



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES DE INVESTIGACIÓN

Año 2022

XIV LEGISLATURA

Núm. 30

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. 9

celebrada el martes 8 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:

- | | |
|--|-----------|
| —De la señora directora ejecutiva de la Fundación Salud por Derecho (López García). (Número de expediente 219/000666) | 2 |
| —Del señor secretario general de Salud Digital, Información e Innovación del SNS del Ministerio de Sanidad (Muñoz Montalvo). (Número de expediente 212/002050) | 11 |
| —Del señor Puigventós Latorre (Hospital Universitario Son Espases, especialista en farmacia hospitalaria, jubilado), mediante videoconferencia. (Número de expediente 219/000667) | 19 |

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 2

Se abre la sesión a las once y cinco minutos de la mañana.

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:

— **DE LA SEÑORA DIRECTORA EJECUTIVA DE LA FUNDACIÓN SALUD POR DERECHO (LÓPEZ GARCÍA).** (Número de expediente 219/000666).

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías.

Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Investigación relativa a la Gestión de las Vacunas, en este caso con la comparecencia de doña Vanessa López García, directora ejecutiva de la Fundación Salud por Derecho, a la que de antemano le agradecemos su presencia aquí en el Congreso, muchas gracias, y a quien le pasamos la palabra para que inicie su intervención

La señora **DIRECTORA EJECUTIVA DE LA FUNDACIÓN SALUD POR DERECHO** (López García): Buenos días. Muchas gracias, señorías, por invitarme a participar en esta Comisión.

Soy Vanessa López, cofundadora y directora de la Fundación Salud por Derecho. Somos una organización de defensa de los derechos humanos que nos dedicamos a defender el derecho a la salud y trabajamos fundamentalmente en tratar de cambiar el sistema de innovación de medicamentos para asegurar que todo el mundo tenga acceso a los medicamentos que necesita y a un precio asequible. También en impulsar una buena respuesta a las pandemias de sida, tuberculosis y malaria por parte del Gobierno español, y, por otra parte, también en asegurar el acceso a la salud de todas las personas y muy especialmente de la población migrante indocumentada en nuestro país en este momento. Salud por Derecho también coordina la plataforma No es sano, que es una campaña de la que forman parte organizaciones como la Sociedad Española de Salud Pública, la OCU, la Asociación por el Acceso Justo al Medicamento, No gracias, Médicos del Mundo, la CECU —creo que no me dejo a nadie más—, y alguno de estos compañeros y compañeras ya han comparecido aquí. El objetivo de mi intervención va a ser compartir con ustedes una foto sobre la situación actual, sobre dónde estamos y también tratar de hacer un relato de qué se ha hecho, qué hemos hecho bien, qué se ha hecho mal, y, sobre todo, también qué tendríamos que estar haciendo, porque todavía hay margen para reconducir las cosas, y ahí hay posibilidades para hacer un cambio de rumbo importante.

Lo primero que tengo que decir es que es una obviedad el éxito de la vacunación en nuestro país, hoy en día casi el 82 % de la población española tiene la pauta completa de vacunación y en el caso de Europa hablamos del 70 % más o menos. Esta realidad positiva contrasta con la desigualdad insoportable que se da en el resto del mundo. En los países de bajos ingresos, sobre todo en África subsahariana, apenas el 10 por 100 de la población tiene la pauta completa, y hay países como, por ejemplo, Sudán que no alcanza ni el 4 % de población vacunada con dos dosis. Esta situación, que uno podría pensar que se debe a los escasos recursos que tienen esos países, en realidad se ha debido sobre todo a una actitud de acaparamiento y de nula solidaridad por parte de los países ricos. Al inicio de las campañas de vacunación y cuando las vacunas estaban disponibles, ya los países ricos, a pesar de que suponen el 14 % de la población mundial, compraron el 54 % de las vacunas disponibles. En el caso, por ejemplo, de la Unión Europea, hasta el momento se han comprado 4200 millones de vacunas cuando nuestra población apenas llega a 500 millones; es decir, se han comprado diez vacunas casi por ciudadano o ciudadana. Otro dato para ilustrar la desigualdad terrible —y estos son datos, por ejemplo, del mes de noviembre—: los países ricos han suministrado en los últimos tres meses más terceras dosis, más dosis de refuerzo que la totalidad de vacunas que se han puesto en los países pobres en todo un año. Por tanto, creo que esta falta de solidaridad y de humanidad ha hecho no únicamente que personas en esos países fallezcan, mueran, sino también, desde el punto de vista de salud pública, es poco inteligente en una pandemia como la que tenemos, si las poblaciones siguen sin estar vacunadas las nuevas variantes van a seguir surgiendo, y lo estamos viendo de forma cotidiana.

Otro punto importante para situarnos es que necesitamos nuevas vacunas. El éxito de poner en el mercado un número importante de vacunas es innegable, pero todavía necesitamos mejores vacunas que tengan mayor capacidad para eliminar la transmisibilidad del virus, igual que también necesitamos nuevos medicamentos y tecnologías que puedan lidiar con la enfermedad. Esto es importante tenerlo en cuenta, porque significa que la agenda de investigación continúa, que los esfuerzos en investigación deben

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 3

continuar, y que, por tanto, los esfuerzos de inversión pública van a estar ahí, y necesitamos en este aspecto hacer las cosas de un modo diferente, y ahora me referiré a ello.

Algo que creo que también es importante resaltar sobre la situación actual es que las donaciones, que son las estrategias que los países ricos han puesto sobre la mesa para tratar de que los países pobres tengan acceso, no son suficientes. Conocíamos hace un par de días que el Gobierno español ya ha puesto a disposición de algunos países, sobre todo en América Latina, pero también en África, 50 millones de vacunas, pero si miramos lo que han venido haciendo el resto de países no se han alcanzado los compromisos. Hace meses, los países más ricos del planeta comprometieron donar 1800 millones de vacunas para los países pobres, pero hasta la fecha, y estamos hablando del mes de noviembre, se había distribuido en torno a un 18 %, es decir, tampoco ha funcionado. Y luego, por otra parte, también tenemos que tener en cuenta que se están haciendo las cosas mal a la hora de despilfarrar vacunas. Hace unos meses, el British Medical Journal alertaba de que para 2022 se corría el riesgo de que casi 4000 dosis de vacunas iban a caducar, sin que además fueran donadas a estos países; es decir, un despropósito. Millones de personas todavía sin vacunar a estas alturas, dosis acaparadas por los países ricos que no estamos utilizando o que se van a despilfarrar e inmensas cantidades de dinero público que no están siendo bien gestionadas, a este punto me gustaría ir.

Voy a la parte de qué hemos hecho y qué hemos hecho mal. Aparte de que las inversiones en investigación son fundamentales, la rapidez con la que se han llevado las vacunas al mercado ha sido gracias a las ingentes cantidades de dinero público que se han puesto sobre la mesa. Es muy difícil dar cifras consolidadas, porque aquí hay una falta de trazabilidad y de transparencia importante, pero por apuntar algunas que seguramente están desactualizadas, en el caso, por ejemplo, de un dato que ofrecía actualizado a julio de 2021 el Geneva Institute, que es una institución muy solvente, hablaba de que solo en cantidades directas a I+D de vacunas de COVID se habían aportado 6600 millones de dólares; solo es una parte pequeña de la porción, seguramente hay más. Por supuesto que hay más cantidades de dinero, pero no están trazadas, no están contabilizadas. Otro caso, por ejemplo, que nos ilustra el gran esfuerzo público que se ha venido haciendo: en el caso de la vacuna de AstraZeneca, el 75 % de la inversión ha sido pública, tanto por parte del Reino Unido como de la Unión Europea. Por ejemplo, otro dato: en compras avanzadas de vacunas, que ha sido una de las políticas principales que han hecho los países, se han gastado globalmente casi 90 000 millones. En el caso de la Unión Europea, un dato también del mismo centro, del Geneva Institute, de julio de 2021, se hablaba de que la Unión Europea había gastado en compras avanzadas 22 500 millones de euros. Esta cifra a día de hoy es superior, no les puedo dar el dato, pero se han venido haciendo nuevos contratos, y nos da una idea del volumen tan inmenso. Han sido acuerdos de compra avanzada que han servido para financiar el esfuerzo de investigación, desarrollo y producción de las empresas, y minimizar los riesgos y asegurar un volumen de compras si las vacunas eran exitosas, luego lo veremos. Algo tenía que decir la Unión Europea y todos los países que han financiado el que las vacunas lleguen a desarrollarse y a comercializarse.

Sobre la inversión pública en el caso de España, de nuevo la dificultad para ofrecer datos consolidados está ahí. España comprometió 85 millones de euros para CEPI, que es una institución, una iniciativa internacional que en el caso de las vacunas de la COVID ha sido muy importante para impulsar la investigación y desarrollo, 85 millones. Luego, por ejemplo, datos del Cedeti nos apuntan que seis o siete empresas españolas han invertido algo más de 7 millones de euros, entre las que se incluye, por ejemplo, el caso de Hipra, que está muy en boga porque están muy avanzados los ensayos clínicos. Esta empresa ha recibido, por los datos que están disponibles, 9 millones de la Unión Europea y 3 del Gobierno español. Y luego otro dato que tiene que ver con el dinero gastado por parte de España, del Gobierno, en vacunas: en 2021 se han invertido 1200 millones para la compra de vacunas. Son algunos datos, perdonen que no estén muchos de ellos actualizados, ni consolidados, porque la falta, insisto, y eso es importante, de transparencia y de trazabilidad de todas las inversiones es manifiesta.

Cómo se han ido sucediendo los hechos, qué ha ido pasando. En abril de 2020, varios gobiernos, entre ellos la Unión Europea y la OMS, hicieron un esfuerzo conjunto por tratar de crear iniciativas que pudieran acelerar el desarrollo de vacunas, diagnósticos, medicamentos para la COVID, y de alguna manera también asegurar su acceso equitativo, y se creó lo que se viene a llamar el ACT, que en español sería el Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID. En mayo de este mismo año la Comisión Europea hace una reunión con sus países miembros y se logran movilizar 16 000 millones de euros para esta iniciativa, que tiene, no sé si ustedes lo saben, diferentes patas: pata de diagnóstico, pata de vacunas, pata de sistemas de salud y pata de medicamentos y tratamientos. Una de las partes más

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 4

importantes de ACT fue Covax, que es el que se encarga directamente de las vacunas, tanto de acelerar y apoyar su investigación y desarrollo como luego de gestionar las compras y la distribución. En este caso, el objetivo de Covax era asegurar o distribuir 2000 millones de vacunas para los países de bajos y medios ingresos, pero a la vez también la idea de Covax era servir como una plataforma preferente para la compra, la adquisición de vacunas de todos los países. Es decir, utilizar esa capacidad de compra y utilizar este mecanismo para hacer un reparto equitativo de las mismas, puesto que ya se preveía que la demanda iba a ser muy superior a la oferta, y la norma era que el 20 % de las necesidades nacionales de las vacunas estarían cubiertas por este mecanismo. ¿Qué pasó? Que los países ricos tomaron fundamentalmente la vía de acuerdos bilaterales o bien a través de la Unión Europea, y Covax fue quedando como un instrumento marginal únicamente destinado para apoyar a los países pobres, pero además también infrafinanciado, y a día de hoy no ha logrado los objetivos que se había propuesto. Hablaba yo de que eran 2000 millones los que se habían planteado como dosis de vacunas para 2021 y a día de hoy se han distribuido 100 millones en los países elegibles. En cualquier caso, este objetivo de cubrir el 20 % de las necesidades de vacunación de los países pobres ya de por sí era insuficiente, porque lo trágico es que Covax ha sido de las pocas vías que los países pobres han tenido para la compra de vacunas. Es verdad que se ha creado alguna otra iniciativa a nivel de la Unión Africana, pero las compañías farmacéuticas han priorizado la venta a los países ricos porque podían venderlas a precios más elevados.

Por otro lado, en 2020, allá por el mes de junio, la Comisión Europea propuso a los Estados miembros crear un mecanismo de compra conjunta para comprar vacunas. Esto, si miramos puertas adentro, ha sido más o menos exitoso, porque se ha logrado que el 70 % de la población esté vacunada, pero el proceso ha sido yo diría que bastante deficiente por muchas razones; recuerdo que las cifras de compra avanzada han sido muy importantes. ¿Qué es lo que ha pasado? Como decía antes, no únicamente hemos comprado las vacunas a precios importantes —a lo que me referiré ahora—, sino que también hemos financiado su desarrollo, su investigación, hemos minimizado el riesgo que han asumido las compañías, pero esto ha sido con un cheque en blanco. En los acuerdos de compra avanzada no ha habido ningún tipo de condicionamiento por parte de la Unión Europea para fijar un precio consensuado, fijar un precio que tuviera en cuenta los costes reales de producción y desarrollo y las inversiones previas hechas por la Unión Europea. Además, no ha habido ningún tipo de condicionalidad en cuanto a cómo debería ser, por ejemplo, la gestión de la propiedad intelectual o de las licencias; se ha dado simplemente un cheque en blanco a las compañías, y han sido de sobra conocidos los escándalos que ha habido con los contratos con AstraZeneca o la falta de transparencia absoluta en los contratos, algo que no nos parece propio para cualquier tipo de proceso de licitación pública, por ejemplo, en nuestro país, pero que han asumido en el caso de la Unión Europea como algo normal, en la Comisión. Ni siquiera hemos podido conocer los precios de las vacunas de forma transparente y ha sido gracias a filtraciones, por ejemplo, de parlamentarios o parlamentarias. Lo que hemos venido conociendo es que las empresas eximían de cualquier tipo de responsabilidad incluso a la hora de haber efectos secundarios o tener que hacer cualquier tipo de licitación por ese tipo de situaciones, incluso había contratos, que luego se han conocido, en los que se impedía a los países donar dosis sobrantes a países en desarrollo. Es decir, la Unión Europea ha asumido unas condiciones leoninas en absoluto éticas por parte de las compañías, a pesar de haber financiado gran parte del desarrollo de estas vacunas.

