para llevar a cabo la estrategia. Pasaré a enumerar y dar cuenta del trabajo realizado en aras de cumplir el acuerdo de coordinación entre el ministerio y nuestra comunidad autónoma.

En este sentido, se establece primero la coordinación de las estrategias de vacunación. La elaboración de la Estrategia de vacunación ha sido clave en la coordinación científico-técnica, porque esta estrategia está elaborada por un grupo de trabajo técnico de vacunación, coordinado por el Ministerio de Sanidad, del que forman parte miembros de la ponencia técnica de vacunas, especialistas de sociedades científicas, de bioética, de sociología, de metodología, expertos del Instituto de Salud Carlos III, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, de las áreas de salud laboral del ministerio, en la que participa un técnico por parte de cada comunidad autónoma que revisan y actualizan la estrategia a medida que se avanza en el conocimiento sobre las características y disponibilidad de las vacunas, así como su implementación. Como ven sus señorías, esta estrategia tiene aval y peso científico. El 2 de diciembre de 2020 se emite la Estrategia nacional de vacunación frente al COVID en España, cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad por esta enfermedad en el contexto de disponibilidad de suministro adecuado de dosis de vacunas y la continua evolución del conocimiento sobre aspectos fundamentales de esta enfermedad. Desde la primera estrategia, el día 2 de diciembre de 2020, se anunció que sería un documento vivo que se iría actualizando según las evidencias científicas disponibles en cada momento, y se empieza a marcar la priorización poblacional de la primera etapa de vacunación que las actuaciones posteriores de la misma fue concretando más exhaustivamente. A fecha de 27 de diciembre de 2021, el consejo interterritorial ha emitido diez actualizaciones y una última declaración el 25 de enero de 2022. En estas estrategias se desgranar las principales cuestiones que tienen que ver con los programas de vacunación que se desplieguen a nivel nacional y, por supuesto, en cada una de las comunidades autónomas. Se tienen en cuenta los tipos de vacunas que van a estar disponibles, la logística y distribución de dichas vacunas, las evaluaciones de seguridad, los sistemas de información y de registro y la priorización de los grupos a vacunar, con vistas a llevar adelante el programa de vacunación de una manera ordenada. Antes de elevarla al consejo interterritorial es estudiada y evaluada por la Comisión de Salud Pública, donde se consensua y aprueba. En Extremadura, como en el resto de las comunidades autónomas, hemos elaborado protocolos propios siempre alineados con esta estrategia. Dichos protocolos se difunden a todos los profesionales sanitarios a través del portal del Servicio Extremeño de Salud y se refieren los cambios fundamentales que se han ido acordando en el consejo interterritorial. Como todas sus señorías ya conocen, el programa de vacunación frente a la COVID en España comienza el 27 de diciembre de 2020, y en Extremadura también ese día se da el pistoletazo de salida con la vacunación en dos centros sociosanitarios de media.

El siguiente nivel de coordinación ha sido el establecido entre el ministerio y Extremadura con respecto a los planes estratégicos. Hasta llegar a este día 27 de diciembre hubo que planificar una campaña de vacunación sin precedentes, con varios puntos críticos diferenciados de los programas de vacunación habituales, que tienen que ver con la logística, recepción, almacenamiento y distribución de estas vacunas específicas; con las condiciones de frío extraordinarias en el transporte y el almacenamiento de algunas vacunas; con su presentación en viales multidosis que requieren planificar la citación para evitar pérdidas de dosis; con la posible coincidencia de uso de diferentes vacunas con diferentes formatos e instrucciones específicas en el manejo; con las diferentes pautas vacunales y que para completar la vacunación pueden requerir una o dos dosis; con la necesidad de mantener la distancia física y las medidas preventivas durante el proceso de vacunación; con la administración de estas vacunas fuera del lugar habitual de vacunación y con un registro específico de administración para cada vacuna COVID. Para todo ello, se crea el grupo de coordinación de los planes operativos. En Extremadura, estos planes se han coordinado con el ministerio a través del coordinador autonómico de vacunas que, en nuestro caso, es el gerente del Servicio Extremeño de Salud, por ser este el órgano de gestión en el que están incluidas la salud pública, la asistencia sanitaria, los sistemas de información, los recursos humanos y la planificación económica, en reuniones periódicas, semanales casi siempre, que se tienen con los responsables del Ministerio de Sanidad en el que se han ido preparando, planificando y haciendo seguimiento de los aspectos fundamentales relacionados con la logística de recepción, de almacenamiento, de distribución, de administración, de sistemas de registro y de información. En Extremadura, a la vez, tenemos establecidas reuniones diarias de seguimiento de los planes operativos, tanto con cada una de las direcciones generales del Servicio Extremeño de Salud como con cada uno de los responsables de las áreas de salud.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 13

Los puntos claves en los planes operativos han sido en la recepción y el almacenamiento de vacunas. En un primer momento, que el objetivo era iniciar la vacunación en los grupos más vulnerables y con mayor riesgo de exposición y transmisión, se establecieron dos puntos de recepción de vacunas en los hospitales universitarios de Cáceres y Badajoz para recepcionar las vacunas de los laboratorios Pfizer, vacunas que tienen que custodiarse a menos 80 grados. Posteriormente, se incrementó con un tercer punto en el hospital de Mérida para recepcionar las vacunas de los laboratorios AstraZeneca, Moderna y Janssen. En este punto se custodian las vacunas a menos 20 grados o entre 2 y 8 grados. A estos puntos de recepción y almacenamiento se les ha dotado de ultracongeladores, de cámaras frigoríficas y están equipados con sistemas de alarma y registros de temperatura para garantizar el almacenamiento y la conservación de las vacunas durante el periodo establecido por el fabricante. Están custodiados por el servicio propio de vigilancia de cada centro y se han reforzado los sistemas de vigilancia indirecta. Dada la gran extensión y dispersión geográfica de Extremadura, se han establecido además ocho puntos intermedios, un punto por cada área sanitaria, cada uno con su protocolo para el acceso, recepción, custodia y hasta su administración. Las cámaras frigoríficas también están equipadas con sistemas de alarma y registro de temperatura entre 2 y 8 grados. Y las vacunas se separan por fabricante no mezclándose entre ellas. En la distribución de vacunas, el ministerio adquiere y distribuye las vacunas a cada comunidad autónoma, en nuestro caso a los tres puntos centrales de distribución; y la comunidad autónoma gestiona el traslado dentro de la propia comunidad, tanto a los puntos intermedios de distribución como a los puntos finales de vacunación. Este traslado en la propia comunidad autónoma se ha realizado a través de las redes de distribución de medicamentos de los colegios de Farmacia, utilizando sus rutas y sus operadores en transporte de medicamentos, ajustándose a la distribución y a la frecuencia que establece el ministerio, generalmente semanal, entre el punto de recepción de almacenaje y los ocho puntos intermedios de distribución.

Para la citación de la vacunación ¿cómo hemos seleccionado a las personas que se tenían que vacunar? Para la selección de los grupos de población pertenecientes al Servicio Extremeño de Salud se han extraído los listados de los sistemas de información del servicio extremeño de forma centralizada y, posteriormente, de manera común a las ocho áreas. Por cada usuario se ha hecho el llamamiento activo, la citación en agenda, la administración de vacunas, el registro en el sistema informático JARA y el reagendamiento para la segunda dosis de las vacunas. La mayor dificultad ha sido seleccionar a las personas con otros aseguramientos, mutualidades, trabajadores desplazados. Para ello, se ha establecido un procedimiento de citación en cada área de salud. Se ha solicitado a las mutualidades que envíen los listados de cada grupo correspondiente para su precarga en nuestra base de datos Civitas. A partir de ahí, el modelo de captación y citación de estas poblaciones ha sido el mismo que para los asegurados del sistema nacional. El modelo de captación y de citación ha contemplado diferentes modelos concomitantes, que incluye, por un lado, la citación individual y, por otro lado, también se ha realizado llamamiento abierto, controlado, sin cita prefijada, mediante diferentes políticas de comunicación a la población. En cuanto al modelo para dar citas, se ha creado una herramienta de agenda masiva de primera dosis, que facilita trasladar el listado del grupo de población correspondiente a la agenda de vacunación, el personal administrativo con un perfil de citación centralizada y con autoridad de planificación en todo tipo de agenda de vacunación COVID. Asimismo, también se facilita con esta herramienta la citación masiva por grupo de población o tipo de vacuna. Tras la administración de la primera dosis todo usuario sale con cita para la segunda dosis y, una vez conocido el número de segundas dosis a distribuir y el número de dosis que la comunidad autónoma va a recibir durante esa semana, se procede a calcular el número de primeras dosis que se pueden distribuir durante esa semana. En la administración de vacunas, al principio, la campaña de vacunación para vacunar a los residentes de los centros sociosanitarios, los grandes dependientes, el personal sanitario y sociosanitario de primera línea, se establecieron 341 puntos de vacunación en centros sociosanitarios y sanitarios de las diferentes áreas sanitarias. Este plan operativo se va ajustando a distintas actualizaciones de la estrategia en la que pasa a los siguientes grupos a vacunar, grupos esenciales, primero, y grupos por edad de forma descendiente, posteriormente. Para ello, se planifican los puntos de vacunación masiva y los centros de salud. En los puntos de vacunación masiva se han situado localidades con grandes poblaciones y con más de un centro de salud; son puntos externos a los sanitarios, acondicionados para que cumplan su cometido sanitario. Según las necesidades, han existido o existen hasta once puntos centralizados de vacunación, los centros de salud de las zonas de salud y, en la última etapa, los colegios para la vacunación infantil.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 14

En recursos humanos se crearon equipos de vacunación COVID. Cada equipo está formado por tres enfermeras del área sanitaria, por el responsable de enfermería de la zona básica de salud en la que se realiza la vacunación y, además, podrá participar un equipo auxiliar como algo optativo. Los centros de salud se organizan con el personal del centro. En el acto de vacunación, cada equipo siempre debe estar acompañado por un profesional médico, tanto en los puntos de vacunación como en los centros. Inicialmente, los medios propios fueron suficientes para el número de vacunas a administrar. Posteriormente, en algunos casos, se han ampliado las capacidades incorporando a voluntarios enfermeros y médicos de atención primaria y atención hospitalaria en horario diferente a su jornada laboral. También hemos contado con el apoyo de personal sanitario jubilado que ha manifestado su disponibilidad, de tal forma que nos ha permitido ampliar la capacidad de respuesta. En la última etapa —la actual— hemos contado con la colaboración de la Consejería de Educación para organizar en los centros educativos la identificación de los escolares a vacunar y la recogida de los consentimientos informados. También, recientemente, contamos con la colaboración del ejército para la vacunación de adultos en las zonas rurales. Como especificamos, todas las dosis administradas se registran.