Los precios. Aquí me quería referir únicamente a dos cuestiones, seguramente las tengan en la cabeza. A través de las filtraciones se hablaba de que los precios que estaba pagando la Unión Europea rondaban, por ejemplo, en el caso de Moderna los 18 euros por dosis, y en Pfizer y en BioNTech los 12 euros. Aquí lo resaltable es que investigaciones, por ejemplo, de investigadores del Imperial College de Londres apuntan que el coste de producción de estas vacunas de estos casos en concreto de Pfizer y Moderna están entre 1 euro y 2 euros, respectivamente, estamos pagando unos sobrecostes importantes. Por otra parte, también hay que tener en cuenta que estos precios que hemos venido pagando, que pueden resultar para algunos actores relativamente bajos o ventajosos, es una circunstancia que va a cambiar. Hace poco tiempo también los presidentes de estas compañías, por ejemplo, de AstraZeneca y Janssen, ya anunciaban que ellos daban por terminada la pandemia y que a partir de 2023 iban a cobrar otros precios más sustanciosos y a precio de mercado, y no de pandemia. Por tanto, el precio de las vacunas y por extensión del resto de tecnologías que están surgiendo y que van a surgir van a ser un problema; aunque ya lo eran, porque hablábamos también de un volumen de vacunas importante y, sobre todo, de unos precios que nada tienen que ver con los costes reales de investigación y desarrollo de las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 5

inversiones. Pero creo que es importante que fijemos la atención en lo que van a suponer estos productos en el medio plazo y largo plazo para las arcas públicas a nivel global y en el caso de España.

Ahora querría entrar un poco en qué tendríamos que haber hecho, qué podemos hacer, qué cambio de rumbo es necesario. Desde el principio básicamente de la pandemia y por referirme a alguna fecha, por ejemplo, antes de mayo de 2020, que es cuando se ponen en marcha todas estas iniciativas a las que yo me refería, muchos actores veníamos alertando de que las cosas tendrían que hacerse de otra manera. Todo este esfuerzo de cooperación global, de aunar esfuerzos de inversión, de coordinación tendría que haber venido acompañado de algo tan claro como sentar las bases regulatorias y, sobre todo, relaciones con propiedad intelectual para que las vacunas resultantes de este esfuerzo público fueran bienes públicos globales. Es decir, no deberíamos haber dejado en manos de las compañías farmacéuticas el desarrollo de estas vacunas sin ningún tipo de condición y que el mercado operara como estamos acostumbrados. Ese esfuerzo coordinado por parte de todos los países tenía que haber venido acompañado de una manera diferente de hacer las cosas según la que todos los países tendrían acceso de manera equitativa a las vacunas en función de su población, según la que el precio estuviera fijado de antemano para todas las vacunas en función de los costes reales, un margen de beneficio razonable para las compañías y, por supuesto, teniendo en cuenta todo el esfuerzo público. Esto podría haberse hecho, pero no se hizo, entonces nos encontramos en la situación que venía comentando anteriormente, y algo tenemos que hacer. En primer lugar, y aún estamos a tiempo, se trata de que lo importante es que los países dentro de la Organización Mundial del Comercio acuerden una exención temporal a las patentes, no únicamente de las vacunas de COVID, sino de todas las tecnologías sanitarias relacionadas con la pandemia. Esto es algo que lleva sobre la mesa demasiados meses, más de un año y que, afortunadamente, el Gobierno español ha apoyado; es uno de los países que ha sido claro en esta en esta cuestión y lo sigue siendo. Hemos venido pidiendo también al Gobierno que fuera todavía más activo, no para tratar de convencer a la Unión Europea y a Alemania, que son los principales obstáculos en que esto avance, pero es posible que en las próximas semanas pueda alcanzarse algún acuerdo. Esto es fundamental y muchas veces dirán personas del sector farmacéutico que no es necesaria esta medida, puesto que la capacidad de producción de la industria farmacéutica es suficiente. Sin embargo, todavía no están a disposición del mercado las dosis suficientes. Necesitamos ampliar la capacidad de producción de vacunas y desde hace muchos meses hay empresas preparadas para producirlas en diferentes partes del planeta, pero que no han podido hacerlo fundamentalmente porque la propiedad intelectual ha sido un freno. Necesitamos desatascar este problema con esta exención temporal de las patentes, pero también porque, como decía antes, van a venir nuevas vacunas, van a venir nuevos medicamentos; ahora hay medicamentos que tienen precios elevados y que necesitamos que estén disponibles en todos los lugares del planeta a precios asequibles.

Por otra parte, es fundamental compartir el conocimiento y hacer un traspaso, una transferencia de tecnología en abierto para que haya más productores de vacunas. En mayo del mencionado año 2020, la OMS puso en marcha C-TAP, por sus siglas en inglés, que es un pool de patentes intelectual para tecnologías COVID, con la intención de que todos los centros de investigación, empresas y otros actores pusieran a disposición de todo el mundo los conocimientos necesarios para poder producir como bien público, vacunas y medicamentos. Hasta ahora, bueno, digamos que no ha sido muy exitoso, pero sí creo que es muy importante mencionar que España ha hecho una gran apuesta por este mecanismo, y seguramente ustedes sabrán que hace un par de meses, si no me equivoco por las fechas, España ofreció la primera tecnología que se ha ofrecido a C-TAP, que ha sido un test de anticuerpos para la COVID, desarrollado por el CSIC en una licencia no exclusiva para todos los países. Eso significa que cualquier compañía de cualquier país del mundo puede producir este test diagnóstico. Lo que nos gustaría es que otras tecnologías sanitarias del CSIC, otros centros de investigación u otros actores privados con fondos públicos que están desarrollando tecnologías para COVID, sean depositadas en este instrumento.

Cosas que teníamos que haber hecho y que todavía podemos hacer. Esto tiene que ver con las inversiones públicas que España, por ejemplo, está dando y eso por extensión ocurre con otros países y para la Unión Europea también. Es necesario que cuando hay un contrato de financiación por parte, por ejemplo, del CDTI o del Carlos III, en el caso de España, vaya acompañado de condiciones en cuanto a precios máximos, en cuanto a que por defecto la forma de transferir la tecnología sea con licencias no exclusivas, etcétera. Esto es posible hacerlo en el momento en el que se acuerdan las condiciones del contrato, y no se ha hecho en ninguno de los casos. Creo que es importante ponerlo sobre la mesa. Hablábamos antes de Hipra. Que conozcamos, no hay ningún tipo de condición en el acuerdo de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 6

financiación, pero ocurre lo mismo con el resto de los contratos de subvenciones, que tanto el Carlos III como el CDTI han hecho con diferentes instituciones. Nos preocupa, por ejemplo, qué va a pasar con las vacunas españolas que están ahora mismo en una fase de desarrollo mayor si son exitosas. ¿Se van a transferir a una compañía en exclusiva donde se va a poner el precio que se quiera, donde, además, luego vamos a tener que pagar cantidades ingentes de dinero por esas vacunas cuando las hemos pagado por entero? Todas estas preguntas son las que necesitamos hacernos y las que necesitamos cambiar, porque ahora estamos a tiempo para ello.

Las compras avanzadas dentro de la Unión Europea, por ejemplo, van a continuar. Es el momento de que de nuevo se cambie la manera de hacer las cosas, en primer lugar, en cuanto a la transparencia, ya que tienen que ser totalmente transparentes las condiciones de los contratos, incluidos precios y otras cuestiones que son vitales para hacer un rendición de cuentas y un ejercicio de transparencia y buen Gobierno. También necesitamos que esto que he estado diciendo de poner condiciones y una fijación de precios justa sea incorporado. Las inversiones que la Unión Europea está haciendo de diferentes maneras a través de HERA, de Horizonte 2020 y de otros instrumentos financieros, son muy importantes y tenemos la capacidad para negociar estas cláusulas en los contratos.

Para terminar, y yendo más allá del caso de las vacunas COVID y del COVID en general, necesitamos cambiar la manera en la que se fija el precio de los medicamentos. En un informe, señorías, que les llegará en breve y que hacíamos público desde la campaña No es sano, de hace apenas unas semanas alertábamos de que el gasto farmacéutico hospitalario en nuestro país ha crecido de una manera exponencial en los últimos años: un 53 % desde 2014 a 2020. Hay fármacos en nuestro país que cuestan un millón de euros, dos millones de euros, 300 000 euros. Esto es insostenible. Necesitamos que la forma en que se fijan los precios de los medicamentos cambie por completo y que esté basado, como venían diciendo anteriormente, en los costes de investigación, costes reales, pero para eso necesitamos transparencia y trazabilidad de todas las aportaciones públicas y privadas cuando un medicamento se desarrolla o se autoriza; costes de investigación; costes de producción; coste de comercialización; inversiones públicas incorporadas, más un beneficio razonable, lo que se llama un modelo cost-plus. Espero que si finalmente hay una revisión de la Ley del Medicamento en esta legislatura, estas cuestiones que estaba comentando sobre el precio sean incorporadas.

Quiero insistir en que queda todavía pandemia por delante. El sector público, los Estados, España siguen haciendo compras, siguen haciendo inversiones públicas. La ciencia va a continuar y tenemos la capacidad de hacer las cosas de una manera diferente. Todo esto no lo digo yo únicamente, sino que está recogido en millones de dictámenes o acuerdos o resoluciones de la Comisión, del Parlamento, de informes de Naciones Unidas y de la OMS. Necesitamos que al menos en una pandemia como la que tenemos en el mundo, se dé la oportunidad para cambiar las cosas.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Pasamos ahora al turno de los portavoces. En primer lugar, por el Grupo Plural Más País, tiene la palabra la señora Inés Sabanés.

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

Muchísimas gracias por su exposición. Al hilo de la misma, me gustaría poder formularle algunas inquietudes, algunas preguntas y pedirle algunas ampliaciones sobre cuestiones que usted ha planteado. En primer lugar, con respecto a la compra adelantada, quería conocer su opinión sobre la transparencia y evaluación y cómo en todo este proceso se podrían haber conseguido mayores niveles de información y de transparencia, sobre todo por una cuestión, que es cómo se podía haber salvaguardado mejor el interés público dentro de estos procesos de compra adelantada.

Por otro lado, quisiera preguntarle, según su criterio —creo que también lo ha dicho—, de qué manera se ha tenido en cuenta la aportación del sector público —es una idea en la que durante la pandemia y posteriormente, digamos, se está insistiendo y nosotros también creemos que es importante— en todos los procesos de compra adelantada —ha hablado de condiciones en el contrato— y cómo se podía haber reflejado mejor.

Sobre el proceso de vacunación, es evidente que para todos han sido muy importante obtener altas tasas de vacunación. Creemos que en términos generales ha sido muy importante el esfuerzo para obtener estas altas tasas, que no ha sido igual de forma global. Quisiera saber qué mecanismos habría para reducir elementos de desigualdad que claramente se producen y si esta desigualdad —estoy

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 7

hablando ahora de nuestro país y luego le haré alguna pregunta más global—en el acceso puede tener criterios científicos o tiene barreras logísticas de distribución que operan en contra de esa igualdad en la acceso.

Por último —usted lo ha planteado— está todo el tema de la solidaridad, donación de vacunas, el acceso a las mismas de los países más empobrecidos y cómo ha funcionado toda esta cuestión. Me gustaría saber, según su criterio, sobre todo en este momento y a futuro, qué acciones deberían tomar tanto la Unión Europea como los Gobiernos, como nuestro Gobierno, el Parlamento, para resolver lo que ha sido un resultado muy desigual en cuanto al acceso a la vacunación en los distintos países, teniendo en cuenta, sobre todo, que en términos generales ha habido una gran inversión pública y que en una pandemia los resultados de la evaluación han de ser globales. Garantizar una solución para algunos países y no globalmente impide, desde luego, obtener resultados en la lucha contra la pandemia.

Quisiera que nos ampliara su valoración sobre la inversión pública, y cómo esta ha condicionado o debería de haber condicionado tanto la investigación como la distribución y el acceso universal.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Por el Grupo de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra su portavoz, la señora Medel Pérez.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenos días señora López. Bienvenida.

La verdad es que su exposición ha sido demoledora. Ustedes, la Fundación Salud por Derecho, pidieron a la Comisión Europea que cumpliera con la petición del Parlamento Europeo de apoyar la suspensión temporal de las patentes, pero los representantes que han venido de la industria, e incluso la propia directora de la Asociación Española del Medicamento, en esta Comisión pusieron de relieve que si eso se hiciera surgirían una serie de problemas técnicos que hacían inviable o poco eficiente la medida. Otros comparecientes han dicho aquí absolutamente lo contrario, es decir, que esto son excusas, pero que sin una liberación de patentes no vamos a conseguir la vacunación con todos los problemas que de eso se derivan. El representante de AstraZeneca llegó a decir que la empresa no había tenido beneficios en todo este proceso de producción de vacunas. Frente a su argumentación está la otra posición. El señor Marc Botenga, eurodiputado belga, comentó que incluso el mecanismo COVAX estaba manipulado de alguna manera por la industria farmacéutica, como diciendo que ponía condiciones en la cantidad de dosis que se podían donar, etcétera. Él decía que cómo era posible que se consintiera todo esto.

Todo lo que usted está diciendo yo lo resumiría como que al final existe un problema político; es decir, la Unión Europea —no sé si decir la Unión Europea o la Comisión Europea, porque una es una cosa y otra es otra— está demostrando que está priorizando claramente los intereses de la industria farmacéutica frente a los intereses de toda la población; si no priorizando, digamos, haciendo que primen unos beneficios, como diciendo: vamos a producir las vacunas, vamos a repartirlas en los países ricos, pero desde luego aquí va a haber beneficios sustanciosos, cueste lo que cueste, cueste el dinero que cueste. No hay problema para que esas empresas se lleven esos altísimos beneficios. ¿A dónde vamos? Por una parte, está esa voluntad de primar el beneficio industrial y, por otro lado, la falta de transparencia. Hay un dinero público que se pone encima de la mesa, que es lo que ha permitido todo este desarrollo de las vacunas, pero eso no repercute después en el precio final; es decir, es una trasvase de dinero público a manos privadas sin que haya contrapartidas. Eso es lo que no podemos entender ninguno de nosotros y es lo que usted está planteando aquí. La pregunta en realidad es la siguiente. ¿Cree usted que la estructura de la Unión Europea, su propio funcionamiento, es lo que impide tomar decisiones políticas, decidir si vamos a intervenir en la financiación? Es decir, ¿vamos a intervenir y vamos a tener una capacidad de decisión sobre lo que va a costar al final el medicamento, las nuevas tecnologías o lo que sea? Lo que me gustaría saber es si la cuestión es esa, si es ahí donde está el problema. Fíjese en lo que está pasando. Hay un borrador, que es público, del PERTE para la salud de vanguardia que pretende fomentar la colaboración público-privada y la mayoría de las inversiones en ese PERTE están dedicadas a la industria de tecnología e industria farmacéutica, teniendo escasa repercusión sobre el necesario reforzamiento del sistema sanitario público. Hay un dinero público, porque aquí la empresa privada que se relacione con ese PERTE pondrá un capital de 450 millones de euros y el Estado pone 982 millones de euros que vienen de la financiación europea, dirigido a una investigación que no está claramente relacionada con el problema fundamental que tenemos ahora, que es la sanidad pública y la atención primaria —no va dirigida allí, yo lo he leído—, en el que no existe ningún compromiso concreto de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 8

transparencia ni de repercusión sobre el sistema sanitario público de esos 982 millones de euros de financiación pública. En la Comisión de Sanidad se aprobó una PNL en la que se decía que en los PERTE claramente debería exigirse esa transparencia para saber exactamente cómo funcionaba esa colaboración público-privada y a dónde se dirigía la investigación. Parece que seguimos con las mismas prácticas.

Mi pregunta es cómo hay que enfocar eso desde un punto de vista político, si hay que cambiar la forma, si es a nivel europeo, y lo digo porque esto está relacionado con los fondos europeos, con la forma de funcionar de la Unión Europea, o qué otro tipo de solución hay a todo esto.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra su portavoz, la señora Ana Prieto.

La señora **PRIETO NIETO**: Bienvenida, señora López, al Congreso de los Diputados.

El Gobierno liderado por Pedro Sánchez desde el minuto cero de la pandemia tejió una red de seguridad con los hilos de lo público —esto es importante—, movilizando una enorme cantidad de recursos públicos para reforzar la sanidad pública y dar así respuesta a las necesidades derivadas de la pandemia; al mismo tiempo, apostó por la vacunación contra la COVID como una medida eficaz en la lucha contra la pandemia que está cumpliendo los objetivos de prevenir la enfermedad y disminuirla la mortalidad. Quiero recordar que en junio de 2020 España se sumó a la estrategia Europea de Vacunas abriendo un horizonte esperanzador en esta pandemia, después de haber vivido meses durísimos y días muy difíciles.

El proceso de vacunación comenzó el 27 de diciembre de 2020, hace ya más de un año, y ha conseguido con éxito vacunar al 90,9%, actualizado el dato, de la población diana en nuestro país. Por eso el Grupo Parlamentario Socialista cree que se debe reconocer el proceso de vacunación como el éxito colectivo que es. Lideramos la vacunación en Europa e internacionalmente se reconoce el liderazgo de España en la respuesta a la pandemia y se señala nuestra estrategia de vacunación como ejemplo a seguir en el combate contra la COVID. El director regional de la OMS, Hans Kluge, nos pidió que documentásemos las lecciones aprendidas durante la pandemia de la COVID, porque según él somos un ejemplo de éxito para el resto de los países, dentro y fuera de la Unión Europea. Es también un proceso que ha sido puesto en valor por el doctor Tedros, el director de la OMS, y por la señora Ursula von der Leyen, presidenta de la de la Comisión Europea. Por eso creo que es imprescindible remarcar el éxito de la Estrategia Europea de Vacunación y del acuerdo de compra anticipada. También es importante remarcar que la estrategia española de vacunación cumple objetivos, se cumplen hitos, y el primero es proteger a las personas más vulnerables frente al virus. España fue el primer país de la Unión Europea en inmunizar al cien por cien de los mayores de ochenta años y, como dije antes, el 90,9% de la población mayor de doce años tiene la pauta completa.

Es cierto que las vacunas están siendo eficaces en la lucha contra la pandemia, previniendo la enfermedad y disminuyendo su gravedad y mortalidad, y es verdad que nuestra alta tasa de vacunación se ha alcanzado en el marco del Sistema Nacional de Salud también gracias a la responsabilidad y solidaridad de nuestra ciudadanía. Este éxito de país, que es el proceso de vacunación, es resultante del modelo de cogobernanza junto con las comunidades autónomas y gracias a la Estrategia Europea y española de vacunación. Es verdad que las vacunas salvan vidas, que son responsables de que no volvamos atrás y que nos permiten afrontar la situación epidemiológica en mejores condiciones, pero, como decimos siempre, no podemos bajar la guardia, tenemos que seguir siendo responsables y practicando medidas de prevención y protección frente al virus. Pero dicho esto, nadie estará a salvo hasta que hasta que lo estemos todos, y con este motivo quiero destacar que España ha donado 57 millones de vacunas; España ha entregado a través del mecanismo COVAX 50 millones de vacunas un año después de aprobar el Gobierno español el Plan de acceso universal a la colaboración a la vacunación solidaria. Hay que recordar que Covax es una alianza público-privada para garantizar el acceso equitativo a las vacunas contra el COVID de la que forman parte 190 países. Con estas donaciones a través de COVAX España muestra su compromiso con este mecanismo, uno de los pilares de iniciativa-acelerador para el acceso a instrumentos contra el COVID.

Para España, la vacunación es un bien público global, con lo que se sitúa entre los cinco primeros países del mundo en entrega de donaciones a través de COVAX y el segundo donante en América Latina. Han sido asignadas 22 millones de dosis a países de Iberoamérica y el Caribe, 16 millones al África subsahariana y 7,5 millones a la vecindad sur. En los últimos días se han acelerado las entregas en varios países. Por ejemplo, el viernes día 5 de febrero, en línea con la cooperación sanitaria de España con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 9

Iberoamérica, se ha entregado a Colombia un nuevo lote de vacunas donadas por España a través del mecanismo COVAX, una entrega que se ha realizado en presencia de la secretaria de Estado de Cooperación Internacional y del presidente de la República de Colombia. Podría seguir enumerado el número de dosis que llegan a países como Mauritania, Senegal y Siria. Voy a pararme en Siria, que es un ejemplo destacado del compromiso de España con la salud global y en concreto con el pueblo sirio, que atraviesa una grave situación humanitaria, y continúa así la solidaridad con los contextos humanitarios que nuestro país demostró también con la reciente donación de vacunas a refugiados afganos en Irán. El pasado 31 de enero se entregaron más de 300 000 dosis a Senegal, que es un país también prioritario para la cooperación española, y en las próximas semanas se continuarán realizando nuevas entregas.

Señora López, como usted ha dicho, el presidente Sánchez y este grupo hemos apoyado que la propiedad intelectual no puede ser un obstáculo para la lucha contra la COVID, ni para los esfuerzos por garantizar el acceso equitativo y universal a las vacunas que el Grupo Parlamentario Socialista defiende intensamente. Por ello, creemos firmemente que se ha de compartir conocimiento, que se ha de aumentar la producción de vacunas y que se ha de acelerar la distribución. En la Cumbre de Oporto, el pasado mes de mayo, el presidente Sánchez presentó la propuesta española Vacunas para todos en la que España proponía reforzar la transferencia del conocimiento y tecnología, aumentar la producción de vacunas y acelerar su distribución en el planeta, porque de nada sirve conseguir nuestros objetivos de vacunación si el resto del mundo se queda atrás. El Gobierno de España ha apostado firmemente por la solidaridad con otros pueblos, y el presidente Sánchez ha sido muy claro en este asunto con la iniciativa Vacunas para todos.

También quiero destacar la importancia de la partida de 1463 millones de euros de los presupuestos recientemente aprobados en esta Cámara, destinados a continuar comprando vacunas contra la COVID, de los cuales cerca de 293 millones de euros están destinados a adquirir vacunas solidarias, y esto significa invertir en nuestra salud, en la salud de todos y también en nuestra economía.

Dicho todo esto, quería hacerle un par de preguntas. Cuáles son los países que más han cooperado en la donación de vacunas, cómo valora el papel de España y qué propone que debe hacer más o mejor la Organización Mundial de la Salud para el acceso universal a las vacunas.

Muchísimas gracias, señora López.

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

Señora López, hemos sido generosos en el tiempo inicial, por lo que le rogaría que en este caso, y sé la dificultad que le supondrá ante tantas preguntas, que fuera un poco más breve.

Tiene la palabra.

La señora **DIRECTORA EJECUTIVA DE LA FUNDACIÓN SALUD POR DERECHO** (López García): Gracias, señorías, y perdón por haberme extendido al principio. Me he dado cuenta *a posteriori*.

Señora Sabanés, gracias por sus preguntas y sus comentarios, que están muy alineados con lo que yo he expuesto. Por comentar algún elemento nuevo, que no he dicho, y que tiene que ver con su pregunta sobre cómo reducir las desigualdades y qué medidas tendría que tomar el Gobierno, le diré que creo que es fundamental, y todavía estamos en el momento para hacerlo, reforzar la capacidad de producción local de vacunas y medicamentos. Eso será algo positivo. Para responder actualmente a los retos que tenemos de no acceso a las vacunas para lo que resta de pandemia, pero también en general, para responder a las necesidades de salud, de tecnologías sanitarias en los países en desarrollo, es necesario descentralizar. Antes de la pandemia, los nodos de producción de vacunas eran muy escasos y esta es una oportunidad. Para que esta capacidad de producción local pueda llevarse a cabo —vuelvo otra vez a lo mismo— es necesario que la propiedad intelectual no sea un obstáculo. Por tanto, necesitamos esta suspensión temporal de patentes, una apuesta con recursos económicos por parte de los países para invertir esta capacidad de producción local —países donantes fundamentalmente, y también locales, pero sobre todo donantes— y que haya mecanismos que funcionen bien en la transferencia de tecnología en abierto.