En el siguiente nivel de coordinación, por tanto, se establece la coordinación de los sistemas de información ministerio-comunidad autónoma. La vacunación frente al COVID en Extremadura queda registrada en distintos sistemas de información: en la historia clínica del paciente; en nuestro caso, registro JARA de personas vacunadas. Además de quedar registrada en la historia del paciente, la comunidad autónoma le advierte sobre el sistema propio del que sacamos información propia: previsión de dosis, efectividad... Asimismo, esta información se traslada al sistema común de Registro de Vacunación, Regvacu, que se ha desarrollado por el ministerio en colaboración con las comunidades autónomas. Todos los actos de vacunación frente al COVID realizados por los equipos de vacunación pueden confluír en este registro, que seguramente sus señorías ya conocen. Este registro supone, además, el impulso al desarrollo de mejores sistemas de información de vacunación en nuestro país. El objetivo del registro de esta vacunación es tener constancia de las dosis, de los tipos de vacuna frente al COVID que se van a administrando y en qué grupos de población. Además, se utiliza para calcular las coberturas de vacunación que se van dando. En este registro se incluye a toda la población diana de vacunación, que se va priorizando en función de la disponibilidad y los tipos de vacunas. Se recogen variables de identificación de la persona vacunada, de la localización de la vacuna, los datos de vacuna administrada, el motivo o indicación de vacunación, y tiene establecido el procedimiento de seudonimización y cumple con la normativa vigente de protección de datos. Semanalmente, desde Extremadura, se envían al ministerio los lotes distribuidos desde el punto de almacenamiento central a cada uno de los ocho puntos intermedios de distribución, así como el número de dosis. Cada lote de vacunas es distribuido mediante un aplicativo que se sube a una plataforma informática del ministerio y así se controlan dosis, lotes; en definitiva, la trazabilidad de la vacuna.

La recogida de las sospechas de acontecimientos y reacciones adversas —ya lo ha dicho el ponente anterior—, la farmacovigilancia, es el registro de la notificación espontánea de las sospechas de acontecimientos o reacciones adversas identificadas por parte de profesionales sanitarios y ciudadanos para identificar de forma precoz posibles riesgos asociados al uso de vacunas. Esta labor de farmacovigilancia en España la realiza la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de manera coordinada con las comunidades autónomas, el resto de las agencias de medicamentos nacionales y la Agencia Europea del Medicamento. En Extremadura también hemos potenciado de forma activa estos sistemas para vigilar cualquier reacción adversa que pueda producirse, para compartir y analizar la información y para tomar las medidas que fueran necesarias para mantener favorable la relación entre los beneficios y los riesgos.

La recogida de incidencia de los procesos. La comunidad autónoma tiene activo para todos los centros sanitarios de todas las áreas de salud el SiNASP, que es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollado por el Ministerio de Sanidad como parte de la estrategia de seguridad de pacientes del Sistema Nacional de Salud. Cada área dispone de un núcleo de seguridad donde se analizan los eventos adversos notificados y se elaboran propuestas de mejora para prevenir daños innecesarios. Incluido en el mismo proceso, se ha diseñado una campaña institucional en medios regionales y redes sociales, también en consonancia con el ministerio, con la comunicación elaborada con tres ideas fuerza: seguridad, oportunidad y necesidad social de la participación en la campaña, porque de nada hubiera servido tanto esfuerzo si la población no hubiera respondido tan masiva y positivamente. También se han programado diversas actividades formativas dirigidas a los profesionales, priorizando estas por los equipos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 15

de vacunación creados, cursos acreditados en los cuales se difunden a los distintos profesionales las estrategias de vacunación.

Para facilitar la libre circulación segura durante la pandemia COVID, el Parlamento Europeo y el Consejo adoptaron el 14 de junio de 2021 el Reglamento sobre el Certificado COVID Digital de la Unión Europea. Este certificado digital sigue facilitando la seguridad de los viajes de los ciudadanos por toda la Unión durante estos tiempos de pandemia. El Servicio Extremeño de Salud está dispuesto a emitir el certificado COVID digital con la nueva codificación, la dosis de recuerdo. La solicitud y emisión de los certificados se hacen a través del centro de salud *online*, centros de salud y servicios de atención al usuario.

Para terminar, todos estos procesos novedosos que probamos y comprobamos de forma empírica, se pusieron en marcha con diligencia y responsabilidad —como ha sido habitual en esta pandemia—, porque siempre hemos sido conscientes del sufrimiento que supone el riesgo de contagio para las personas. Estos catorce meses nos han supuesto un reto continuo y sin precedentes en intervenciones vacunales y, como he comentado desde el principio, no solo a nivel regional, sino nacional e incluso mundial. Es una estrategia coordinada y participada, que tiene en cuenta el marco común europeo y que nació con la firme convicción de lograr los mejores resultados de aceptabilidad y cobertura. Para llegar a buen fin, tiene que ser un proceso de gobernanza y coordinación de la estrategia tanto a nivel estatal como a nivel autonómico, en cada uno de los niveles. Ha sido la clave que ha garantizado que hasta el día 3 de febrero en Extremadura hayamos recibido 2328245 dosis, todas ellas distribuidas en las diferentes áreas de salud, y que hayamos alcanzado una cobertura de vacunación con pauta completa de un 87% y un 52,5% de cobertura con dosis de recuerdo, cifras parecidas al resto de las comunidades. Es importante, dentro de los respectivos ámbitos competenciales, que todos trabajemos coordinadamente y en positivo. Esta es necesariamente una política de Estado. Todo lo que se refiere a la vacunación, en la medida que sirve para disminuir la morbimortalidad, es una política de salud pública de Estado. Cerrar con éxito el programa de vacunación contribuirá a ver la luz al final del túnel. Este es nuestro horizonte de esperanza.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias a usted, señora Guijarro.

Pasamos ahora al turno de palabra de los portavoces. Tiene la palabra, en primer lugar, la señora Inés Sabanés.

La señora **SABANÉS NADAL**: Gracias, presidente.

Muchísimas gracias por su participación y por su intervención. Me gustaría que pudiera ampliar algunas informaciones relacionadas con lo que usted nos ha planteado. En primer lugar, me gustaría saber —sobre todo en el principio del proceso de vacunación, pero también en las sucesivas fases— cuáles han podido ser los principales problemas de coordinación con el resto de comunidades autónomas, entre comunidades y con el Gobierno de España. En segundo lugar, en la distribución centralizada de vacunas, aunque usted lo ha explicado bien, me gustaría saber cuáles son los posibles problemas que se hayan podido producir.

Me ha parecido entender —bueno, solo es una curiosidad— que desde la primera vacunación había un programa coordinado de citas, ¿está relacionado con el programa de citas habitual del sistema sanitario o fue un programa específico informático solo para el tema de los procesos de vacunación?

Toda la actividad que ha planteado, tanto con medios propios como con la concurrencia de otro personal sanitario que hubo necesidad de ampliar, voluntario o no, ¿cómo ha afectado al normal funcionamiento del sistema sanitario? Me refiero sobre todo en la atención primaria, en el retraso en las citaciones, etcétera.

Luego nos ha hablado también de la coordinación con el Gobierno de España para la trazabilidad de todo el proceso de las vacunas. Me gustaría saber si realmente han surgido problemas o si ha sido un sistema que se ha ido implementando de forma que ha resultado relativamente sencillo dentro de la complejidad. Sobre todo, ya se lo he dicho, teniendo en cuenta la afectación de tener que resolver una pandemia y un proceso de vacunación complejo, de las características del que hemos vivido, junto con la atención sanitaria habitual, hospitalaria, de especialistas, etcétera, ¿cuáles han sido o son los principales problemas?

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sabanés.

Tiene ahora la palabra la señora Rosa Medel.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 16

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes, señora Guijarro. Una única pregunta, ¿cómo han gestionado en Extremadura los test de antígenos vendidos en las oficinas de farmacia? Quiero decir que si se han tenido que validar estos test en los centros de salud, cómo se facilitaba el acceso al centro de salud en los casos que daban positivo o si se ha gestionado de otra manera.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Ahora, permítame, señora Guijarro, que me dé la palabra a mí mismo. Como presidente, tengo que cambiar de ubicación.

El señor **MEIJÓN COUSELO**: Como decía, señora Guijarro, muchas gracias por su intervención. Ha hecho usted una exposición técnica y descriptiva tremendamente exhaustiva y precisa del tratamiento del proceso de vacunación en la Junta de Extremadura; pero, aparte de esa exposición —repito— tan exhaustiva y tan precisa, me gustaría pedirle a usted que valorara algunos de los procesos que han tenido que ver con la vacunación de la COVID-19.

Me gustaría que usted hiciera una valoración de cómo cree que ha funcionado la cogobernanza, algo que ha venido seguramente para quedarse. Me gustaría saber si usted cree que este proceso de cogobernanza que se ha institucionalizado por el proceso de vacunación debemos ampliarlo como modelo a seguir en diferentes episodios que puedan surgir a nivel de la sanidad pública.

¿Cómo calificaría usted el proceso de vacunación? Entiendo, por su respuesta, que le da una calificación tremendamente positiva, pero me gustaría que me certificara más. ¿Cómo cree usted que se ha resuelto el proceso de vacunación en la comunidad, qué medidas cree usted que podrían mejorarse para nuevos episodios de pandemia —que ojalá nunca pasen— y qué enseñanzas nos ha dejado este proceso que deban ser tomadas en cuenta para articular diferentes situaciones que se puedan dar a nivel del sistema sanitario, muy especialmente del sistema sanitario público?

Usted decía que ha habido una gran coordinación entre el Estado y las autonomías. Me imagino que usted también valora positivamente, y es la última pregunta, la coordinación que ha habido entre el Estado español y Europa; es decir, no solamente coordinación a nivel estatal y autonómico, sino también coordinación a nivel europeo.

Nada más por mi parte. Sí quiero agradecerle, repito, lo exhaustivo de su exposición.

El señor **PRESIDENTE**: Y ya como presidente, le cedo a usted la palabra para que conteste a las preguntas que le han formulado los distintos portavoces, señora Guijarro.

Muchas gracias.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD DE LA JUNTA DE EXTREMADURA** (Guijarro Gonzalo): Muchas gracias.

Voy a intentar contestar a las preguntas de manera breve, a ver si puedo ser clara.

En la distribución centralizada de la vacuna no hemos tenido realmente problemas importantes. Lo normal es que en el grupo coordinador que hemos dicho de planes operativos, el Regvacu, todos se veían semanalmente y, además de eso, hemos tenido fluida comunicación a través de correos electrónicos. En principio, los problemas que ha podido haber de distribución eran por la escasez de dosis, pues a veces no teníamos las suficientes dosis y sí teníamos preparado el sistema para vacunar. Solamente en algunos casos, y de verdad que ha sido de forma puntual, nos decían que llegaban en un día y a lo mejor luego nos volvían a avisar de que se tenían que retrasar por la falta de disponibilidad, pero no ha sido un problema importante en esta comunidad autónoma.

Sobre las citas de la vacunación, hay una cosa importante y con mucho valor en Extremadura, todo el sistema de información creado en general para el sistema, la historia clínica, JARA y todos los registros específicos; pero eran citas específicas que se han creado y se ha estado trabajando en el sistema de información para que las vacunas funcionaran bien a lo largo de cada día, y cada día se hacían los listados y las citas semanales. Todo esto se ha hecho a nivel centralizado y luego se coordinaba con las áreas.

Cuando he explicado el sistema de información, he dicho que, primero, se creaba la población diana, que esta población diana entraba en nuestro sistema sanitario, luego se hacían las citas según la población diana y, además, salían con la segunda cita. En esto también se tenía en cuenta, porque los datos se iban cruzando con los de laboratorio por Serlab, si la persona era positiva, para tener

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 17

solamente una vacuna o para recibir la segunda dosis. Ha sido un proceso específico creado para este sistema de información.

Respecto a la actividad en la asistencia sanitaria, como en toda la pandemia COVID ha podido haber retrasos en el sistema. Sabemos que ha sido el principal motivo de consulta que han tenido durante la primera época los hospitales y ahora también los centros de salud. Pero realmente, el proceso de vacunación en las grandes ciudades, como le he dicho, lo hemos hecho en centros diferentes a los de atención primaria y se han creado los equipos de vacunación, que eran recursos adicionales a la atención primaria, en la que solamente el responsable de enfermería de cada centro de salud estaba pendiente de los pacientes que se vacunaban de su propia zona de salud. Por lo tanto, no ha sido la vacunación la que ha podido retrasar ninguna prueba, ninguna consulta, ninguna actividad. Ciertamente es que la pandemia en este país, como en el resto de países, ha sido el primer motivo de consulta.

Me preguntaban también sobre el tema de los test de antígenos. Los test de antígenos no son motivo de esta comparecencia pero les explico cómo lo hemos hecho en Extremadura. En Extremadura los test de antígenos que se vendían en las farmacias y se hacían en las casas no los podíamos validar como casos positivos sino como casos sospechosos, pero a todas las personas que iban al sistema sanitario —al centro donde se hacían pruebas gratuitas de test antígenos validados— se las enviaba, se les decía o se les citaba —bien por la tarde o bien en horario, incluso sábado, de mañana— en esos centros que se tenían habilitados para que fueran, bien voluntariamente cuando les había dado positivo, bien enviados por sus médicos, enfermeras o profesionales sanitarios, que en esta pandemia también han trabajado farmacéuticos y veterinarios.

Respecto al sistema de información que hemos tenido y que estaban comentando, nosotros creemos que el sistema de información de las vacunas, de la trazabilidad de las vacunas, no es solamente para la vacunación COVID. Este sistema de información ha venido para quedarse, porque es una creación, y así lo comentaba desde el principio, del Consejo Interterritorial, que es el órgano colegiado responsable de las vacunas en este país, del calendario común de vacunación. De hecho, ya en el último Consejo Interterritorial se ha aprobado por parte de todas las comunidades autónomas la ampliación de este sistema de información, que se hará a lo largo de los próximos años y tendrán cabida todas las vacunas que se administren en este país. Creo que es una de las cosas positivas y más importantes que nos puede dejar esta pandemia en el tema de la vacunación.

También me han preguntado por la coordinación entre las comunidades autónomas y el ministerio. Las comunidades autónomas están representadas en la Comisión de Salud Pública; también en los Consejos Interterritoriales, pero nosotros, los directores generales, participamos en las Comisiones de Salud Pública, que de verdad ha sido solidaria. Hemos compartido la información, hemos compartido las buenas prácticas, a veces hemos compartido las inquietudes que teníamos cada uno —tenemos nuestros sistemas de comunicación formales y los sistemas de comunicación informales, en los que cuando uno tiene una duda o tiene un problema lo cuenta y lo ponemos en común para ver si hay alguien que tiene una respuesta mejor— y hemos compartido protocolos y actividades. Es decir, que dentro de la Comisión de Salud Pública hay un ambiente de intentar llegar siempre a un consenso lo más amplio posible.

Respecto a la coordinación con Europa, ya se sale de mis competencias y lo único que puedo decir es que los sistemas de información, que es lo que nosotros tenemos y compartimos, están siempre actualizados, al día. Imagino que habrán sido correctos o mejorables, pero no los conozco.

No sé si me ha quedado alguna cuestión por contestar de las que me habéis preguntado, porque las he ido anotando poco a poco, pero creo que con esto he dado respuesta a la comparecencia.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Guijarro, muchas gracias. Le agradecemos en lo que vale su intervención en esta Comisión. Sabe que aquí tiene su casa y esperamos que por futuras pandemias no tengamos que llamarla más, que es lo que queremos todos, no volver a tener episodios de este tipo. Le deseo toda suerte de parabienes en su gestión en la Junta de Extremadura. Muchísimas gracias.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD DE LA JUNTA DE EXTREMADURA** (Guijarro Gonzalo): Muchas gracias. También les quiero decir que si quieren la comparecencia escrita se la podríamos aportar.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, muy amable. Suspendemos momentáneamente la Comisión. **(Pausa)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 18

— **DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA (DE TORRES MEDINA), MEDIANTE VIDEOCONFERENCIA. (Número de expediente 212/002048).**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Torres, ¿me escucha?

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA** (De Torres Medina): Buenas tardes. Le escucho perfectamente. ¿Ustedes me escuchan a mí bien?

El señor **PRESIDENTE**: Le escuchamos perfectamente.

Señorías, comenzamos entonces la siguiente comparecencia de hoy, que es la de don José María de Torres Medina, director general de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, a quien agradecemos su presencia en esta Comisión, aunque sea a distancia y telemática, y le pasamos ya la palabra para que pueda iniciar su comparecencia.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA** (De Torres Medina): Muchas gracias, señor presidente. Señorías, buenas tardes.

Quisiera iniciar esta comparecencia con el recuerdo a los miles de compatriotas que han fallecido por la pandemia de la COVID-19, así como expresar nuestras condolencias a sus familiares y amigos.

De acuerdo con el tiempo de intervención del que dispongo, en mi comparecencia abordaré las siguientes cuestiones. En primer lugar, hablaré de la complejidad del proceso de vacunación y pondré en valor el éxito colectivo que supone. En segundo lugar, haré una muy breve referencia a la planificación del proceso de vacunación y de los factores que han intervenido, muy similar a la de mis anteriores colegas directores generales de Salud Pública. En tercer lugar, con la finalidad de poder realizar un diagnóstico del proceso de vacunación, me referiré, sin ánimo de ser exhaustivo, a algunas de las debilidades y disfunciones detectadas. Y finalmente, con una voluntad constructiva, aportaré a sus señorías un conjunto de propuestas para mejorar el modelo de vacunación.

Sin más preámbulos, me referiré a la complejidad del proceso de vacunación. Ha sido un proceso de vacunación complejo, que ha tenido un éxito colectivo. Cuando hablamos de la Estrategia de vacunación del COVID-19 del Ministerio de Sanidad y su implementación por las comunidades autónomas, debemos ser conscientes de que nunca en nuestro país hemos llevado a cabo un programa de vacunación de estas características. Primero, es un programa de vacunación que abarca prácticamente a toda la población. En Andalucía, al día de hoy, hemos inoculado 17 386 731 dosis, seguramente la mayor inoculación de dosis vacunales de la historia de esta comunidad. Segundo, se ha exigido implementarlo con la máxima rapidez posible, ya que el factor tiempo era la diferencia entre salvar o no salvar la vida de los ciudadanos. Estábamos —y estamos aún— en una carrera contrarreloj, que estaba muy condicionada por la capacidad de producción de la vacuna por parte de las empresas farmacéuticas. En muchos momentos del programa fue determinante la escasez de dosis de vacunas y las previsiones sobre las dosis que se debían facilitar a las comunidades autónomas no siempre se cumplían. Se han producido retrasos y esto provocaba alteraciones importantes en la planificación de recursos humanos y materiales para administrar las vacunas, planificación que debíamos realizar las comunidades autónomas. Además, la administración de la vacuna debía seguir un orden, priorizando a aquellos ciudadanos con un mayor riesgo, ya sea por su capacidad de respuesta inmunológica, ya sea por su exposición, como en el caso de los trabajadores sanitarios, sociosanitarios o el resto de trabajadores esenciales. Esta definición del grupo se realizaba por el ministerio en el momento que se tenía la certeza de que se iban a recibir las dosis necesarias. Es decir, la prelación de los ciudadanos estaba condicionada por las dosis disponibles en cada momento y esto exigía una readaptación constante con la planificación del programa de vacunación. Esta realidad era un elemento de dificultad añadido en la implementación de la logística. Asimismo, para determinados colectivos, los datos de identificación debían de ser suministrados por otras entidades a los servicios de salud de la comunidad autónoma. En algunos casos, los datos facilitados no estaban suficientemente actualizados, lo que comportó algunos retrasos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 19

En el caso de Andalucía, se le añade un factor común en el proceso de vacunación: el hándicap de la dispersión geográfica de nuestros ciudadanos. Esta realidad implica que la distribución de las dosis de la vacuna es más compleja aún; no tan solo debemos garantizar un *stock* suficiente a nivel de comunidad sino también, como es obvio, en cada punto de vacunación. Por tanto, eran erróneos aquellos análisis que se limitaban a quedarse en la distribución por comunidad autónoma o que justificaban los retrasos de las entregas de dosis limitándose a afirmar que en la siguiente semana llegarían muchas más.

Los centros de vacunación se adaptaron a los ciudadanos que recibían la vacuna. Los vacunamos en residencias de mayores, en los centros de vacunación tanto de atención primaria como en hospitales. Hay que destacar la especial dificultad que supuso vacunar a los grandes dependientes no institucionalizados porque significaba acudir a cada domicilio para administrar una sola vacuna, en la mayoría de los casos cumpliendo especiales condiciones en el manejo, conservación y transporte de la vacuna. También hemos utilizado grandes espacios —de ese modo conseguíamos vacunar a un gran número de personas en poco tiempo—, así como unidades móviles. Se trataba, en definitiva, de llegar lo antes posible —recuerden que el factor fundamental es el tiempo— a todos los rincones de la geografía andaluza. Con estos breves trazos quiero poner de manifiesto la dificultad y la complejidad del proceso de vacunación del COVID y el gran trabajo que se ha hecho desde las comunidades autónomas, porque a pesar de la complejidad y las dificultades, creo que el proceso de vacunación que estamos llevando a cabo puede calificarse como un éxito colectivo. Y ahora quiero mostrar mi agradecimiento a todos los profesionales y a todas las personas que han participado, porque ellos han sido los verdaderos actores de este éxito colectivo. Como acabo de citar, más de 17 300 000 dosis a día de hoy.

En cuanto al proceso de vacunación, señorías, como bien saben, el Ministerio de Sanidad aprobó la Estrategia de vacunación del COVID-19 en diciembre de 2020. Para implementar esta estrategia, en Andalucía aprobamos el programa de vacunación COVID-19 mediante la Instrucción 8/2020 de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, cuya primera versión se publicó el 23 de diciembre de 2020. Esta instrucción se plantea como un documento vivo y así lo ha demostrado en el tiempo con los cambios frecuentes de función, fundamentalmente de la llegada de nueva información relevante y de nuevas vacunas autorizadas. Las sucesivas versiones se han ido enviando a los profesionales de Andalucía, de cualquier rincón del sistema sanitario público y privado, y se han ido publicando de forma inmediata en la web y en las redes de la Consejería de Salud y Familias, y de la plataforma o el portal Andavac, «Andalucía se vacuna», así como también otros materiales de formación y divulgación tanto para profesionales sanitarios como para la ciudadanía.

A primeros de marzo de 2021 la Consejería de Salud y Familias presentó el Plan 500 000 por semana, una estrategia de vacunación masiva que se diseña para la administración de un mínimo de medio millón de dosis, de lunes a domingo, a los grupos de población determinados. La posibilidad de aprovechar la máxima capacidad del plan iba a depender de la llegada masiva de vacunas. Posteriormente, ante el anuncio del Ministerio de Sanidad de la llegada de un número muy superior de dosis de vacunas que se produciría a partir del mes de julio, Andalucía vuelve a preparar un plan, que nosotros denominamos «1 millón por semana», otra estrategia de vacunación masiva que supuso la habilitación de nuevos puntos de vacunación. Esto ha supuesto que, a día de hoy, Andalucía tenga una cobertura vacunal de más del 90 % de las personas susceptibles de serlo. Los actores intervinientes en este proceso —tenemos que recordar quiénes estaban representados en los distintos órganos—eran el ministerio y las comunidades autónomas; un grupo de trabajo de vacunación COVID-19, que debía presentar una propuesta de estrategia a la Comisión de Salud Pública; otro grupo de trabajo de coordinación logística; otro grupo de trabajo de los sistemas de información; la ponencia de vacunas; la Comisión de Salud Pública y el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. No voy a entrar a detallarlos porque mi compañera de Extremadura ha puntualizado perfectamente las interconexiones y comunicaciones entre todos los grupos de trabajo.