Seguramente habrán escuchado durante todos estos meses que no se puede poner una capacidad que no existe o crearla en dos días. Pero lo cierto es que al inicio de la pandemia las grandes empresas farmacéuticas, recibieron dinero de los gobiernos para reforzar la capacidad de producción; es decir, ya lo estábamos haciendo. La cuestión es que lo hemos concentrado solo en las grandes compañías farmacéuticas en lugar de diversificar. Creo que eso es clave.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 10

Señora Medel, gracias por sus comentarios. Me centraré en las cuestiones que tienen que ver con la exención de patentes, que quizás es por donde más iba a su pregunta, y por los impedimentos que ven las compañías farmacéuticas. Ese es el mantra habitual que venimos escuchando: si la propiedad intelectual no se asegura, o, mejor dicho, a través de ella no se asegura la exclusividad y el monopolio durante muchos años en las compañías no va a haber incentivos para innovar. Es una falacia, primero, porque la mayor parte de los recursos que se meten en investigación, tanto básica, pero también sabemos que cada vez más en clínica, son dinero público y que si la exclusividad dura veinte años en muchos de los casos la inversión se recupera en los primeros años. En el caso del Sofosbuvir, hay evidencias que hablan de que se recuperó en los dos primeros años. Por tanto, no es no es cierto. Aparte de eso, en este caso estamos en una situación excepcional y de nuevo la mayor parte del dinero es público, por lo que está absolutamente legitimado que se elimine este monopolio y que el control pase a manos de los de los Estados. Esto no significa que las compañías no tengan beneficios, claro que sí, pero justos, en función de sus aportes, y de algo que sea razonable.

Es verdad que la Unión Europea es diferente de la Comisión Europea y en el caso, por ejemplo, de la exención de patentes lo hemos visto, ya que muchos países europeos, entre ellos España, Francia, Italia, Portugal, Bélgica y otros muchos, están a favor de la exención temporal de patentes, menos Alemania y la propia Comisión, y no es de recibo ni democrático que la propia Comisión, que está al servicio de los países miembros, esté obstaculizando una decisión como esta. Efectivamente, la capacidad de negociación de las de la Comisión en todos los contratos ha sido bastante deficiente y parece que hayan sido principiantes los que han negociado unos contratos tan, tan importantes.

Habla del PERTE. La cuestión es que hay muchas iniciativas europeas que son dinero público dedicado a investigación que son susceptibles de incorporar estas condicionalidades a las que yo me refería antes sobre cómo se licencia, cómo se gestiona la propiedad intelectual, el precio máximo, cuál es el tope de beneficios, etcétera. Todo eso se puede meter, pero no se está haciendo. En Horizonte 2020 no se hace ni se va a hacer. HERA que es la nueva autoridad europea para aliviar pandemias no ha incorporado esta visión política en el reglamento, y tengo que decir también que el Parlamento Europeo apenas ha estado presente en este proceso a la hora de rendir cuentas o de supervisarlos.

Al margen de incorporar este tipo de condiciones en las inversiones públicas de investigación, tanto a nivel español como europeo, es importante que los países —el nuestro en concreto— apuesten por nuevos modelos de innovación. Hacía usted mención también a casos muy cuantiosos de precios de medicamentos. Por ejemplo, y tiene mucho que ver con las inversiones que se van a hacer con el PERTE y lo que tiene que ver con el plan de terapias avanzadas en España, que interfirió la financiación, nos preocupa sobremanera qué se va a hacer, por ejemplo, para que lo que se puede realizar en España, como en el Clinic, pueda tener un desarrollo para que el sector público tenga alternativas en cuanto a los fármacos o terapias comercializadas por las compañías farmacéuticas. Quizás estoy introduciendo aquí este elemento, que es más complejo, al final y daría para otra sesión, pero la solución también está en desarrollar alternativas desde lo público, sobre todo en terapias avanzadas. Es una clara apuesta y nos preocupa que el Gobierno español no está dando los pasos suficientes en ese sentido.

Señora Prieto, gracias por su pregunta y su exposición. ¿Cómo valoro el papel de España? Creo que, como decía antes, se han hecho cosas muy bien. Por ejemplo, en lo que tiene que ver con la posición internacional, creo que España lo ha hecho muy bien, lo está haciendo muy bien. Pienso que podría hacer más, y a eso me remito. Han sido muy claros el presidente y diferentes miembros del Gobierno apostando por la exención de patentes. Es verdad que nos gustaría que el papel hubiera sido más activo, mucho más activo, para tratar de cambiar la posición de la Unión Europea y de países que lo estaban y lo están obstaculizando. Creo que ahí hay camino por recorrer. El ejemplo que ha dado a la hora de apoyar C-TAP y ofrecer este diagnóstico es muy, muy importante. Creo que el siguiente paso sería, bien a través del C-TAP u otros organismos que existan, poner las tecnologías desarrolladas por el CSIC y otras plataformas en este instrumento; también creo que debería tener un rol activo en que otros países lo hagan.

La asignatura pendiente tiene que ver con introducir condiciones en la financiación que está dando a las empresas, al CSIC o al Carlos III. Si las vacunas que salen exitosas no tienen este tipo de salvaguardas van a caer en manos de la empresa equis, que le pondrá el precio que quiera. Se lucrará y volveremos otra vez al sistema de siempre. Por tanto, bien, pero creo que hay camino por recorrer.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 11

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora López. Le agradecemos muchísimo su intervención. Esta es su casa y seguramente nos volveremos a ver en otras ocasiones o en otras comparecencias.

— DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SALUD DIGITAL, INFORMACIÓN E INNOVACIÓN DEL SNS DEL MINISTERIO DE SANIDAD (MUÑOZ MONTALVO). (Número de expediente 212/002050).

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos la sesión con la segunda comparecencia, que es la de don Juan Fernando Muñoz Montalvo, que, como sus señorías saben, es el secretario general de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, al que, ante todo, le agradecemos su presencia en esta Comisión.

Tiene la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD DIGITAL, INFORMACIÓN E INNOVACIÓN DEL SNS DEL MINISTERIO DE SANIDAD** (Muñoz Montalvo): Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, es una gran responsabilidad y a la vez una satisfacción comparecer ante esta Comisión para proporcionarles una visión amplia de las actuaciones de la Secretaría General de Salud Digital en el desarrollo de la estrategia de vacunación y de sus resultados como parte fundamental de la lucha de nuestro Sistema Nacional de Salud contra el COVID. En la comparecencia expondré, como introducción, el trabajo previo que posibilitó la implementación en tiempo récord de esta estrategia de vacunación por parte del ministerio y las comunidades de forma conjunta y, a continuación, desgarnaré el proceso y las herramientas que posibilitaron su diseño y ejecución, así como los datos más relevantes de esta vacunación. Para finalizar, señalaré las principales lecciones aprendidas y los beneficios más significativos de este empeño conjunto del Sistema Nacional de Salud y de la ciudadanía que ha convertido a España en una referencia internacional en este proceso.

En cuanto a la introducción, me gustaría hablar del trabajo previo. Este es un trabajo que normalmente no se ha visto con total claridad, pero que ha sido fundamental para llegar a este resultado. Durante el primer año de pandemia, mientras se desarrollaban las vacunas, se pusieron en marcha diversas iniciativas asociadas a sistemas de información que han sido finalmente decisivas para poder desarrollar esa estrategia con el éxito necesario, empezando por el estudio nacional de seroprevalencia, que se inició en abril de 2020, en el que participaron más de 90 000 personas en 1400 centros asistenciales de atención primaria, con 4000 profesionales sanitarios implicados. Se estudió la prevalencia de la infección en la población y se caracterizó geográficamente por edad y sexo, dando una visión real del impacto de la primera ola que hasta el momento no se tenía. Esta información, que ha sido única entre los países de nuestro entorno, contribuyó eficazmente a la toma de decisiones sobre la pandemia en un momento complicado y, sobre todo de cara a lo que nos trae hoy aquí, sentó las bases de un trabajo en red entre todos los actores del Sistema Nacional de Salud, cuyo máximo exponente ha sido el proceso de vacunación que hoy nos ocupa.

En abril y mayo de 2020, también con todas las comunidades autónomas, se puso en marcha el cuadro de mando de capacidad asistencial y el registro estatal de pruebas de laboratorio, conocido como SERLAB, que recogen diariamente la situación de los hospitales y las ucis, tanto públicas como privadas, de todo el país, así como los resultados de las pruebas diagnósticas de COVID realizadas en España respectivamente. Estos sistemas han permitido que todas las comunidades pudieran tener el acceso a toda la información que se desarrolla en nuestro país, cómo evolucionaba la infección día a día, cómo se comportaba por franjas de edad, sexo, código postal y fecha, y cómo esa evolución impactaba en la ocupación de hospitales y en las uci. SERLAB también ha sido usado para la generación de los certificados COVID digitales de recuperación y de pruebas diagnósticas, y nos ha enseñado la importancia y utilidad de los sistemas de información de cobertura nacional ante una situación que no conoce fronteras. En junio de 2020 se estableció un nuevo sistema de información, el Spain Travel Health, para implementar medidas de control de entrada en España por avión o barco, mediante una declaración del formulario de viaje internacional, y considerando la procedencia y la situación personal de cada uno de los viajeros, ha sido posible organizar los controles y el seguimiento de aquellos con posible infección. Este sistema, señorías, permitió que el pasado 7 de junio los viajeros con certificados COVID digitales de la Unión Europea pudieran usarlo en su formulario para obtener el pase de acceso rápido que eliminaba el paso por el control sanitario a la llegada, impulsando así un turismo sanitariamente seguro. Entre septiembre y noviembre de 2020 se desarrolló el registro de vacunas frente al COVID, conocido como REGVACU, con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 12

la misma filosofía de integración de datos desde las comunidades autónomas y una explotación nacional que tenía SERLAB. REGVACU registra los datos de las personas vacunadas en cualquier punto del Sistema Nacional de Salud y posibilita la continuidad asistencial, de modo que se pueda obtener el certificado de vacunación también con independencia del sitio donde uno ha sido vacunado, la comunidad autónoma en la que se ha puesto una dosis, la segunda dosis, la tercera dosis, o la comunidad autónoma de referencia donde tiene su asistencia sanitaria. Gracias a todos estos sistemas, la toma de decisión en ese proceso claramente lleno de incertidumbres, como ha sido la gestión de esta pandemia y el proceso de vacunación, ha podido apoyarse en conocimiento real de la situación.

Daré un breve apunte antes de pasar a centrarme en el plan. La campaña de vacunación se inició en toda la Unión Europea el 27 de diciembre de 2020. Pasado poco más de un año, España ha alcanzado una de las tasas de vacunación completa más altas de la Unión Europea y la vacunación de refuerzos es también de las más avanzadas en los grupos más vulnerables ante el virus, que son los que más nos importa. Llegar a estos resultados, que detallaré más adelante, es sin duda un éxito conjunto del Sistema Nacional de Salud, de la ciudadanía y, es necesario también mencionarlo expresamente, de los profesionales sanitarios, en especial de la enfermería.

Me propongo ahora detallarles el diseño, la ejecución y la gestión integral de este plan de vacunación conjunto entre el ministerio y las comunidades autónomas que ha conducido a estos resultados. No es difícil imaginar la dificultad de llevar a cabo un plan de vacunación para una enfermedad desconocida con unas vacunas en desarrollo, una elevada incertidumbre en cuanto a su desarrollo y un fuerte foco social. El primer reto fue modelar el proceso, de gran complejidad en cuanto al número de dosis, millones, lo exigente de las condiciones de almacenamiento y conservación, con una estrategia de vacunación en continua evolución, según la evidencia disponible en cada momento, y que debía actuar sobre múltiples grupos de población con diversas demandas que conjuga y donde cada decisión tenía un fuerte impacto en una población esperanzada en este proceso. Estos factores obligaron a trabajar con una continua adaptación de ese modelo a la realidad cambiante para aportar información útil a la toma de decisión, en la simulación de escenarios y resultados de las diferentes opciones que se presentaban en cada momento, con datos reales y adecuados a cada una de esas tomas de decisiones. Como resultado, este plan ha conseguido conjugar requerimientos de la estrategia de vacunación, de la organización y la logística, y también de la operativa sanitaria, imprescindible para llevarla a cabo. El plan parte, como decía, de la planificación estratégica que se llevó a cabo en la ponencia de vacunas de la Comisión de Salud Pública y que a lo largo de todo este proceso ha ido definiendo a qué grupos poblacionales o profesionales se vacunaba, en qué momento, con qué vacunas y en qué cadencia. La estrategia marca los objetivos de esta vacunación, sus condiciones clínicas que hay y ya he tenido que irse actualizando continuamente en función de la evidencia científica. A partir de esa planificación, la planificación táctica que se realizaba entre el ministerio y las comunidades autónomas define los procesos para poder gestionar cada parte, poder elaborar la programación, establecer indicadores y procedimientos de informe para su monitorización a fin de poder identificar y anticipar riesgos, como la falta de dosis en determinados momentos, corregir desviaciones, por ejemplo, sobre coberturas en determinados grupos, o para alcanzar los objetivos que se marcaba la estrategia de cara a la protección de la salud. Finalmente, esa planificación táctica hay que llevarla al terreno operativo, se desarrolla igualmente entre las comunidades y el ministerio para identificar las capacidades de los servicios de salud, sus equipos, recursos, tiempos, lugares de administración, modalidades de programación por grupos, sobre todo con el objetivo de compartir las mejores prácticas y los materiales formativos entre todos los agentes, porque entre todos somos mucho más fuertes y tenemos muchas mejores ideas. El desarrollo y seguimiento del proceso se ha hecho mediante reuniones bilaterales y multilaterales entre el propio ministerio y las comunidades, revisando y compartiendo su avance e informando puntualmente al Consejo Interterritorial de su evolución.