Debilidades y funciones detectadas. Señorías, creo que para realizar un buen diagnóstico es preciso abordar las debilidades y las disfunciones que hemos detectado desde las comunidades autónomas. Con relación a la estrategia y a la organización del trabajo, hubo dificultades de comunicación bidireccional ante la ponencia, la Comisión, el pleno del consejo y los grupos de trabajo, lo que suponía en la práctica un trabajo a través de compartimentos estancos. Permítanme recordarles lo que he dicho antes: máxima vacunación en el menor tiempo posible. Las prisas nunca son buenas consejeras y entorpecen todo tipo de trabajo en equipo. En esos momentos no se redactaron actas de las reuniones y no se envió resúmenes de las reuniones al resto de grupos; se concedía escaso tiempo para revisar la documentación objeto de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 20

aprobación. Yo personalmente he recibido documentos científicos en el mismo momento que se estaba celebrando la reunión de la Comisión de Salud Pública o incluso a lo largo de la misma. En muchos casos, un escaso tiempo para revisar la documentación objeto de aprobación; en muchos casos, el carácter urgente comportaba que no se tenía claro lo que se estaba votando, aprobando o rechazando; la imposibilidad de la ponencia para poder defender los argumentos de las propuestas presentadas a la Comisión de Salud Pública o poder tener opción de réplica ante las decisiones de la comisión contrarias a la ponencia. En las reuniones coordinadas de la ponencia de vacunas no eran convocados los directores generales de Salud Pública. En algún caso el director de la comunidad era el coordinador de la campaña y no podía estar presente en la ponencia de vacunas. Los e-mails que se recibían desde el grupo de coordinación logística no iban firmados por ninguna persona, por lo que no teníamos claro a quién dirigimos cuando había algún problema o duda, o si en algún momento era necesario solicitar alguna aclaración o dirigir alguna reclamación.

Respecto al envío de las dosis de las vacunas a las comunidades autónomas, no se publicaron en ningún momento los criterios elegidos para el reparto de las dosis entre todas las comunidades. Ha habido un desconocimiento de las dosis repartidas a otras comunidades hasta que no se publicaban en la página web del Ministerio de Sanidad destinada a dosis, cobertura de vacunación. Andalucía, mi comunidad autónoma, estuvo recibiendo durante toda la primera parte de la campaña —seis o siete meses— un número inferior de dosis de las que le correspondía por su población diana. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, Andalucía representa el 17,9% de la población española. Sin embargo, Andalucía estuvo recibiendo porcentaje de dosis del entorno del 15%, afectando a las coberturas de vacunación de la población. Se enviaron cartas de protesta al ministerio en marzo, julio, etcétera. En aquellos tiempos, Andalucía, a pesar de estar entre las tres primeras comunidades en cuanto a dosis administradas según se recibían, estaba en la posición doce u ocho en cobertura vacunal. Curiosamente, recibíamos un mayor porcentaje de vacunas de adenovirus, que eran menos aceptadas por la población. Cuando se comenzó a compensar a las comunidades autónomas más afectadas por el reparto desigual se compensaba sobre todo con aquella vacuna que era peor aceptada por la población. Conocimiento con escaso tiempo de las dosis que se recibían, lo que dificultaba muchísimo la planificación de la agenda de citación.

Con relación a determinadas decisiones que adoptó el Ministerio de Sanidad, que podemos calificar de discutibles y que afectaron al proceso de vacunación, les pondré algunos ejemplos. La vacuna de AstraZeneca, los excesivos cambios y las limitaciones de esta vacuna con escasa transparencia y explicaciones sobre la toma de decisiones llevaron a la desconfianza hacia la misma por parte de la población. Andalucía difundió material informativo en la página web de «Andalucía se vacuna», Andavac, para contrarrestar este sentir manifiesto de la población. Desde varias comunidades autónomas, incluida Andalucía, se reclamó que se pudiera extender el intervalo entre cada dosis hasta las ocho o doce semanas, tal y como se estaba haciendo en otros países como Reino Unido y Alemania, ya que había serios indicios de que una sola dosis ofrecía una buena protección frente a la enfermedad COVID-19 durante un tiempo significativo, por lo que se podía vacunar más rápidamente a un mayor número de personas con riesgo de COVID-19 grave.

En cuanto a la sexta dosis, al principio de la campaña la ficha técnica de la vacuna de Pfizer decía que solo se podían extraer cinco dosis. Sin embargo, en la práctica diaria la enfermería de los puntos de vacunación confirmaban al unísono que en la mayoría de las ocasiones se podían extraer una o dos dosis extra, es decir, una sexta dosis y hasta una séptima dosis. Se solicitó que se pudiera realizar esta práctica, pero el ministerio nos negó la posibilidad de hacerlo, con lo que se dejaron de vacunar en ese momento a muchas personas de muy alto riesgo, profesionales sanitarios y, sobre todo, personas mayores de ochenta años. Posteriormente, la EMA aprobó el empleo de la sexta dosis. En la indicación de la segunda dosis de la vacunación COVID-19 a personas menores de sesenta y cinco años que han pasado COVID-19 y que precisan pauta de dos dosis, a pesar de haber excedente de dosis, hubo muchísima lentitud para la autorización de la Administración de una segunda dosis de la vacunación para estas personas, que se habían vacunado con una sola dosis, de cara a poder viajar a países donde se exigían dos dosis, a pesar del antecedente de COVID-19. Andalucía lo solicitó al ministerio en diversas reuniones de la Comisión de Salud Pública y al consejo interterritorial por e-mail, pero no se autorizó oficialmente hasta finales de noviembre de ese año.

Por último, en las mujeres embarazadas, en junio y julio de 2021 se produjo una importante disfunción en relación con las recomendaciones de vacunación COVID durante el embarazo entre el Ministerio de Sanidad y la organización FACME, sobre todo con una de las sociedades científicas de FACME,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 21

la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. En este caso, FACME abogaba por ser restrictivo con la vacunación de las embarazadas: solo a partir del segundo semestre de gestación. Esto llevó a que se produjeran muchas dudas entre los profesionales y las embarazadas, lo que llevó a una deficiente cobertura de gestantes y la producción de un importante número de casos graves en embarazadas. Se apreció un deficiente liderazgo del ministerio para manejar esta situación con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Nuestro consejero de Salud y Familias, Jesús Aguirre, hizo un llamamiento público el 28 de julio de 2021 para la vacunación de todas las embarazadas, fuera cual fuera su semana de gestación, que tuvo una enorme repercusión a nivel nacional y que llegó a asumir inmediatamente las coberturas de afectadas.

En mi primera intervención, con el tiempo que se me ha asignado, he pretendido poner en valor el importante proceso de vacunación que estamos llevando a cabo en España. Asimismo, de forma muy sucinta, he tratado de transmitirles un diagnóstico de aquellas cuestiones que podíamos haber hecho mejor. Por eso, en mi segunda intervención les daré un conjunto de propuestas que nos permitan construir entre todos un mejor modelo de gestión de las vacunas en España.

Muchas gracias, señorías.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor De Torres.

Pasamos ahora a las intervenciones de los portavoces de los distintos grupos.

En primer lugar, tiene la palabra la señora Inés Sabanés.

La señora **SABANÉS NADAL**: Gracias, presidente.

Señor De Torres, muchas gracias por su intervención, por su información y por las cuestiones que nos ha planteado.

Me gustaría saber si nos pudiera ampliar o dar una valoración de una serie de cuestiones que le voy a plantear. Por lo que yo deduzco de distintas intervenciones, me gustaría preguntarle si cree que, desde la experiencia de lo que ha supuesto un tema de tantísimo impacto como la pandemia y el proceso de vacunación, se puede deducir que pudiera mejorar la coordinación entre las distintas comunidades autónomas, porque a veces se lanzan mensajes bien distintos entre unas comunidades y otras, y entre estas y el Gobierno.

En segundo lugar, nos ha planteado dificultades de comunicación transversal. He creído entender que planteaba que había muy poco tiempo, que no había actas, que no había resúmenes y que a veces había poco tiempo para la revisión de cuestiones muy importantes. En todo caso, me gustaría que nos indicara alguna de las debilidades de la posición de las distintas comunidades autónomas. En algunas comunidades lo hemos vivido como que ha habido un fuerte impacto en la asistencia sanitaria normalizada de los centros de salud, de los profesionales médicos, de gestión de las comunidades autónomas, en relación, supuestamente, con tener que combinar o repartir recursos de alguna manera o hacer una previsión de recursos de lo que suponía un proceso de vacunación, una pandemia y la atención normalizada. En mi caso, me refiero fundamentalmente a la atención primaria de la Comunidad de Madrid, que desde luego ha sufrido un impacto muy severo. Por tanto, me gustaría que también nos indicara algunas debilidades en la gestión de la pandemia de las propias comunidades autónomas, que creo yo que también las habrá, sobre todo, el problema que hubo en origen, cuando se reclamaban muchísimas competencias y se exigía el traspaso de competencias de gestión desde el ministerio y, luego, quizás, se fue viendo que era mejor, como usted planteaba, una buena coordinación transversal y afrontar de forma más global el proceso. Me interesa su visión, sobre todo, por ser una comunidad de gran extensión y dispersión, y por la complejidad de puntos de vacunación. Me interesa saber qué problemas adicionales ha podido tener una comunidad de las características de Andalucía, que tiene una vasta extensión de terreno y, por tanto, unas necesidades de puntos de vacunación. También qué lecciones deberíamos aprender de cara al futuro para distintas fases de la pandemia que hemos vivido.

Nada más. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sabanés.

Señora Medel, tiene usted la palabra.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes, señor don José María de Torres.

La pregunta se sale un poco de lo que es exactamente la vacuna, pero se la he hecho también a la anterior compareciente, la señora doña Pilar Guijarro, y me gustaría, si es posible, que usted la contestara.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 22

Es sobre cómo han gestionado en Andalucía los test de antígenos que se han vendido en las oficinas de farmacia. Ella nos ha comentado —lo digo por si es la misma situación— que los test no se han podido validar como casos positivos, sino solamente como casos sospechosos. Supongo que ahí se habrá hecho de la misma manera y querría preguntarle si cree que este tipo de test, al no poder convalidarse como caso positivo, sino sospechoso, puede complicar, según usted, el control de los contagios y los rastreos. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Prieto Nieto.

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

Buenas tardes, señor De Torres y bienvenido a esta Comisión. Nos sumamos a sus condolencias por las personas fallecidas y a ese mensaje de fortaleza que manda usted también a las personas afectadas por la enfermedad.

En mi grupo queremos resaltar la importancia de que en tiempo récord hayamos contado con vacunas seguras y eficaces contra la COVID gracias al trabajo de la ciencia orientada a un objetivo común, y que también estemos siendo capaces de vacunar a la mayoría de la población en nuestro país. Se acaba de actualizar la Estrategia de vacunación y hay un porcentaje del 90,9% de personas vacunadas en pauta completa. Esto garantiza el derecho de toda la población a la vacuna en este momento y también en los próximos años; no debemos olvidar que la vacuna es un derecho que está siendo garantizado con equidad. Es verdad que, para mi grupo, el proceso de vacunación está siendo ejemplar; usted lo ha dicho, es un éxito colectivo, y queremos felicitarle por su trabajo, pese a algunos —y permítame el chascarrillo— «culillos» o pese a alguno que decía que íbamos a tardar cuatro años en vacunar a la población.