El proceso se estructuró en seis fases: evaluación, compra, asignación, distribución, vacunación, registro y seguimiento. Para cada una de ellas se desarrollaron sistemas de información para la gestión de toda la información relevante de esa fase y para cada una se establecieron indicadores de funcionamiento que conforman el cuadro de mando global de este proceso. Este cuadro de mando ha proporcionado la información necesaria al Consejo Interterritorial, se ha compartido con las consejerías de Sanidad y con el resto de agentes del sistema y ha aportado certidumbre al proceso. Certidumbre al permitir comparar el avance del proceso real con el planificado, detectando desviaciones en el ritmo o desajustes entre la población diana y las coberturas reales que se alcanzaban, estimar las fechas de cumplimiento de hitos, de cobertura, de pautas completas para hacerlos coherentes con esa estrategia de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 13

vacunación que tanto éxito ha dado, así como los plazos por grupos de vacunación, facilitar la adaptación a los cambios, permitiendo esas simulaciones de escenarios alternativos para optar por la mejor decisión de implementación de esa estrategia, anticipar posibles limitaciones de capacidades de vacunación o de disponibilidad de dosis, elaborar informes de avances de vacunación, estudios de farmacovigilancia, efectividad e impacto epidemiológico, y proporcionar nueva información para la comunicación continua a la ciudadanía.

La ejecución de este plan se ha desarrollado en tres grandes etapas hasta el momento. Una primera con el foco en vacunar de acuerdo a la estrategia tan rápido como se pudieran recibir las vacunas, hasta alcanzar el porcentaje que se fijó en toda la Unión Europea del 70 % de la población, que se alcanzó a finales de agosto. Una segunda etapa, con el foco en completar la vacunación masiva; una etapa muy importante, no tan lucida muchas veces, que busca eliminar bolsas donde se pueda reproducir ese contagio, analizando dónde había que actuar, en qué comunidades, en qué grupos de edad o colectivos, y controlando simultáneamente los *stocks* de vacunas para que no se desperdiciasen. Esta etapa se complementó en el mes de septiembre con el inicio de la administración de dosis adicionales. La tercera etapa, aún en marcha, conjuga la primovacunación, especialmente en ciertas franjas de edad, como es entre cinco y once años, con la administración también de las dosis de refuerzo a colectivos profesionales y a población vulnerable, y posteriormente por grupos etarios, focalizando los esfuerzos en los más vulnerables y maximizando así la protección de la salud.

La coordinación y colaboración entre el ministerio y las consejerías de Sanidad ha sido continua y constante; una total implicación de los equipos de salud pública, los equipos asistenciales, de logística, de tecnologías, sin olvidar a la Agencia Española del Medicamento, como punto interlocutor con los fabricantes, y al Ministerio de Defensa como apoyo a la distribución y en el despliegue de equipos de vacunación a solicitud de las comunidades.

En la realización del plan hubo incidencias, cómo no, en el suministro de los fabricantes; se dieron incertidumbres en los procesos de aprobación y cambios en las recomendaciones de uso de los fabricantes, por lo que fue necesario ajustar de manera continua los modelos de seguimiento y de predicción. Hubo retrasos, cambios en las especificaciones de conservación o de caducidad; hubo errores e incidencias asociados a la logística, como lotes con identificaciones erróneas, confusiones en las entregas o roturas en la cadena de frío. Estamos hablando de millones de dosis distribuidas en condiciones bastante extremas. La clave del éxito, como digo, estuvo en adaptarse a los cambios en un contexto volátil y de alta incertidumbre, y ello fue posible gracias al uso de modelos para tener distintos escenarios y poder tomar las decisiones de esa estrategia de vacunación, anticipar riesgos y evaluar alternativas con datos.

Vamos a hablar de algunos datos. Hasta hoy, 8 de febrero, en España se han recibido 130 millones de dosis, de las que se han administrado, prácticamente el 91 millones, casi el 70 %; hay 38 327 784 personas con la pauta de vacunación completa, 40 958 312 con al menos una dosis, y 22 548 650 con una dosis de refuerzo. Es decir, el 90,9 % de la población de más de doce años está vacunada con pauta completa; el 92,8 % de las personas de más de doce años tiene al menos una dosis de vacunas, y el 55,6 % de los niños entre cinco y once años tiene asimismo una dosis. El 77 % de las personas de más de cuarenta años ya ha recibido una dosis de refuerzo, y este porcentaje se sitúa en el 92,1 % de los mayores de setenta años, nuestro colectivo más vulnerable. Entre los países del G 20, solo Corea del Sur y China tienen tasas superiores de vacunación completa. Por comunidades autónomas, las coberturas de primovacunación han sido muy similares, y, a nivel nacional el 90,9 % de las personas mayores de doce años tienen ya pauta completa y el 92,8 % al menos una dosis. En las dosis de recuerdo la cobertura es del 47,6 % del total, no mucho más alta quizá que la media de los países de la Unión Europea, que es un 45,8 %, pero significativamente diferente cuando se observa que la cobertura es del 91,5 % de los mayores de sesenta años y del 85,2 % de los mayores de cincuenta, que es donde tenemos nuestro foco, en la población vulnerable. Esta es, sin duda, una de las razones de que con una incidencia acumulada registrada en el máximo de la sexta ola el mes pasado, tres veces superior a la tercera, la ocupación hospitalaria haya sido menos de la mitad. Finalmente, la vacunación en niños ha sobrepasado ya el 55,6 %.

Estos resultados son también fruto del trabajo conjunto y comprometido de un equipo de más de 230 personas del ministerio y comunidades autónomas, con más de 450 reuniones bilaterales, 30 reuniones de coordinación de todas las comunidades, 85 reuniones de sistemas de información y miles de correos y llamadas intercambiadas. Es un trabajo que indudablemente ha contado con la colaboración entusiasta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 14

de los ciudadanos. Por eso, señorías, para agradecer esa colaboración en circunstancias tan difíciles, quiero terminar con las lecciones aprendidas.

El proceso de vacunación en España ha sido un éxito reconocido a nivel internacional y tanto la OMS como la Comisión Europea han hecho declaraciones en este sentido. Sin duda, una de sus claves ha sido la confianza de los ciudadanos en nuestro sistema de salud y, por tanto, en las vacunas que este les ha ofrecido. Asimismo, la estrategia de vacunación por tramos de edad ha resultado extremadamente eficaz al priorizar la protección de los más vulnerables y los trabajadores esenciales tanto en ritmo de vacunación como en dosis de recuerdo.

Como factores determinantes querría resaltar de nuevo, en primer lugar, el trabajo como un solo equipo de todos: Ponencia de Vacunas, Comisión de Salud Pública, comunidades autónomas, Ministerio de Sanidad, Agencia Española y Ministerio de Defensa, todos ellos dentro del marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En segundo lugar, la comunicación y la transparencia a la hora de compartir los datos —tenemos un informe diario de los cambios, los problemas y las soluciones de todos—; el uso de una metodología y de datos de soporte a la decisión conjunta y conocida por todos los agentes; el liderazgo de la Unión Europea tanto en la compra conjunta como en la labor de la EMA, el impulso del certificado, que también ha sido muy importante en todo este proceso y, en definitiva, la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud para reaccionar y adaptarse a los cambios en la situación, en la información, en los suministros y en las características de las vacunas que se iban desarrollando sobre la marcha. Por último, y como ya he señalado, el compromiso permanente de todos los profesionales del sistema sanitario y la generosidad de los ciudadanos y su confianza en el Sistema Nacional de Salud.

Tenemos una gran ventaja en nuestro país y es que la sociedad confía en la vacunación como medida preventiva básica frente a las enfermedades transmisibles y esta confianza es el resultado de una consolidada política de salud en materia de vacunaciones y una atención primaria cercana a las personas que llevan muchos años transmitiendo confianza y normalidad ante este tipo de intervenciones.

Termino, señorías, con una reseña de lo que es posible conseguir cuando trabajamos todos juntos: el 80,9 % de nuestra población totalmente vacunada, el 86,4 % con al menos una dosis, incluyendo el 55,6 % de los niños de más de cinco años, y el 47,6 % con una dosis de refuerzo. Además, la llegada de visitantes a España se ha reactivado y en septiembre de 2021 se gestionaron algo más de 4,3 millones de llegadas en vuelos internacionales a través de Spain Travel Health, de las que 1,3 millones utilizaron un certificado COVID digital. Estas cifras suponen una recuperación del 52 % respecto de 2019 y un aumento del 437 % respecto de 2020. Se han emitido en España más de 61 millones de certificados COVID digitales de la Unión Europea. Las vacunaciones han permitido que se haya reactivado la actividad económica, que el número de afiliados a la Seguridad Social haya crecido y que el número de afiliados sin estar en ERTE también haya aguantado.

Por último, y desde el punto de vista sanitario, en esta sexta ola, con más de 5 millones de casos comunicados, más de 100 000 hospitalizaciones, más de 8500 personas que han pasado por nuestras UCI y, desgraciadamente, con más de 7500 fallecidos confirmados, podemos ver que las tasas de hospitalización, ingreso en UCI y muerte son, en el grupo de sesenta a setenta y nueve años, 22, 56 y 34 veces respectivamente más altas en las personas no vacunadas que en las vacunadas.

Es sin duda un éxito conjunto del Sistema Nacional de Salud, de sus profesionales, de las administraciones públicas y de los medios de comunicación, pero, por encima de todo, de nuestros ciudadanos, que demuestran con esta confianza la importancia de priorizar el acceso universal y equitativo a una atención sanitaria de calidad.

Señorías, detrás de todas y cada una de las cifras de mi comparecencia están las personas y por ello quiero acabar mi comparecencia con un recuerdo emocionado a las víctimas de esta pandemia y a sus familias y con mi más sincero reconocimiento y agradecimiento a todos los profesionales que trabajan incansablemente por combatirla.

Agradezco nuevamente su atención, señorías, y quedo a su disposición para las preguntas o aclaraciones que deseen realizar.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Muñoz Montalvo.

Pasamos ahora al turno de portavoces. Por el Grupo Plural, Más País, tiene la palabra la señora Inés Sabanés.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 15

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

Señor Muñoz Montalvo, muchísimas gracias por la presentación, por los datos y por la precisión en las explicaciones, que yo creo que ayudan mucho y hacen más difícil realizar valoraciones muchas veces precipitadas o discordantes con la realidad.

Me gustaría hacerle unas preguntas. En primer lugar, más o menos lo podemos intuir, yo creo que hay dos elementos sustanciales en el éxito del proceso de vacunación. Por un lado, que el sistema descansa en un sistema público sanitario muy potente que ha tenido una gran capacidad para actuar y, por otro lado, efectivamente, la confianza de la gente en la atención sanitaria pública. ¿Cuánto éxito tiene que ver con que la estrategia descansa en el sistema público y en unas actuaciones muy consolidadas a lo largo del tiempo que han generado confianza? Y, en sentido inverso a la pregunta que estoy haciendo, ¿cuánto estrés ha sufrido nuestro sistema público y fundamentalmente la atención primaria, que es en la que descansa una parte muy importante, pero que no es general y depende de las distintas comunidades autónomas? La realidad, y es lo que a nosotros nos preocupa, es que hay que recomponerlo para que este gran esfuerzo de actuación frente a la pandemia no acabe con un excesivo riesgo para el sistema público, en este caso la atención primaria.

Si a nosotros nos sorprenden los datos objetivos, el número de reuniones y la coordinación con las comunidades autónomas, sin los cuales no hubiera sido posible el resultado que hoy nos ofrecen, imagínese a la ciudadanía. ¿Cuánto hay de verdad en las manifestaciones que aquí se han hecho por parte de los responsables de las comunidades autónomas de falta de información y de coordinación? Igual esto lo tenemos menos en cuenta, pero es una cuestión que ayer se planteó en cuanto al desequilibrio y a la disponibilidad de los suministros de las vacunas. Esto no se relaciona con lo que usted ha planteado hoy aquí, pero es algo que se ha dicho muchas veces, aquí se dijo ayer, en muchas comunidades de forma sistemática.

En todas las reuniones de los consejos interterritoriales se planteaba también la necesidad de adaptarse a los cambios, todo el trabajo ordenado que se ha hecho, y también la necesidad de trabajar con consenso, pero nadie nos explicaba qué ocurre cuando hay un disenso intencionado, cómo se resuelve una falta de consenso cuando no se quiere coordinar o por lo menos hacia el exterior no se quiere reconocer el esfuerzo que los profesionales y los técnicos sí, estoy convencida de ello, han desarrollado. Es decir, que muchas veces hay dos planos: la realidad y la comunicación o lo que dicen. En todo caso, aunque los datos así lo demuestran, ¿ha consolidado el nivel altísimo de confianza de la ciudadanía todo este trabajo que a nosotros nos parece de una enorme importancia? ¿Cuánto riesgo hay de pérdida de confianza en el sistema al haber elementos que lo han sometido a mucho estrés? Digo todo esto desde el punto de vista de si eso es recuperable, si estamos en el camino de la recuperación a corto plazo o si habría que tomar medidas excepcionales para restaurar todos los esfuerzos que los profesionales y el sistema sanitario han hecho para que realmente recupere su potencial y la confianza.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Sabanés.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común tiene la palabra su portavoz, la señora Rosa Medel.