Es verdad que es clave la solidez de nuestro Sistema Nacional de Salud, de acceso universal, que cuenta con grandes profesionales al frente, y también la voluntad de una ciudadanía responsable y solidaria. De ahí la importancia de seguir reforzando las capacidades del Sistema Nacional de Salud, como dibujan los Presupuestos Generales del Estado de 2021 y de 2022. Esto está siendo así gracias al liderazgo del Gobierno de España, del ministerio, de la Agencia Española del Medicamento y, también, a la estrecha colaboración de las comunidades autónomas, en la que ustedes tienen mucho que ver, sobre todo desde las direcciones de Salud Pública. Sabemos que su trabajo ha sido veinticuatro horas al día, siete días a la semana y 365 días al año, y creo que no me equivoco mucho cuando digo esto. Por eso hablamos de un éxito compartido, de un éxito de país.

Es verdad que la apuesta por la vacunación es acertada en la lucha contra la pandemia y restablece, como estamos viendo, el normal funcionamiento de nuestra sociedad y de la actividad económica. Es verdad que la vacunación salva vidas. ¿Y por qué salva vidas? Porque ayuda a prevenir la enfermedad, reduce la gravedad y la letalidad, y disminuye el impacto de la pandemia, como usted bien sabe, sobre el sistema asistencial. Esto lo reflejan los datos. La tasa semanal de hospitalizados, de fallecidos y de ocupación UCI, lamentablemente, es mayor entre las personas no vacunadas en el conjunto de todos los grupos etarios. De ahí la importancia de continuar vacunando a la población. Quiero decir que los hitos comprometidos se han ido cumpliendo, pero, con todo, debemos seguir siendo vigilantes y prudentes.

Quería también detenerme un momento en el reparto y en la compra de vacunas correspondientes para el desarrollo de la estrategia en el marco europeo. A medida que las vacunas iban superando criterios de eficacia y seguridad, se iban autorizando y se conocía su disponibilidad; se iba incorporando su progresiva priorización, según los grupos de población a vacunar. Esto viene de la ponencia de vacunas, de la Comisión de Salud Pública, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a la estrategia; una estrategia de vacunación, como usted bien sabe, con criterios técnicos y éticos para proteger a los más vulnerables.

Quería comentar también que, allá por mayo de 2021, el Defensor del Pueblo en aquel momento, el señor Fernández Marugán, aseguraba que el proceso de vacunación se estaba desarrollando de manera muy positiva y que el reparto de dosis —según él— entre las comunidades autónomas se había realizado equitativamente en función de la población correspondiente a los grupos de población definidos en cada fase de la estrategia; una estrategia, como dije antes, que fue elaborada y aprobada a principios de diciembre, como bien nos recordó usted, por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que es un órgano colegiado.

Antes de pasar a hacerle unas preguntas, quería también comentar que Hans Kluge, el director regional de la OMS, el doctor Tedros, el director de la OMS, y también la señora Von der Leyen, la presidenta de la Comisión Europea, han felicitado a España por nuestro proceso de vacunación, un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 23

proceso liderado por el Gobierno de España, por el Ministerio de Sanidad, en el que las comunidades autónomas han sido una parte importante, necesaria y vital para alcanzar estos altos niveles de porcentaje de vacunación entre la población.

¿Cómo calificaría usted la Estrategia de vacunación en España y sus actualizaciones, señor De Torres? Quería preguntarle también si se ha seguido el criterio técnico de la ponencia de vacunas, si esta estrategia ha garantizado la equidad en el acceso a la vacuna para toda la población en su comunidad autónoma ¿Cómo cree que está siendo la coordinación y la colaboración entre administraciones sanitarias? ¿Cuáles cree usted que son los elementos que explican nuestra actual cobertura vacunal? Para terminar, una última pregunta: ¿qué opina usted sobre la Estrategia de vacunación en lo referente a las dosis de refuerzo?

Muchísimas gracias, señor De Torres.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Prieto.

Tiene la palabra ahora el señor De Torres para contestar a las intervenciones de los distintos portavoces.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA** (De Torres Medina): Señorías, como les he dicho en mi primera intervención, con una voluntad constructiva, quisiera transmitirles un conjunto de propuestas para mejorar el modelo de vacunación en España.

Primero, promover la aprobación de una ley integral de salud que incluya un enfoque *one health* de la salud. La salud de los ciudadanos debe abordarse desde el concepto de sanidad integral, donde la sanidad asistencial, la sanidad preventiva, la salud pública y la asistencia sociosanitaria deben gestionarse como una única realidad sanitaria. No tiene ningún sentido que la sanidad asistencial y la sanidad preventiva se presten como realidades distintas. La salud pública debe abarcar la vigilancia y las acciones de salud desde un concepto amplio e integral, incluyendo, además de la vigilancia epidemiológica, la sanidad ambiental, la seguridad de la cadena alimentaria, la nutrición, la vigilancia de las aguas residuales, etcétera.

Es imprescindible facilitar herramientas legales a las comunidades autónomas para la contención de la pandemia y de otras posibles emergencias sanitarias y alertas alimentarias, de modo que la autoridad sanitaria pueda adoptar las medidas necesarias para hacer frente a la pandemia. Urge lo que se ha denominado como una ley de pandemias. Asimismo, los nuevos servicios de salud pública de los que queremos dotarnos exigen una revisión y actualización de las leyes de salud pública. La toma de decisiones de la autoridad sanitaria en el ámbito de salud pública y las vacunas debe basarse en los criterios adoptados por la Agencia Europea del Medicamento y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. De este modo, se garantiza que estas decisiones se fundamenten en la evidencia científica y no en los criterios de oportunidad política.

Nuestro país debe contar con una nueva estrategia de vacunas y con programas homogéneos de vacunación mediante la utilización de soluciones digitales, consensuadas entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas. Es imprescindible adoptar soluciones digitales que permitan la identificación y el registro de los pacientes vacunados y, en su caso, debe ser accesible a los servicios de salud de las comunidades autónomas y a su interoperabilidad. Hay que potenciar el calendario vacunal, que debe ser objeto de revisiones periódicas para garantizar la equidad en el acceso a las vacunas a nivel nacional, no solo vacuna COVID, sino cualquier otra vacuna.

En este aspecto fundamental, cualquier ciudadano, con independencia de dónde resida, debe poder acceder a las mismas vacunas. Siempre, cuando hablo de igualar, me estoy refiriendo a igualar por el mayor número de vacunas ofrecidas. Asimismo, su conocimiento entre los ciudadanos debe servir para desvirtuar mensajes que, sin ningún fundamento científico, cuestionan la efectividad de las vacunas. Para ello, es imprescindible fomentar los programas y actividades de formación e información sobre las vacunas a los ciudadanos para mejorar la prevención de la enfermedad. Es fundamental la investigación y el incremento presupuestario para la producción estatal de vacunas y de material sanitario, para evitar la dependencia de terceros países. Con el fin de acelerar el desarrollo, fabricación y despliegue de vacunas contra el COVID-19, España ha de contar con una estrategia de vacunas en coordinación con Europa; preparar el sistema sanitario para las campañas de vacunación; establecer medidas que permitan la adquisición del material necesario, recursos humanos suficientes, titulación adecuada y una financiación

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 24

suficiente para llevarlas a cabo, y crear, a través del Instituto de Salud Carlos III, una plataforma de vacunas que asocie a los principales grupos de investigación del Sistema Nacional de Salud, a las universidades, a las OPI y a la industria farmacéutica y biotecnológica para un esquema de colaboración público-privada.

Deben respaldarse las actividades de I+D+i a cargo del Instituto de Salud Carlos III desde un retorno al Ministerio de Sanidad como órgano de apoyo científico-técnico del Sistema Nacional de Salud y aprobar una nueva estrategia nacional de salud pública consensuada con las comunidades autónomas y acompañada de una memoria económica y una financiación suficiente. Hay que implementar con carácter urgente un plan nacional de emergencias de salud pública frente a epidemias y otras crisis sanitarias que establezca los mecanismos de coordinación necesarios entre el Gobierno de la nación y las administraciones autonómicas y locales. Para mejorar y obtener una mejor gobernanza del Sistema Nacional de Salud y fomentar mecanismos de cooperación eficaz entre los servicios asistenciales y de salud pública de las comunidades autónomas en coordinación con el Ministerio de Sanidad es necesaria la creación de una agencia de salud pública integral y de calidad asistencial. Dicha agencia de naturaleza independiente debe contar con una gestión y dirección profesionalizada, con una unidad de seguimiento de pandemias y con la participación de las comunidades autónomas bajo la coordinación de la Administración General del Estado.

Hay que promover una mejora en la salud pública de la atención primaria con equipos de trabajo multidisciplinarios que den una visión general de los problemas de salud de la población que se atiende. Es necesaria una política de recursos humanos que establezca objetivos a medio y largo plazo en los servicios de salud pública, tanto desde el punto de vista cualitativo como respecto de su número, distribución y estabilidad en el empleo. Hay que potenciar la coordinación entre los ámbitos de salud pública, asistencia sanitaria y sociosanitaria. Es necesaria una reforma de la legislación sociosanitaria que aborde la necesidad de complementar las medidas de organización y cuidado de nuestros mayores, con una verdadera visión sanitaria y de salud pública. Debemos reforzar la prevención de la enfermedad y la promoción y la protección de la salud, que es nuestra mayor riqueza; hay que hacerlas más visibles y más cercanas a la ciudadanía, revalorizando a sus profesionales.

La crisis está dejando en evidencia las debilidades de nuestro sistema de vigilancia epidemiológica. Debemos contar cuanto antes con un plan de refuerzo de los sistemas de vigilancia que contemple los recursos tecnológicos y un equipo multidisciplinar de profesionales especializados para dar una respuesta adecuada ante cualquier crisis que ponga en riesgo la salud individual y colectiva. La pandemia de la COVID-19 ha supuesto especialmente una grave crisis de salud pública que ha servido para poder constatar que es necesario reforzar la organización a nivel nacional y autonómica, y proveerla de los adecuados recursos económicos, técnicos y personales. En este sentido, es imprescindible reforzar las unidades de salud pública integradas en la atención primaria. Solo así se podrá disponer de un sistema solvente de vigilancia epidemiológica, de control de los casos y de rastreo de estos, fomentando circuitos de abordaje, registro y monitorización para el seguimiento de la curva epidemiológica y detección precoz de brotes para poder adelantarse con la toma de decisiones.

La pandemia del COVID ha demostrado —y lo hace cada vez más— que los retos que debemos abordar en salud pública son transfronterizos. Por todo ello, es muy importante que en el ámbito de la Unión Europea avancemos de forma coordinada en la construcción de unas sólidas políticas de salud pública. El Gobierno de la nación debe gestionar de forma transparente el flujo de entrada de personas en nuestro territorio nacional, comunicándolo de forma rápida y eficaz a todas las autoridades sanitarias, especialmente a las responsables del territorio por los que acceden o por los que se trasladan las personas que han accedido al territorio nacional.

Hay que disponer de una red nacional de laboratorios de salud pública y microbiología en coordinación con el Centro Nacional de Microbiología que permita una rápida respuesta coordinada. Su funcionamiento debe ser en red, coordinado con las redes existentes en los diferentes ámbitos de la salud pública y clínica animal. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud requiere un nuevo reglamento de funcionamiento que actualice el vigente y que sea convergente con lo establecido para las conferencias sectoriales de acuerdo con la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Estas son algunas de las propuestas que, con motivo de mi comparecencia, he querido transmitir a sus señorías, ya que mayoritariamente son de competencia estatal. Creo que la comparecencia en el Congreso es el espacio más idóneo para poderlas trasladar y así lo he hecho. Muchas gracias por su atención y por haberme permitido trasladarles la experiencia de la Junta de Andalucía en el proceso de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 25

vacunación contra el COVID. Tienen a su disposición la copia literal e íntegra de mi exposición que les facilitaré.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor De Torres.