La señora **MEDEL PEREZ**: Muchas gracias, señor Muñoz.

El presidente de la Asociación Española de Vacunología dijo textualmente aquí en su comparecencia en esta Comisión que lo que salvan vidas son las vacunas, los profesionales que las administran y los servicios públicos que las posibilitan y yo creo que esa frase refleja la realidad. Nosotros también creemos que la estrategia de vacunación ha sido muy buena, entre otras cosas porque ha sabido solucionar todos los problemas que han ido surgiendo, como no podía ser de otra manera. Coincido con lo que usted ha expuesto y me parece que nos debemos felicitar por ello y es justo felicitar también al Gobierno por ello.

Quiero comentar que esto que estoy diciendo ya lo sabíamos antes de empezar esta Comisión. Es evidente que había sido un éxito y por eso me permito ir más allá y hablar de cuestiones fuera de lo que es la estrategia en sí de vacunación. Nosotros vemos que ha habido y que sigue habiendo un problema importante que nos está afectando también directamente que es la producción de vacunas, en los países ricos se vacuna con la tercera dosis y en los países pobres simplemente no se vacuna, y unas repercusiones, ya por puro egoísmo, de salud pública como la facilidad para la transmisión de variantes de la COVID. Se ha acusado a la Unión Europea, creo que es evidente, de que una de las causas por las que no se vacuna a toda la población es la propiedad intelectual y las patentes, pero no es solamente la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 16

causa de las patentes, sino también la de la opacidad de la relación entre la industria farmacéutica y la Comisión Europea. ¿Cómo se han negociado la investigación, la producción, la comercialización de las vacunas, la gran cantidad de dinero público que se ha invertido en ello y la poca o nula consecuencia que ese dinero público ha tenido en el precio final de los productos? Se ha puesto todo el dinero y se ha transferido riesgo a lo público por parte de la industria, pero eso no se ha traducido en unos precios razonables. Otra causa es la falta de transparencia, que parece ser que es característica del funcionamiento de la Unión Europea o, si no es de la Unión Europea, sí de la Comisión Europea, en cómo se han llevado a cabo estas negociaciones de las vacunas. Le quiero preguntar si usted ve que esto es así porque esta falta de transparencia parece que sigue y una prueba de ello, si es que yo no me equivoco, es el texto del Perte Para la Salud de Vanguardia, cuya característica es que no existe ningún compromiso concreto de transparencia ni de repercusión sobre el sistema sanitario público y los 982 millones de euros de dinero público de ese Perte. Este Perte Para la Salud de Vanguardia es un proyecto en el que intervienen los ministerios de Ciencia e Innovación, Industria, Asuntos Económicos y Sanidad y por eso lo traigo aquí, porque está claramente relacionado. La base del Perte es fomentar la colaboración público-privada, pero se supone que, si hay una gran inversión por parte de lo público, debería repercutir después de alguna manera en el precio final de lo que se vaya a obtener. No es una cuestión de dinero, sino de saber a qué va dirigido ese dinero en esa investigación. Estamos en este momento ante un gran problema en la sanidad pública, un gravísimo problema en la atención primaria, pero parece que, en vez de dirigir el dinero de estos Perte, esos proyectos, a la sanidad pública, a la atención primaria, se dirige o se puede dirigir, y esto es lo oculto, a una investigación que quizá no sea lo que más necesitamos en este momento. Y yo no digo que sea así o que deje de ser así, lo que quiero decir es que en el texto no se especifica cómo debe ser esa colaboración. ¿Comprende lo que le digo? Querría que me contestara a esta cuestión. Gracias.

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

Por el Grupo Socialista tiene la palabra su portavoz la señora Ana Prieto.

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

Bienvenido, señor Muñoz, a la Comisión de Investigación de Vacunas. Quería empezar recordando que las medidas que más vidas han salvado en el mundo han sido las vacunas y el agua potable. Por eso 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, que va orientado a ese objetivo común de vacunar a la mayoría de la población en nuestro país, además garantizando el derecho de toda la población a la vacuna en cada momento y en los próximos años. Porque hay algo que no hay que olvidar y es que la vacuna es un derecho que está siendo garantizado con equidad. Para el Grupo Parlamentario Socialista el proceso de vacunación está siendo ejemplar y en esto es clave la solidez de nuestro Sistema Nacional de Salud, que cuenta con grandes profesionales al frente, el acceso universal, que también usted ha comentado, y que la ciudadanía se haya comportado de manera responsable y solidaria, pero también es clave la estrategia de vacunación, porque, prevaleciendo los criterios técnicos y éticos, se protege a los más vulnerables.

El Ministerio de Sanidad desde el pasado 23 de noviembre incluye en el informe de gestión de vacunación unas tablas entre las que se puede observar la incidencia de COVID en las personas vacunadas y no vacunadas y, tal como usted ha dicho, las tasas de ingresos en UCI, de hospitalizaciones y de incidencia acumulada siempre son más altas en las personas no vacunadas que en las personas vacunadas y de ahí la gran importancia de la vacunación. La tasa de vacunación que tenemos hoy está en el 90,9% de la población diana con pauta completa y esto ha sido alcanzado en el marco de nuestro Sistema Nacional de Salud y de la cogobernanza, que ha llevado a que el proceso de vacunación sea un éxito de país. Y, pese a que la presidenta de la Comisión Europea, la señora Von der Leyen, reconoce públicamente a España como ejemplo de vacunación en Europa, sabemos que no podemos bajar la guardia. También, y lo he repetido en alguna ocasión, el director regional de la OMS, el señor Kluge, nos pidió que documentásemos las lecciones aprendidas sobre la pandemia porque somos ejemplo de éxito para el resto de países dentro y fuera de la Unión Europea.

El Gobierno de España ha apostado firmemente por la solidaridad. Hemos pasado a la acción con liderazgo decidido del presidente Sánchez en la donación internacional de vacunas, porque está claro que no vale solo con vacunar a un territorio, sino que tenemos que vacunarnos todos para poder salir de esta pandemia. Hace semanas se anunció que España donaría 50 millones de dosis y hoy podemos confirmar

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 17

que se han donado 57 millones de dosis, de las cuales 50 millones han sido donadas a través del mecanismo Covax. Somos el quinto país del mundo en entrega de vacunas solidarias, algo que el director de la OMS, el doctor Tedros, ha agradecido poniendo en valor el liderazgo y la generosidad de España.

También quisiera destacar algo muy importante y es que sin partidas económicas difícilmente se podrían adquirir vacunas y los presupuestos recientemente aprobados, que entraron en vigor el pasado 1 de enero, permiten que haya una partida de 1463 millones de euros destinados a comprar vacunas, parte es fondo nacional y parte es fondos europeos, tan importantes en esta pandemia, y, de estos, 293 millones de euros están destinados a adquirir vacunas solidarias, lo que supone invertir nuevamente en nuestra salud y en nuestra economía porque nuestro grupo parlamentario lo dice y no se cansa de repetirlo: las vacunas salvan vidas y son la garantía de no volver atrás.

Quisiera destacar sus palabras en relación con la economía. Usted mencionó que se ha incrementado la llegada de visitantes a España. ¡Es que las vacunaciones han permitido reactivar la economía, además de proteger nuestra salud! Ha disminuido el número de personas en situación de paro y ha disminuido el número de personas en situación de ERTE y esto es fruto de un esfuerzo conjunto.

Antes de pasar a hacerle un par de cuestiones, también quiero decirle que estamos muy de acuerdo con sus palabras sobre cuál es la clave del éxito. La clave del éxito es adaptarse a los nuevos escenarios y estamos viendo cómo entre el Gobierno de España y el Ministerio de Sanidad en cogobernanza con las comunidades autónomas, tal como usted ha referido con esas cientos de miles de reuniones y llamadas telefónicas, esos intercambios de correos electrónicos y toda esa relación de trabajo con cientos de personas implicadas, y entre todos nos vamos adaptando a estos escenarios volátiles y con una alta incertidumbre ante un virus desconocido y cómo vamos echándole ese pulso a la pandemia con el 90,8% de la población diana vacunada, que está promoviendo datos optimistas, y con toda la prudencia lo digo, en nuestra recuperación económica y en la recuperación de la salud. Con lo cual, ¿cuál considera que ha sido para la secretaría general el aprendizaje más valioso del trabajo de la pandemia para el futuro? Y otra cuestión que nos interesa es que varios países europeos han reconocido el éxito de España en la campaña de vacunación, como he relatado, pero ¿cuáles cree usted que son esos factores diferenciales para ello?

Termino agradeciéndole su presencia y también en su persona la labor de todos esos funcionarios que han estado trabajando siete días a la semana, trescientos sesenta y cinco días al año, en la lucha contra esta pandemia.

Muchas gracias.

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

Señor Muñoz Montalvo, tiene la palabra para contestar a los portavoces.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SALUD DIGITAL, INFORMACIÓN E INNOVACIÓN DEL SNS DEL MINISTERIO DE SANIDAD** (Muñoz Montalvo): Gracias.

Voy a intentar contestar a cada una de las preguntas que se me han planteado. Señora Sabanés, no puedo estar más de acuerdo en las valoraciones que ha hecho, evidentemente, del sistema sanitario público y de la confianza como elementos fundamentales. Compartimos la preocupación por que este estrés haya supuesto un problema serio, especialmente en la atención primaria, y es por eso empezamos a trabajar, en cuanto hubo un mínimo espacio de tiempo, y la pandemia nos dejó, en un plan integral de atención primaria que partió de una reunión que tuvo lugar en Gran Canaria y un acuerdo de todas las comunidades autónomas. En cuanto a cómo se va sustanciando, se está sustanciando ya a través de los presupuestos que se aprobaron por todos ustedes hace prácticamente un mes y pico y gracias a eso yo creo que tenemos un primer paso para reconocer ese trabajo que ha sido absolutamente fundamental porque esta sexta ola además les ha caído encima con mayor virulencia que a nadie y quizás con menos visibilidad muchas veces. Desde luego, es una de nuestras obsesiones poder trabajar en ello y me referiré luego, al contestar a alguna de las preguntas que se han hecho, a elementos de ese plan de atención primaria que entran dentro de las competencias de la secretaría general en la que ahora mismo tengo el honor y el placer de trabajar.

En cuanto a la falta de coordinación o de información con las comunidades, yo estoy seguro de que todo es mejorable y no tengo la más mínima duda al respecto. Hemos tenido que construir aviones en vuelo y esto hace que las cosas no sean perfectas, ni mucho menos, y que no hayamos podido dedicar a veces todo lo que nos hubiera gustado a lograr esos consensos de los que usted hablaba también y a construir de una forma más pausada determinados elementos, pero la pandemia nos ha hecho que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 18

tengamos que trabajar así. Llevo dos años trabajando en distintos puestos durante esta pandemia y por eso en la introducción he mostrado todos los sistemas de información. Creo que todas las personas con las que han trabajado las comunidades han estado absolutamente involucradas. Ha sido un éxito enorme por su parte de trabajo y de esfuerzo y a nosotros nos hubiera gustado coordinarlo mejor y haber dado más información en los momentos en los que no siempre era posible porque había que construirlo de una forma muy rápida. Todos los equipos han estado extraordinariamente presionados y creo que ese recorrido que puse en mi primera *slide* refleja el esfuerzo enorme. Lleva años realizar cada uno de esos sistemas de información en los que hemos trabajado otras veces y esta vez se han hecho algunos en semanas y otros en meses, en el mejor de los casos, en una colaboración conjunta que nos gustaría mejorar.

Respecto a los desequilibrios en los suministros, le puedo decir que no los ha habido, ya que los suministros se han repartido de forma proporcional a los grupos y según los objetivos que se definían en la estrategia de vacunación. Evidentemente, hay muchas formas de repartir lo escaso. En este caso creo que se ha elegido la que la estrategia propugnaba y la que ha hecho que nuestra ciudadanía la sintiera como justa. Creo que es muy importante que los ciudadanos hayan sentido que la estrategia ha sido justa y equitativa, es una de las claves de ese éxito y de esa confianza, que es un elemento frágil. Es decir, en cada una de las decisiones que había que tomar en la implementación de esa estrategia teníamos que tener muy en cuenta, y lo he señalado, el impacto social, porque de cada cosita que se hiciese y se cambiase en ese modelo realimentado y adaptativo continuo, uno de los elementos a vigilar siempre era que se percibiese de forma equitativa y justa y se entendiesen las decisiones. Creo que eso, afortunadamente, se ha conseguido.

Siempre es más difícil trabajar el consenso. Dice aquel refrán africano que si uno quiere correr rápido va solo, pero si quiere llegar lejos, mejor vayamos juntos. Creo que hemos llegado lejos y lo hemos hecho porque hemos ido juntos. ¿Que a veces nos gustaría tener más consenso? Insisto, a todos, pero creo que ha habido una colaboración magnífica de todas las comunidades autónomas y yo me quedo con eso, porque creo que es lo fundamental. El riesgo de pérdida de la confianza siempre ha estado ahí y todos queremos trabajar en que eso no ocurra.

Señora Medel, agradezco mucho sus comentarios y también su felicitación porque cuando uno viene a una Comisión de investigación no siempre ocurre eso y porque creo que es muy importante dar esa sensación de que en esto hemos estado todos juntos y hemos logrado un buen éxito conjunto. Puedo compartir parte de sus reflexiones, aunque que no entran dentro de mi ámbito de competencia, sobre si podemos tener más transparencia en la Comisión. Es difícil en un momento determinado de la historia juzgar a otro y creo que ese es el elemento que mejor puede explicar parte de las decisiones que se han tenido que acordar. Igualmente, me quedo con lo positivo, es decir, estamos en una zona del mundo absolutamente privilegiada y tenemos la obligación de compartirlo con el resto del mundo. La señora Prieto ha dado unos datos de donaciones y de la situación que creo que deberían hacernos sentir orgullosos de estar en un país que ha hecho su tarea y también piensa en los demás. ¿Podemos hacer más y mejor? De acuerdo, y perseveremos en ello, creo que tenemos margen de mejora y seguro que lo vamos a hacer. Además, tenemos el apoyo, en este caso en primera persona, del presidente del Gobierno, como ha dicho la señora Prieto.

Quería hablarle del Perte porque mi secretaría general participa en él. En nuestra aportación sí que hemos tenido en cuenta sus comentarios. Para nosotros la preocupación ha sido la atención primaria y a eso hemos dedicado en el Perte 230 millones de esos 982 y otros 100 más que van dedicados al uso de los datos, es decir, la parte que tiene que ver con nosotros, porque esos 100 millones están dirigidos a la Secretaría de Estado de Digitalización. Nosotros tenemos que trabajar con las comunidades autónomas para lograr los objetivos, por eso tenemos 330 millones que se dedican exactamente a lo que usted ha dicho y que —coincidimos absolutamente— debe ser nuestra prioridad: reforzar la atención primaria, no dejarnos a nadie atrás, hacer esa digitalización para salvar la brecha digital para no convertirnos en organizaciones ajenas a nuestros principales usuarios, que son los mayores. Ese es un elemento que debemos tener muy en cuenta y, de hecho, para nosotros es una obsesión dentro de este Perte.

Finalmente, señora Prieto, muchísimas gracias. Ha hecho un resumen magnífico de lo que he intentado comunicar. Le agradezco las puntualizaciones y los presupuestos que ha expuesto porque eso es lo que queremos seguir haciendo. Dentro de todo ello está aprender. Usted ha preguntado qué es lo que hemos aprendido, pues la importancia de que el Sistema Nacional de Salud sea un sistema, es decir, que no sea un conjunto de elementos, sino que se comporte como un verdadero sistema. En este caso tenemos varios ejemplos muy interesantes sobre los que perseverar, como son tanto SERLAB

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 19

como REGVACU. Estos dos sistemas están compuestos a partir de lo que se hace en cada una de las comunidades autónomas, es decir, no es que el ministerio recoja la información directamente de los laboratorios, eso no tiene mucho sentido, sino que cada comunidad autónoma tiene la competencia absoluta en su gestión sanitaria. Lo que buscamos es recoger esa información y que el total sea más que la suma de las partes, y esto creo que lo hemos conseguido. REGVACU Y SERLAB permiten que una persona que haya sido vacunada o que haya sido diagnosticada en una comunidad pueda obtener su certificado en otra comunidad autónoma, independientemente de si vive en ella o no, si tiene su asistencia sanitaria allí, si ha sido diagnosticada en esa comunidad o si ha sido vacunada en ella o en otra. Incluso también con otros países; esto es un poco más complejo, pero también se habilita para que eso pueda ocurrir ya que hay personas que pueden estar trabajando en otro país o haciendo Erasmus y pueden traer esa información y registrarla. Esa información es visible para todas las comunidades autónomas y, por lo tanto, se puede llegar a dar ese certificado de una forma sistémica, como si fuésemos un sistema de salud, porque es lo que somos. Estos sistemas se han construido muy rápidamente, así que estoy seguro de que no alcanzamos el cien por cien de la casuística, porque tengan en cuenta que los certificados son un elemento enorme que en prácticamente dos o tres meses hemos tenido que montar con unas adecuadas medidas de seguridad, que no son nada sencillas. Pero no partíamos de cero, llevamos años trabajando en sistemas de estas características, como es la tarjeta sanitaria interoperable, la historia clínica del Sistema Nacional de Salud o la receta electrónica del Sistema Nacional de Salud. Y si no hubiéramos tenido eso, no hubiéramos conseguido montar estos sistemas porque se tardan años en desarrollar esos circuitos entre sistemas tan potentes y complejos como son los sistemas sanitarios. Ese aprendizaje lo hemos llevado a la Estrategia Nacional de Salud Digital, que se aprobó en diciembre por el consejo interterritorial. Hemos volcado todo nuestro aprendizaje en sistemas como, por ejemplo, el nuevo sistema de vigilancia epidemiológica o la extensión de REGVACU al resto del calendario vacunal, que se aprobó en el consejo interterritorial del miércoles pasado, no en el de este lunes a las ocho de la mañana.

En cuanto al reconocimiento del éxito y los factores diferenciales, la estrategia es un factor diferencial clave, que hayamos ido por grupos sectoriales, que nos hayamos enfocado en los más vulnerables, que no nos hayamos dejado a nadie atrás. Creo que ese es el elemento diferencial con otros países, y eso es fruto de muchísimas cosas, pero, esencialmente, de la confianza que han generado nuestro sistema sanitario y nuestra atención primaria durante muchísimos años. Las vacunas se hacen en atención primaria, mis padres van a vacunarse de la gripe todos los años a su centro de salud porque conocen a su enfermera y a su médico. Y eso ha hecho que vuelvan a ir y vayan a ir las veces que su sistema, su enfermera y su médico les digan. Esto no ocurre en todos los países de Europa. Como ustedes saben, nuestro sistema sanitario es diferente en su organización porque tiene una atención primaria. En otros países, en especial en Centroeuropa, esto no existe y se nota en las tasas de vacunación como uno de los elementos —seguramente hay más— que para mí es el esencial. Esa fortaleza de la atención primaria es crítica y necesitamos reforzarla, como usted ha dicho. Necesitamos centrar todos nuestros esfuerzos en que ese estrés no sea traumático y podamos recuperarnos.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias a usted, señor Muñoz Montalvo, por su comparecencia, esta es su casa. Esperamos verle más a menudo. Sus explicaciones han sido tremendamente precisas y exhaustivas. Le agradecemos que haya venido a comparecer aquí. **(Pausa)**.

— **DEL SEÑOR PUIGVENTÓS LATORRE (HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES, ESPECIALISTA EN FARMACIA HOSPITALARIA, JUBILADO), MEDIANTE VIDEOCONFERENCIA. (Número de expediente 219/000667).**

El señor **PRESIDENTE**: Comenzamos la comparecencia de don Francesc Puigventós Latorre, del Hospital Universitario de Son Espases. En primer lugar, quiero agradecerle su presencia en esta Comisión, aunque sea vía telemática. Puede empezar ya con su comparecencia, suya es la palabra. Bienvenido a esta casa que, como sabe, es su casa.

El señor **PUIGVENTÓS LATORRE** (Hospital Universitario Son Espases, especialista en farmacia hospitalaria, jubilado): Muchas gracias por la invitación y la oportunidad de estar hoy aquí.

Mi intervención y propuestas a esta Comisión son a título personal, ya que no ocupo ningún cargo de representación. Por ello, creo necesario exponerles brevemente mi perfil personal y profesional para que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 20

conozcan el punto de vista y la perspectiva desde la que voy a realizar las aportaciones. Soy farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y he desarrollado mi actividad profesional a lo largo de treinta y cinco años en el área de evaluación de medicamentos en diversos servicios de farmacia a nivel autonómico y estatal. Participé en el grupo de coordinación de informes de posicionamiento terapéutico, los IPT, desde el momento de su creación y formo parte del grupo Génesis para la valoración y selección de medicamentos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Actualmente, también estoy en el grupo de expertos del Ministerio de Sanidad de apoyo al Comité asesor de la Prestación Farmacéutica para definir nuevos procedimientos para la fijación de precios y financiación de los medicamentos. Asimismo, participo con, entre otras organizaciones, la plataforma No es sano, como ha explicado Vanessa López hace unos momentos; estoy en la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de las Islas Baleares; colaboro con Médicos del Mundo en el grupo de acceso a medicamentos con la Asociación Acceso Justo al Medicamento y estuve apoyando a la comisión promotora de la iniciativa legislativa popular «Medicamentos a un precio justo». En el ámbito personal he de comentarles que de niño fui uno de los afectados por el virus de la poliomielitis, epidemia-pandemia viral que afectó a España al igual que a muchos otros países y que hoy felizmente está casi erradicada. En la década de los años cincuenta del siglo pasado cada año miles de niños sufrían las consecuencias de la infección por el virus de la polio, época en la que todavía no eran accesibles las vacunas. Ello me conllevó secuelas de movilidad y en los últimos años he necesitado utilizar una silla de ruedas para desplazarme. Aquí conviene recordar que en medio de un aplauso mundial el virólogo estadounidense Jonas Salk anunció en 1953 que su equipo había logrado la primera vacuna contra la enfermedad de la polio. Preguntado en televisión sobre quién era el dueño de la patente, Salk respondió con una de las frases más famosas de la historia de la ciencia: Bueno, yo diría que de la gente; no hay patente. ¿Acaso se puede patentar el sol?

Voy a dividir mi análisis y propuestas en cuatro puntos, muchos de ellos ya han sido expuestos por Fernando Lamata, por Vanessa y por otros comparecientes como Joan Ramón Laporte, por lo que quizás será breve y luego podremos ampliar algún tema. El primer punto es la gestión de las vacunas frente a la COVID en Europa y la compra centralizada. Los hechos ya se han puesto de manifiesto en otras comparecencias en estos días, pero les recordaré que la intensa investigación realizada por científicos en diferentes ámbitos junto al gran esfuerzo en inversión de las empresas farmacéuticas y, sobre todo, la financiación pública para la investigación han permitido en un tiempo récord obtener diferentes vacunas frente a la COVID en fases realmente breves, y ello ha permitido la producción de vacunas y una respuesta temprana a la epidemia. España se adhirió en julio de 2020 al acuerdo entre la Comisión Europea y los Estados miembros para el procedimiento de compra conjunta y centralizada, lo que permitió disponer de las vacunas con una distribución equitativa a la población de los veintisiete países, con un reparto proporcional según los habitantes de cada país. Lo más positivo de esto es que, después de los problemas iniciales de suministro, estamos de acuerdo en que ha habido un acceso apropiado y ágil de las vacunas a los grupos de población que en cada momento se han establecido en nuestro país, con dificultades para cubrir a parte de la población vulnerable en algunas ocasiones, pero que esta logística y procedimientos, como también ha explicado el ponente anterior, desde los servicios centrales hasta los... **(problemas técnicos impiden escuchar al orador)** ... asistenciales han permitido la vacunación de un alto porcentaje de la población, con cifras que ya se han comentado. Lo positivo es que la distribución equitativa entre los Estados de la Unión Europea ha sido un gran paso adelante. Pero un aspecto llamativo de la gestión realizada para la compra centralizada es que el número de dosis adquiridas por la Unión Europea está muy por encima de las necesidades de su población. Se ha gestionado la adquisición hasta el momento de 4200 millones de dosis para inmunizar a los 447 millones de habitantes de la Unión Europea y se siguen negociando compras adicionales con las empresas farmacéuticas. Hasta el momento en los países de la Unión Europea se han administrado 827 millones de dosis, es decir, menos del 20 % —el 19,7 %— de las gestionadas. En España, los datos actualizados nos indican que se han adquirido 218 millones —con compromiso de adquisición o ya disponibles—, de los cuales se han administrado, como se ha comentado, más de 90 millones, es decir, se ha producido una gran cobertura de la población. Parte de estas dosis —se habla de 50 millones— seguramente van a ser donadas a través del mecanismo Covax a otros países. Lo peor, el otro aspecto a destacar es que los acuerdos de la Unión Europea se han basado en garantizar la compra anticipada de las vacunas y la cesión de los derechos de propiedad intelectual a las empresas farmacéuticas, lo que implica que pueden fijar precios altos y limitar la producción según sus objetivos comerciales. Son acuerdos confidenciales y opacos, con precios de adquisición elevados, más teniendo en cuenta que la investigación ha sido financiada en gran medida con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 21

fondos públicos. Las empresas con derechos de propiedad intelectual de las patentes mantienen la capacidad de decidir cuánto se fabrica, dónde se fabrica, a quién se vende y a qué precio, tal y como expuso Fernando Lamata en su comparecencia en esta Comisión. Ello es lo peor y, además, ha supuesto un retraso en la fabricación y en el acceso a las vacunas a muchos países. No voy a insistir más en esto porque ya se han puesto de manifiesto los datos en diferentes ponencias, pero quiero recordar que en Europa hay un 71 % de personas vacunadas, mientras que en África y los países con rentas bajas están en el orden del 5,6 %, según los datos más recientes. Esto tiene importantes consecuencias para la salud de las poblaciones no vacunadas y las pérdidas económicas causadas en estos países ya muy vulnerables y el importante riesgo de que surjan nuevas cepas y variantes virales, a las cuales estamos todos expuestos.