Usted ha hecho todo un relato sobre el Sistema Nacional de Salud. Yo le habría dejado que leyera en la primera intervención toda la exposición de un tirón, porque veo que usted ha entendido que no le quedaba tiempo para contestar a las preguntas de los portavoces. Le ofrezco unos minutos más por si usted quiere contestar a las preguntas concretas que le hicieron. ¿O da usted por finalizada su intervención?

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA** (De Torres Medina): Pues, voy a contestar a algunas de las cuestiones que yo he mencionado.

Sobre la coordinación entre comunidades autónomas, como he dicho en mi primera intervención, nos hemos coordinado de forma eficiente porque al final hemos llegado a vacunar e inocular a todas las personas que hemos podido con las dosis que nos iban dando paulatinamente. Como en todo proceso, nada es perfecto. Ha habido dificultades de comunicación transversal, ya lo he dicho antes. Tenemos que aprender para el futuro todo lo que le he dicho en mi segunda intervención. Esto hay que mejorarlo en el tiempo porque nada es perfecto. Sobre los autotest de antígenos, no les voy a exponer aquí los resultados porque yo he venido a hablar de vacunas. En cuanto a la equidad, evidentemente nosotros hemos cumplido con todos los criterios de equidad.

Por mi parte, no tengo nada más que añadir.

El señor **PRESIDENTE**: Le agradecemos su presencia en esta Comisión y le expresamos todos los parabienes en la gestión de una epidemia que está asolando no solo a Andalucía y a España, sino a todo el planeta.

Muchas gracias.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA** (De Torres Medina): Muchísimas gracias. Buenas tardes.

El señor **PRESIDENTE**: Como sus señorías saben, la siguiente comparecencia es a las siete. Nos quedan veintitrés minutos. Si aparece antes la compareciente, trataríamos de comenzar.

Muchas gracias. **(Pausa)**.

— **DE LA SEÑORA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS) DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA XUNTA DE GALICIA (DURÁN PARRONDO), MEDIANTE VIDEOCONFERENCIA. (Número de expediente 212/002049).**

El señor **PRESIDENTE**: Empezamos ahora la comparecencia de doña Carmen Durán Parrondo, directora general de Salud Pública del Servicio Gallego de Salud de la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia, por videoconferencia. Le agradecemos, ante todo, su presencia en esta Comisión de investigación acerca del proceso de vacunación y le concedemos a usted la palabra para que pueda iniciar su intervención.

Muchas gracias.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD, SERGAS, DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA XUNTA DE GALICIA** (Durán Parrondo): Muchísimas gracias.

Buenas tardes, presidente, señorías. Comparezco ante esta Comisión a petición del Congreso de los Diputados para evaluar la gestión de la vacunación en España y, en mi caso concreto, en lo referido a Galicia. Comparezco además justo ahora, cuando aún vivimos los efectos de esta última ola de la pandemia, la más significativa en cuanto a número de casos pero también proporcionalmente la que menos incidencia ha tenido a nivel de hospitalización y a nivel de fallecimientos. Esto ha sido posible en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 26

gran parte al esfuerzo que se ha hecho en todo el país para acelerar y para gestionar este proceso de vacunación del que hoy vamos a hablar. Durante esta intervención, que durará aproximadamente veinte minutos, abordaré el proceso de vacunación en Galicia, qué resultados se han obtenido con este proceso de vacunación, cuáles han sido las áreas de mejora que hemos detectado y qué oportunidades nos ha brindado esta excepcional campaña de vacunación.

Entrando ya directamente en la gestión de la campaña de vacunación de la COVID-19, como saben, esta se inició una vez que la EMA autorizó la vacuna de Pfizer en Europa y se anunció la disponibilidad de vacunas a través de la adquisición coordinada de los Estados miembros de la Unión Europea. Si bien esta fue una magnífica noticia para todos, no vamos a negarlo, también supuso un reto como pocos para los servicios de salud. Tenemos todos que tener en cuenta que a la escasez de vacunas —me van a oír hablar de escasez de vacunas y de problemas con las dosis durante toda esta intervención— se unía la inestabilidad de las mismas y, además, la necesidad de vacunar a toda la población diana que se definiese en cada momento en el menor tiempo posible. El número limitado de dosis nos obligó a los miembros de la Comisión Nacional de Salud Pública, a la Ponencia de Vacunas y a los responsables sanitarios de las distintas comunidades autónomas a tomar decisiones difíciles. Hubo que establecer criterios de prelación en la administración de las vacunas, priorizando, como no podía ser de otra manera, a las personas más vulnerables. Estos criterios, así como la evidencia científica disponible, se fueron recogiendo y publicando en las distintas versiones de la estrategia de vacunación frente a la COVID-19, partiendo desde la primera de ellas, que se publicó el 18 de diciembre del año 2020.

En lo que respecta a nuestra comunidad, Galicia, se elaboró un Plan Gallego de Vacunación, publicado en su primera versión el 23 de diciembre del año 2021, en el que se detallaba pormenorizadamente la priorización de grupos de riesgos para su vacunación, siempre teniendo en cuenta y sobre la base de la estrategia nacional, donde también se detallaba el proceso de distribución de vacunas, el proceso de logística inversa, las características de conservación y administración de las distintas vacunas que se iban comercializando, así como todos los aspectos relacionados con la seguridad, la farmacología, etcétera. ¿Por qué entendimos que era necesario contar con este Plan Gallego de Vacunación? Evidentemente, porque tenemos una comunidad, la comunidad gallega, que tiene una serie de particularidades y una idiosincrasia —como es la dispersión, el envejecimiento poblacional o el número elevado de centros sociosanitarios— que creíamos que tenían que ser tenidos en cuenta. Por otro lado, también teníamos claro que este programa de vacunación requería que todos los actores implicados debían participar de forma activa en el Plan Gallego de Vacunación y que se debía contar con canales de comunicación fluidos; es decir, en Galicia se debía contar con un plan de gobernanza que fuese garante de la eficacia, de la calidad y de la óptima gestión de un plan de vacunación de reconocida importancia y también de reconocida complejidad. Es por este motivo por el que se constituyó una comisión de coordinación del Plan de vacunación de Galicia, en la que participaban, además de la Dirección General de Salud Pública, distintos representantes del Servicio Gallego de Salud, como la Dirección General de Recursos Humanos, la Dirección General de Recursos Económicos o la Dirección General de Asistencia Sanitaria, así como también la Subdirección General de Tecnologías. Esta comisión se reunía diariamente al principio de la campaña y después de manera semanal.

En lo que respecta a las áreas sanitarias, que eran y son las que deben materializar el proceso de vacunación, se nombró un coordinador de vacunación COVID en cada área y se estableció con ellos una comunicación diaria y continua para trasladar los cambios en el Plan de vacunación, para establecer con ellos y analizar las oportunidades de mejora y también las estrategias para la resolución de los problemas que pudieran surgir. Asimismo, se realizaban paralelamente reuniones semanales con los gerentes de las áreas sanitarias.

También en determinados momentos fue preciso contar con la participación de las consejerías de Educación y de Política Social, especialmente cuando se abordó la vacunación del profesorado o la complicada campaña de vacunación que se tuvo que realizar en los centros sociosanitarios. Dense cuenta de que tuvimos que desplazar los equipos de vacunación a cerca de 556 centros sociosanitarios, que son los que existen en Galicia, para vacunar a alrededor de 24.000 residentes y casi 18.000 trabajadores. También por un tema básicamente de equidad se contó, en el ámbito de Política Social, con la colaboración de entidades sociales que permitieron, por ejemplo, la vacunación de personas en riesgo de exclusión social. Insisto en que el objetivo era garantizar el principio de equidad.

En lo que respecta a la comunicación o la colaboración con entidades o grupos de trabajo a nivel nacional, desde luego Galicia participó de manera activa, al igual que el resto de comunidades autónomas,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 27

en la Ponencia de Vacunas, en la Comisión de Salud Pública, en el consejo interterritorial y también en las reuniones bilaterales. Por otra parte, nuestra relación con la comunidad científica ha sido siempre permanente. No solo se ha colaborado con expertos reputados en la gestión del conocimiento, sino que, además, se han establecido dos líneas de investigación sobre la seguridad y eficacia de las vacunas frente a la COVID con el centro colaborador de la OMS en seguridad vacunal de Santiago de Compostela.

Otro de los aspectos importantes y que queremos resaltar en esta intervención ha sido la organización de la logística, una logística que ha tenido que ser ágil y flexible. Además, tenía que aunar la correcta conservación de las vacunas, la distribución a los puntos de vacunación y garantizar que no se perdiera ninguna dosis. Es decir, era necesario contar con un sistema de logística inversa. Para ello, partimos de una experiencia de éxito, que es la experiencia de nuestra plataforma logística, una plataforma logística ubicada en Negreira, que centraliza los *stocks* de material fungible para su distribución posterior a los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud. Como les decía, partiendo de esta experiencia de éxito, se habilitó un único punto de almacenamiento de vacunas y un sistema para su distribución diaria, así como para la recogida, también diaria, de las dosis excedentes —ese es el sistema de logística inversa—, garantizando la trazabilidad tanto de las vacunas como de la temperatura de conservación.

En lo que respecta a la gestión de los recursos humanos, hubo que constituir equipos de enfermería con formación específica en vacunación. Inicialmente contamos con cien equipos, formados por doscientos enfermeros y enfermeras voluntarios para asumir este trabajo, que fueron sistemáticamente sustituidos en sus centros de origen. Este grupo de doscientos enfermeros y enfermeras fue aumentando a medida que disponíamos de mayor volumen de vacunas y cuando fue necesario centralizar el proceso de vacunación en grandes recintos. Además, en estos puntos de vacunación se contó —y se cuenta a día de hoy— con otros profesionales como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo, informáticos, profesionales de seguridad, protección civil y un largo etcétera.

La estrategia de vacunación de Galicia ha ido cambiando en función de la población diana, en función de la comercialización de las distintas vacunas y también del número de dosis disponibles. Teniendo en cuenta esta población diana, se han utilizado distintos puntos de vacunación. Hemos vacunado en los centros sociosanitarios, donde evidentemente se ha vacunado a los residentes y trabajadores; también en los centros hospitalarios, donde, por ejemplo, se ha vacunado a los profesionales de los centros sanitarios, a los profesionales esenciales, a personas con patología de riesgo y un largo etcétera. Por el contrario, en los centros de atención primaria solamente hemos vacunado a las personas de 80 años o más. También hemos acudido a los domicilios de los pacientes y, como les comentaba anteriormente, también se han utilizado grandes recintos de vacunación cuando el volumen de vacunas ha sido el suficiente.

Además, igual que hemos adaptado la logística y los lugares de vacunación, también ha sido precisa la adaptación de las formas de convocatoria. En Galicia se ha utilizado un sistema mixto y se ha pasado de la convocatoria telefónica inicial a los grupos de población de mayor edad a lo que llamamos la industrialización de la cita. De forma general, lo que se ha utilizado en Galicia en el mayor número de pacientes ha sido un envío de SMS, donde se informaba del lugar, del día, de la hora de la cita y también se ponía a disposición un QR que ha facilitado, por un lado, la ratificación de la cita en los puntos de vacunación, y, por otro, la descarga directa de los datos del paciente para proceder a su registro, lo que ha supuesto un ahorro importante de tiempo y, evidentemente, una mayor eficiencia en todo el proceso de vacunación. Además, hemos reforzado el sistema con llamadas telefónicas automatizadas para aquellas personas que no disponían de teléfono móvil y también con llamadas a través de profesionales para captar a los usuarios que no habían acudido a vacunarse tras la citación. Además, estos sistemas de aplicación telefónica y de SMS se han complementado con sistemas de automatización y con la vacunación sin cita. Hemos abierto los grandes recintos a todas aquellas personas que se quisiesen vacunar y ese es el sistema que a día de hoy está funcionando.

Por otra parte, éramos conscientes de que necesitábamos habilitar teléfonos específicos para solventar las incidencias derivadas de la vacunación, y así se hizo. Estos teléfonos fueron especialmente útiles cuando nos vimos obligados a utilizar listados para determinados grupos de población, lo que complicó sustancialmente el proceso en algún caso. Hablo de casos como el de algún grupo de profesionales y de los listados remitidos por las mutuas como Muface, Mugeju o Isfas. Insisto en que los listados nos complicaron enormemente este proceso de vacunación.

En lo que respecta a la comunicación y a la transparencia, Galicia dispone de una página web con información actualizada de vacunación diaria, que complementa la información que remite el ministerio sobre la vacunación de lunes a viernes, y en la que se reflejan a diario los datos propios de Galicia, lo cual

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 28

contribuye en gran medida a garantizar la transparencia. Además, de forma paralela y por parte de todos los miembros de la Xunta de Galicia, durante este proceso de vacunación se ha llevado una campaña de comunicación constante de todos los datos y de todas las previsiones de los procesos de vacunación, incluyendo comparecencias específicas en el Parlamento de Galicia.

Si bien consideramos que el proceso de vacunación se ha desarrollado con éxito —luego veremos los datos—, también es cierto que se han detectado áreas de mejora que paso a relatar muy sucintamente a continuación. La carencia de vacunas, como he ido diciendo a lo largo de mi intervención, ha sido el principal problema de esta campaña de vacunación, unido a la dificultad de planificar con antelación, dados los continuos cambios en las fechas de entrega de las vacunas. Este hecho nos ha condicionado mucho para poder gestionar con anticipación y nos obligó a tener planificaciones alternativas por si las previsiones fallaban. Efectivamente, fallaron y hubo que utilizarlas. En este sentido, yo creo que hubiese sido importante contar con un plan de gestión de *stocks* a nivel nacional más ambicioso y probablemente más flexible.

Otro de los problemas que hemos tenido ha sido trabajar asumiendo la incertidumbre acerca del conocimiento exacto de este virus, lo que nos ha obligado a basarnos en la opinión de expertos más que en los ensayos clínicos, situación totalmente opuesta a la vivida hasta ahora en la comunidad científica. Por este motivo, nos hubiese gustado que las decisiones tomadas en el seno de la Comisión de Salud Pública hubiesen sido fruto más del consenso, tal como se establece en sus procedimientos de trabajo, que de la votación. Estamos convencidos de que hemos aprendido y estamos convencidos de que a partir de ahora esto va a ser así.

Por último, consideramos que trabajar con listados para citar a los ciudadanos no fue eficiente, y así se ha puesto de manifiesto cada vez que se nos ha dado la oportunidad. También hubo que introducir mejoras en nuestros sistemas de autocitación para optimizar esta forma de convocatoria de los usuarios.

En lo que respecta a la evaluación de los procesos que engloban el Plan Gallego de Vacunación, consideramos que viene avalada por los objetivos de este que, como indiqué al principio de mi intervención, están definidos en la vacunación de toda la población diana en el menor tiempo posible. Respecto a la vacunación de la población diana, Galicia se sitúa entre las comunidades autónomas con mejores indicadores, liderando a día de hoy los porcentajes de población vacunada. Así, sobre la base de los datos publicados por el ministerio el viernes pasado, Galicia se sitúa como la comunidad con mayor porcentaje de población mayor de 12 años con la pauta completa de vacunación; hablamos de un 94,5%. También lideramos el porcentaje de población a la que se ha administrado una dosis de refuerzo —hay algún grupo de edad en el que incluso Galicia dobla la media de España— y somos la comunidad que tiene mayor porcentaje de niños vacunados entre los 5 y los 11 años a los que se le ha administrado la primera dosis —hablamos de primovacunación—, situándonos en un 81,7% —insisto, son datos del viernes pasado— frente a un 55,4% del conjunto de España.

Estos datos hay que complementarlos, ya que no solamente son datos numéricos, sino que también hay que saber cuándo se alcanzaron estos datos, es decir, los compaginaríamos con los tiempos en los que se alcanzaron, y estos tiempos fueron óptimos. Sirva de ejemplo cuándo cumplimos con los objetivos establecidos en la última Conferencia de Presidentes respecto tanto a las dosis de refuerzo como a la primera dosis de los niños de 5 a 11 años. Solamente les voy a poner un par de ejemplos. En cuanto a la primovacunación de los niños de 5 a 11 años, los objetivos de Galicia estaban marcados por la Conferencia de Presidentes para el 7 de febrero y Galicia los alcanzó el 15 de enero. Además, nos adelantamos un mes en el tiempo que se estableció para la población de 50 a 59 años y dos meses respecto a la población de 40 a 49 años. Sobre la base de todos estos resultados, realizamos un análisis de cuáles fueron los factores clave para la obtención de estas cifras. Creemos que estos factores claves han sido, en primer lugar, la oportunidad de apostar por la vacunación en grandes recintos, que creemos que ha sido determinante, y, en segundo lugar, la forma de citación, la industrialización de la citación, como comentaba anteriormente. Creemos que también ha sido muy importante la campaña de vacunación realizada y en ella ha habido dos factores clave: por un lado, la implicación, la vocación y la dedicación de todos los profesionales y, por otro, la responsabilidad de todos los gallegos y de todas las gallegas que han acudido de manera sistemática cuando se les ha convocado a los puntos de vacunación.

Resumiendo, todos somos conscientes de que este ha sido un proceso muy complejo, con muchos factores y agentes implicados, pero creemos que se ha desarrollado en Galicia sin incidencias destacables y que se ha desarrollado cumpliendo nuestro objetivo inicial de administrar todas las dosis de las que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 29

disponíamos en el menor tiempo posible con el único fin de salvaguardar la salud de los gallegos y de las gallegas.

Por mi parte, nada más en esta primera intervención.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doña Carmen Durán.

Pasamos, entonces, al turno de los distintos portavoces de la Comisión. En primer lugar, tiene la palabra la señora Inés Sabanés.

La señora **SABANÉS NADAL**: Gracias, presidente.

Muchísimas gracias por su intervención, por los datos y por el análisis que nos ha hecho del funcionamiento del sistema de vacunación en Galicia. Voy a hacerle dos o tres preguntas, que son similares a las que también he planteado a otros intervinientes.

En primer lugar, en cuanto al funcionamiento de la coordinación no solo entre las comunidades y el Gobierno central, sino también entre las diferentes comunidades, no sé si en ocasiones se han lanzado mensajes distintos desde las diferentes comunidades. En segundo lugar, ¿cómo ha resistido el sistema sanitario y, fundamentalmente, los centros de atención primaria por todo el proceso de vacunación? ¿Cómo se han visto afectados los programas de citas y los programas preventivos o la atención hospitalaria? ¿En qué medida se ha resentido? ¿Ha habido que aportar más personal o más profesionales sanitarios? ¿Todavía este tema sigue afectando a la prevención y al funcionamiento de los sistemas sanitarios? Es un tema que nos ha preocupado a lo largo del tiempo.

En cuanto a lo que han sido las debilidades del propio sistema, en este caso de las comunidades autónomas —lo hemos leído en los medios de comunicación y lo hemos escuchado a lo largo del tiempo—, creo que nos quedan claros los problemas que alegan las comunidades autónomas de coordinación con el propio Estado. Me gustaría saber si Galicia, teniendo en cuenta su distribución y complejidad territorial, sus diferentes núcleos, su propia situación y las propias necesidades de edad, distancia o densidad, ha tenido problemas en este proceso de vacunación. Me gustaría saber si habría algo específico en el proceso de vacunación dentro de Galicia.

Nada más. Le reitero las gracias por la aportación de su información.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Tiene, a continuación, la palabra la señora Rosa Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes, doña Carmen Durán.

La pregunta es cómo han gestionado en Galicia los test de antígenos vendidos en las oficinas de farmacia. Nosotros hemos hecho esta pregunta también a la directora general de Salud Pública de Extremadura y nos ha dicho que no se han podido valorar los casos como positivos, sino como sospechosos, algo que es natural. Quería preguntarle si es eso lo que han hecho en Galicia y si usted considera que estos test sacados fuera del sistema público pueden complicar, dado que no se validan, los rastreos y el seguimiento de los contagios.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Medel.

Le toca ahora el turno a la señora Ana Prieto.

La señora **PRIETO NIETO**: Buenas tardes. *Señora directora xeral de Saúde Pública, boas tardes.*

En primer lugar, me gustaría agradecer su presencia aquí, sus explicaciones y, además, su seriedad y su rigurosidad, frente a aquellos que decían, allá por el 17 de noviembre de 2020, que la vacuna no llegaría hasta abril de 2021. El 27 de diciembre de 2020 empezó la vacunación en España. Y llegamos hasta hoy, hasta esta semana: la pauta completa alcanza al 90,9% de la población diana, el 77% de las personas mayores de 40 años cuentan con dosis de recuerdo y —el dato en Galicia es más alto; usted lo ha dicho— más del 55% de las niñas y los niños entre 5 y 11 años tienen ya su primera dosis.

Es verdad que la estrategia española de vacunación cumple objetivos, y que el primero de ellos es proteger a las personas más vulnerables frente al virus, como están haciendo ustedes y el resto de las comunidades autónomas. Es verdad que España fue el primer país de la Unión Europea en inmunizar al cien por cien de los mayores de 80 años, la población más vulnerable. Y es verdad que el proceso de vacunación es un éxito de país, en donde la comunicación, la coordinación y la gobernanza han sido

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 30

claves. Este modelo de cogobernanza, junto con las comunidades autónomas, junto con las estrategias española y europea de vacunación y junto con el liderazgo del Gobierno de España y el liderazgo y coordinación del Ministerio de Sanidad, nos ha llevado a que los hitos comprometidos se hayan cumplido. Sabemos que las vacunas salvan vidas, que son seguras y eficaces, y que la disponibilidad de las coberturas vacunales nos refleja el avance de la ciencia y del conocimiento. Pese a esto, no podemos bajar la guardia: hay que seguir siendo responsables y practicando las medidas de prevención y de protección higiénico-sanitarias frente al virus.

Usted habló de alguna incidencia en cuanto al reparto de vacunas. Entiendo que usted sabe —si no, nos lo dirá— que las incidencias en los repartos se han debido a la disponibilidad de las dosis y que los criterios de reparto se fueron adaptando a la disponibilidad de las dosis y a los grupos a vacunar. Allá por mayo de 2021 —lo dije en la comparecencia anterior y lo vuelvo a repetir en esta— el Defensor del Pueblo aseguraba que el proceso de vacunación se estaba desarrollando de forma muy positiva, pero casi casi en esa misma fecha también había quien decía que tardaríamos cuatro años en vacunar a toda la población. Hoy apenas hace un año que empezamos a vacunar y ya está el 90,8% de la población vacunada con la pauta completa, y en eso tienen mucho que ver también las comunidades autónomas.

Es verdad también que la partida de 1463 millones de euros de los presupuestos, compuesta por fondos europeos y fondos nacionales, está destinada a continuar comprando vacunas contra la COVID. De ahí la importancia de los Presupuestos Generales del Estado.

Usted los ha mencionado, quisiera agradecer al personal de enfermería su trabajo en todo este proceso de vacunación.

Ahora solo me queda hacerle unas preguntas. La primera es cómo calificaría usted la estrategia de vacunación en España y sus actualizaciones. Otra pregunta es si se ha seguido el criterio técnico de la Ponencia de Vacunas. ¿Se ha garantizado en esta estrategia la equidad en el acceso a la vacuna para toda la población, en este caso en Galicia, nuestra comunidad autónoma? ¿Cómo cree usted que está siendo la coordinación y la colaboración entre administraciones sanitarias? ¿Qué elementos cree usted, como experta, que explican nuestra actual cobertura vacunal? Me gustaría saber su opinión sobre la estrategia de vacunación en lo referente a las dosis de refuerzo. Quisiera saber también su opinión —parece que hoy se suscitó alguna duda— sobre la importancia de que las personas que están ingresadas por COVID estén vacunadas o no. También me gustaría saber qué recomendaría usted que hay que hacer con el programa de vacunas de cara al futuro. La última pregunta es sobre la salud pública, permítame, en Galicia. ¿Cómo influye el recorte de alrededor de unos quinientos profesionales sanitarios en Galicia para la salud pública y para el bienestar de las gallegas y los gallegos?

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Prieto.

Doña Carmen Durán, tiene usted ahora la palabra para contestar a las intervenciones de los distintos portavoces. Gracias.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS) DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA XUNTA DE GALICIA** (Durán Parrondo): Muchísimas gracias. Muchísimas gracias también a las personas que nos han trasladado estas inquietudes.

En primer lugar, respondo a una pregunta de la señora Sabanés. La coordinación entre las comunidades autónomas se establece, fundamentalmente, en la Ponencia de Vacunas y en la Comisión de Salud Pública. Son dos organismos e instituciones que pretenden aunar las opiniones de los distintos representantes de la Dirección General de Salud Pública y de los técnicos; digamos que es el foro donde deberíamos ponernos de acuerdo. De ahí mi insistencia en que esa Comisión de Salud Pública sea una comisión que tome decisiones de consenso, porque son decisiones que luego se van a aplicar al conjunto de las comunidades autónomas. Este es uno de los fallos que, desde mi punto de vista, ha habido durante el abordaje de esta campaña de vacunación.

En cuanto al sistema sanitario en Galicia, lo que hemos hecho ha sido un enfoque para que no se resintiese el sistema sanitario, es decir, para que pudiésemos seguir ejerciendo nuestra labor asistencial y, paralelamente, vacunando. De ahí que se contratasen equipos de enfermería para que específicamente se dedicasen a esta vacunación y que, cuando fueran personas que ejercían en el ámbito hospitalario o en el ámbito de la atención primaria, se les sustituyera en su totalidad. Además, como ya he comentado en mi intervención, lo que intentamos fue liberar en todo momento de la vacunación a los centros de salud,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 31

donde se vacunaba solamente a las personas de 80 años o más y siempre con equipos externos de vacunación, es decir, sin utilizar a las enfermeras y enfermeros de los centros de salud, con el fin de que estos no se viesan afectados en su trabajo diario. Con esto también queríamos evitar las aglomeraciones que podían producirse en centros con una capacidad limitada.

Usted se ha referido a las debilidades, pero yo diría que Galicia tiene fortalezas, no debilidades. Tiene la fortaleza de su geografía, y lo que se nos ha puesto encima de la mesa ha sido un problema por la dispersión. La dispersión poblacional es importante y tenemos a población muy mayor, lo que nos ha obligado en todo momento a tenerla muy en cuenta y a diseñar procesos logísticos, procesos de planificación y, en definitiva, procesos de vacunación que tuviesen en cuenta esta enorme dispersión. Fíjense ustedes, cuando queríamos ir a los domicilios de los pacientes para vacunarles —pongo nada más que un ejemplo— tuvimos que hacer rutas específicas, debido a la enorme lejanía que podía haber de un punto a otro, donde se marcaban exactamente los domicilios, de forma que nos permitiese vacunar al mayor número de personas en el menor tiempo posible, porque, además, había una enorme labilidad por parte de las vacunas en cuanto a la temperatura. Probablemente esta haya sido la mayor dificultad que nos hemos encontrado en nuestra comunidad autónoma, además de que hemos tenido que afinar herramientas y, como les comentaba anteriormente, afinar los sistemas de autocitación.

Respondo a la señora Medel. Respecto a los test de antígenos, desde el primer momento en Galicia nos anticipamos un poco a la decisión que se tomó a nivel central. Teníamos muy claro que queríamos que las oficinas de farmacia colaborasen en la realización de test de antígenos. Además de esto, cuando llegó el momento en que se aprobó por la Comisión Nacional de Salud Pública que esos test de antígenos valdrían como prueba para confirmar que el paciente no era un caso sospechoso, sino un caso confirmado —insisto, ratificado por la ponencia de alertas y, posteriormente, en la Comisión de Salud Pública—, Galicia tenía muy claro, y nosotros desde Salud Pública también, que necesitábamos que esto estuviese registrado. Entonces, lo que hemos hecho desde el principio ha sido que todos los autotest de los pacientes que han dado positivo y que se realizan en presencia de un farmacéutico en una oficina de farmacia, que es un establecimiento sanitario, se validan por el farmacéutico y, si son positivos, el resultado se integra en nuestras bases de datos de laboratorio, poniéndose automáticamente en marcha toda la cadena automatizada de procesos para que conste a todos los efectos como positivo, tanto para el centro de seguimiento de contactos como para el médico de atención primaria —les sale en su lista de trabajo— y la enfermería, desde un punto de vista de salud pública.

En cuanto a toda la batería de preguntas que nos ha hecho la señora Prieto, creo que, en primer lugar, hay que hacer una reflexión. Efectivamente, como he comentado a lo largo de mi intervención, hemos vivido un escenario de auténtica incertidumbre: no sabíamos exactamente cómo se iba a comportar el virus del SARS-CoV-2, qué cantidad de vacunas iban a llegar a España o durante cuánto tiempo. Incluso recuerdo afirmaciones del propio presidente del Gobierno, el presidente Sánchez, hablando de inmunidad de rebaño y comentando que esta estaba en un 70 %, cuando toda la comunidad científica lo poníamos en tela de juicio. Entiendo que también ha habido algún tipo de problema generado por esta incertidumbre que llevo comentando desde que el comienzo de mi intervención.

Por otra parte, en relación con lo que opino respecto al proceso de vacunación —si me permiten, lo voy a hacer de manera global— y a nuestra relación con el Gobierno central y con el Ministerio de Sanidad, haré algunas consideraciones que creo que tienen que ser tenidas en cuenta para evaluar correctamente esta campaña de vacunación. En primer lugar, como ya indicaba anteriormente, las comunidades hemos asumido un reto importante, y me atrevería a decir que histórico, con la gestión de esta campaña de vacunación frente a la COVID-19. Se ha tenido que organizar en tiempo récord la vacunación de, prácticamente, toda la población, en un escenario de pandemia, de incertidumbre, de escasez de vacunas y de problemas serios para poder planificar con cierta anticipación. Insisto en que es mérito de todas las comunidades autónomas. Además, en mi comunidad, Galicia, a pesar de todas estas dificultades y de las dificultades que les he comentado antes debido a las características de nuestra población, sobre todo a la dispersión, hemos podido desarrollar un modelo de éxito, liderando los objetivos de vacunación en el conjunto de España, y esto no se nos puede olvidar, al menos a nosotros, a los gallegos. Somos líderes, insisto, en la vacunación en el conjunto de España.

Pero, bueno, con independencia de este magnífico resultado final, creemos que hay cuestiones sobre las que se debería reflexionar. En primer lugar, sobre la transparencia relativa a la distribución de las dosis de las vacunas. Galicia solicitó esta información a través de los cauces pertinentes en el consejo interterritorial y nunca se nos aclaró. Inicialmente, se nos hablaba de que se nos distribuían las vacunas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 29

7 de febrero de 2022

Pág. 32

con un criterio poblacional, cuando, obviamente y ante la importante escasez de vacunas, tenía que haber sido por un criterio de población diana. Después, se fue corrigiendo a medida que avanzaba el proceso. Pero nunca llegamos a saber oficialmente los criterios exactos por los que se realizaba el reparto de vacunas. De hecho, hubo disfunciones que nos sorprendieron a los técnicos, como no utilizar el criterio de qué personas ya habían pasado la COVID, que quedaban excluidas de este proceso de vacunación, porque solamente había que darles una dosis. Yo creo que tenemos que reflexionar sobre esto y mejorarlo. Por otra parte, voy a volver a insistir en que es necesario tomar decisiones por consenso. Decisiones tan importantes para toda la población hay que tomarlas por consenso, máxime cuando quedan ratificadas en los procedimientos normalizados de trabajo de una comisión como la de Salud Pública. Vuelvo a insistir en que es necesario elaborar un plan nacional serio de gestión de *stocks* y mucho más flexible del que ha sido hasta ahora. Aprendamos de esta campaña de vacunación y que no nos vuelva a suceder. Además, estoy pidiendo un plan de gestión de *stock* que ya tenemos en las comunidades autónomas. Por otra parte, hay que establecer una estrategia de gobernanza real, —no entiendo muy bien lo de cogobernanza; lo de gobernanza sí—. Yo creo que hay que establecer una estrategia de gobernanza real, en la que quede perfectamente definido el papel que tiene cada comisión, el papel de cada organismo, así como los canales de comunicación precisos. De esta manera, no tendremos ningún tipo de error. En definitiva, creo que no me equivoco al afirmar que las comunidades hemos llevado a cabo —insisto, las comunidades autónomas— un plus de trabajo sin el que España no hubiera alcanzado a día de hoy las cifras de vacunación con las que cuenta.

Para terminar, quisiera repetir que todas las decisiones que se han adoptado y que quedan reflejadas en la estrategia de vacunación no han sido en su mayoría tomadas por consenso. En Galicia hemos diferido en muchísimas ocasiones de las decisiones que se estaban tomando, porque veíamos que había cierta incertidumbre. A pesar de esto, hemos cumplido a rajatabla cada una de las decisiones que se han tomado en la estrategia, haciendo un ejercicio de lealtad. A este respecto, no tenemos más remedio que asumir la decisión que se ha tomado de establecer un periodo inicialmente de cuatro semanas para la dosis de refuerzo de las personas que habían pasado la COVID-19 —con esto doy respuesta a la señora Prieto— y que posteriormente se cambia a ocho semanas en función de lo que dice la comunidad científica. Insistimos en que nosotros siempre hemos cumplido con la estrategia de vacunación, a pesar de que en muchísimas ocasiones no hemos estado de acuerdo.

No quiero alargarme más, porque es tarde. Les agradezco muchísimo sus preguntas y sus intervenciones.

El señor **PRESIDENTE**: Mucha gracias, doña Carmen Durán, por su intervención en esta sesión de comparecencias. Al igual que al resto de responsables autonómicos, le deseamos lo mejor para la gestión de la pandemia en Galicia, porque será un éxito para toda la ciudadanía.

Mais nada. Moitas grazas.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA XUNTA DE GALICIA** (Durán Parrondo): Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se da por finalizada esta sesión. Mañana continuaremos con el resto de comparecencias.

Se levanta la sesión a las siete y veinte cinco minutos de la tarde.

Corrección de error.

En el «Diario de Sesiones» número 28, correspondiente a la Comisión relativa a la gestión de las vacunas y el Plan de Vacunación en España, sesión número 7, celebrada el lunes 13 de diciembre de 2021, en la página número 2 debe decir: «Se abre la sesión a las once y cinco minutos de la mañana».

cve: DSCD-14-CI-29