El segundo punto que quiero comunicarles es sobre las patentes y precios de las vacunas y medicamentos y sobre la transparencia de los costes y la investigación. La opacidad y estos precios elevados en las vacunas no es una excepción singular, se les aplica la misma regulación que al resto de medicamentos. La escalada de precios de los medicamentos en áreas como la oncología o las nuevas terapias génicas y avanzadas es impresionante. El vigente sistema de patentes y derechos de la propiedad intelectual favorece que se autoricen altísimos precios. Son precios límites impuestos por la posición de monopolio de las compañías farmacéuticas, no relacionados con sus costes de producción e investigación ni tampoco con la magnitud de su efectividad ni de su valor terapéutico. La factura farmacéutica se ha incrementado año tras año en nuestro país. Voy a enseñarles —aunque se lo enviaré también— un gráfico con las estadísticas del aumento del gasto farmacéutico. **(Muestra un gráfico)**. Desde el año 2014, por ejemplo, el aumento ha sido de un 38,6 % y entre 2014 y 2021 el aumento de gasto farmacéutico en los hospitales ha sido de un 63,5 %. Estas son unas cifras impresionantes, son unas cifras de por sí muy grandes. En diciembre la plataforma No es sano, como ha comentado Vanessa, publicó un informe —que seguro que ya disponen de él o se les va a hacer llegar— titulado «Los altos precios de los medicamentos en España: Análisis de los fármacos aprobados durante la pandemia», con el soporte de todas estas asociaciones sociales preocupadas por acceso al medicamento y precios justos, Sespas, OCU, Asociación por un Acceso Justo al Medicamento, Médicos del Mundo, etcétera. En este informe se reclaman políticas farmacéuticas que incluyan cambios en la actual regulación para fijar precios y financiación, como las propuestas contenidas en la iniciativa legislativa popular «Medicamentos a un precio justo», iniciada a finales de 2019, que proponía impulsar reformas legislativas y estructurales orientadas a promover ciencias abiertas, compartidas y no exclusivas donde la propiedad intelectual no suponga una barrera al acceso a los tratamientos que finalmente se desarrollen. El Parlamento y ustedes, como políticos responsables, deben buscar estas fórmulas para realmente avanzar en esta situación. Además, a la hora de fijar precios en el caso de fármacos cuya investigación haya recibido financiación pública de manera directa o indirecta debe tenerse en cuenta la cláusula de interés general, con el fin de asegurar en los precios de los medicamentos un retorno proporcional a la inversión pública realizada en investigación. Sobre la transparencia y los beneficios de las empresas farmacéuticas, los precios acordados por la Comisión Europea son confidenciales, pero, como se ha comentado, se ha filtrado esa información a algunas publicaciones. De hecho, los precios de adquisición son hasta diez veces superiores al coste de fabricación e investigación, teniendo en cuenta que la investigación ha sido con fondos públicos. En el caso de las vacunas son muy significativos los grandes beneficios obtenidos por las empresas propietarias de la exclusividad y patente. Las cinco empresas que fabrican las vacunas más exitosas contra la COVID cerraron el año con unas ganancias de 45 000 millones de euros. Las empresas Pfizer, BioNTech y Moderna están cobrando a los Gobiernos hasta 41 000 millones de dólares por encima del coste de producción estimado. Todo esto se lo enviaré redactado y justificado con todas las referencias y toda la información completa. En bolsa las compañías del sector han escalado hacia lo impensable y todas están en sus máximos históricos. **(Muestra otro gráfico)**. No sé si podrán observar el gran aumento de las cotizaciones de todas estas empresas farmacéuticas; son datos publicados la semana pasada. Curiosamente, Moderna se enfrenta actualmente a una propuesta de un grupo de sus propios accionistas que exige a la farmacéutica abrir su tecnología de vacunas contra la COVID a los países más pobres, así como explicar por qué sus precios son tan elevados teniendo en cuenta la cantidad de ayuda gubernamental que ha recibido. ¿Esto qué implica en cuanto a impacto presupuestario en nuestro país? Según los datos más recientes —que ya he comentado—, España ha recibido o se ha comprometido a la adquisición de 218 millones de dosis y en el presupuesto hay 1473 millones de euros previstos para el pago de esas vacunas. De todas maneras, no sabemos cuál es el precio de cada vacuna por la opacidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 22

sobre los precios, pero, como continuamente se publica cuáles son las vacunas que se van recibiendo, si aplicamos los precios aproximados que se han filtrado podemos hacer una aproximación de lo que puede llegar a ser el gasto farmacéutico dedicado a las vacunas, y es del orden de 3500 millones de euros. Además, como ha comentado también Vanessa, es probable —y de hecho así está sucediendo— que aumenten los precios de las vacunas. ¿Esto qué representa? En 2021, este pasado año, el gasto sanitario público en España ascendió a 81 600 millones de euros. El gasto global en medicamentos de farmacia, receta, o de hospital representa el 25,7 %, según los datos recientes de Hacienda, es decir, más de 20 900 millones de euros. Si a esto añadimos estos 3500 millones que vamos a necesitar para el pago de las vacunas —un 4 % adicional—, en total, prácticamente el 30 % del gasto sanitario público está dedicado actualmente a medicamentos o a vacunas. Estas son unas cantidades impresionantes cuando tenemos un reto para la sostenibilidad y el necesario reforzamiento de la sanidad pública de nuestro país. Solo hay que decir que, por ejemplo, en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears el gasto farmacéutico, entre medicamentos de receta y de hospital, representa el 40-50 % del gasto en educación y universidades. Esto es impresionante. No es que sea por las vacunas, que son un 3 % más, es que partimos de una... **(problemas técnicos impiden escuchar al orador)** ... y un crecimiento del gasto en medicamentos que secuestra gran cantidad de los recursos.

La experiencia reciente de la pandemia muestra que ni siquiera en esta situación de emergencia mundial ha sido posible la aplicación de las suspensiones temporales de patente contempladas en la legislación de muchos países, consolidando las licencias obligatorias; tampoco se ha avanzado en las propuestas presentadas por Sudáfrica y la India en la Organización Mundial del Comercio. Me llama mucho la atención que en junio del 2021 hubiese resoluciones del Parlamento Europeo sobre la liberación de patentes en el caso concreto de la pandemia y la disponibilidad de traspaso de tecnología y conocimientos. En junio del 2021 ya se manifestó el Parlamento Europeo y hubo una resolución aprobada en noviembre. Asimismo, en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados —ustedes— y en la Cámara Alta, el Senado, se aprobó una iniciativa sobre la liberación temporal de las patentes de las vacunas de la COVID el 26 de mayo de 2021. Además, diferentes parlamentos regionales, como el Parlamento balear, y muchas otras instituciones... **(problemas técnicos impiden escuchar al orador)**. Creo que hay un sentimiento popular de cómo puede ser que esto esté pasando. Para mí es incomprensible, es decir, hay decisiones parlamentarias que no se aplican, de modo que sigue vigente el sistema que conocemos de opacidad en los precios. De momento, la perspectiva de la realidad nos indica que mientras esté vigente este sistema de patentes y derechos los precios vendrán determinados en gran medida por los intereses de las compañías, amparadas por esta legislación del monopolio, y con la fijación de precio máximo posible que los países puedan pagar.

Por todo lo anterior, hay que buscar una alternativa y es la siguiente propuesta. Mientras el sistema de patentes siga como preferente hay que ver cuál es la alternativa y, en este sentido, planteo la fijación de precios basados en el costo-plus o, como mínimo, basarnos en cuál ha sido el coste real de producción y de investigación a la hora de negociar o decidir cuál es el precio justo de ese medicamento o vacuna. No voy a entrar en detalle en los sistemas de fijación de precios, ya que hay diferentes procedimientos en los distintos países, por comparaciones, etcétera. Solo quiero comentar que en los últimos años se han incorporado por parte de nuestro ministerio y de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos para la negociación de los precios y financiación varias vías de avance para un uso eficiente y un conocimiento del valor terapéutico de los medicamentos, avances como que en los informes de posicionamiento terapéutico se incorpora actualmente una relación económica o el desarrollo de la red de evaluación de medicamentos del Sistema Nacional de Salud, que empezó el año pasado, y otros como el Plan de acción para medicamentos biosimilares, la plataforma de compra centralizada o la información del seguimiento de resultados tanto económicos como de efectividad. El ministerio ha incorporado estos referentes, pero fundamentados sobre todo en los acuerdos de precios basados en el pago por resultados, precios por valor y techos de gasto. Estos métodos, con amplia experiencia de uso, consiguen ajustar alguna medida y moderar determinados precios, pero son métodos totalmente insuficientes. Así vemos cómo va subiendo la factura farmacéutica, de manera que los precios desorbitados de los medicamentos y los impactos presupuestarios siguen subiendo. Hay que mencionar que hay medicamentos que para un solo tratamiento cuestan 100 000 euros o dos millones de euros para determinadas enfermedades, como la atrofia muscular espinal. Para que la propiedad intelectual no suponga una barrera debe aplicarse el mecanismo de costo-plus para la definición de precio. Se trata de asignar el precio del medicamento basado en los costes de producción, más los costes de investigación, más un beneficio razonable para la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 23

industria. Brevemente, porque supongo que luego podremos comentarlo, en estos momentos hay, por lo menos, cuatro áreas en las que habría que empezar a aplicar este sistema de costo-plus y desarrollar todas las normativas y metodologías para que pueda ser una realidad. En primer lugar, los medicamentos en cuya fase de investigación haya función pública mayoritaria; por lo tanto, el costo de investigación y desarrollo es conocido. En segundo lugar, medicamentos de compra anticipada, por lo que se han reducido los riesgos de la entidad a la hora de investigar el medicamento. En tercer lugar, medicamentos de investigación y producción en centros públicos. En este caso, por ejemplo, los CAR-T, que han sido un gran avance académico con patentes de titularidad pública. En cuarto lugar y quizá el más importante, medicamentos para unas nuevas terapias con características disruptivas. Nos encontramos que son un gran avance porque son medicamentos que realmente ofrecen una solución a problemas de salud para los que hasta ahora no existía un tratamiento, pero los precios exigidos o impuestos por la industria son impresionantes, justificados por diferentes medidas de coste valor o simplemente por imposición. Respecto a estos medicamentos, habría que proponer que a medida que vayan apareciendo nuevos medicamentos dentro de una misma indicación o grupo terapéutico, se tome ya como referencia ese alto precio del primer tratamiento de grupo. Por tanto, en este primer medicamento había que aplicar de forma estricta el tema del costo-plus, desde luego, con beneficios incluidos del coste de producción, de investigación, y beneficios para la empresa, incluso premios si es importante la aportación.

Para aplicar este sistema de fijación de precios, lo fundamental es que haya transparencia, que conozcamos estos precios reales de producción y de investigación, y aquí hay que desarrollar el tema de la transparencia, por la opacidad que hay. En este momento ni siquiera sabemos cuál es el precio de financiación, porque no es público —el sistema lo sabe, pero no los ciudadanos, o no está disponible—, en el cual se van aprobando los medicamentos, porque lo que se publica son los precios notificados a la industria, no los precios ni las condiciones de... **(problemas técnicos impiden escuchar al orador)**... los precios reales. Entonces, para que sea factible, se tiene que tener información transparente, incluso la Organización Mundial de la Salud lo propone. Lo que hay que desvelar es la situación... **(de nuevo, problemas técnicos impiden escuchar al orador)**... normativas para que se conozcan, y la metodología también, así como estos precios de fabricación y de investigación, y que además se puedan comprobar, es decir, no simplemente una declaración de lo que diga la industria farmacéutica, sino que realmente se puedan comprobar. No sé, no parece tan difícil; o sea, Hacienda conoce todos nuestros datos, ¿verdad?, y hay una legislación durante años y digamos que hay unos sistemas de comprobación, esto es lo mínimo que tenemos que exigir. Y esto se reclama desde multitud de instancias. También la Estrategia Farmacéutica para Europa recientemente publicada mantiene el tema de las patentes e incide en que habrá transparencia, pero esto está por ver.

Haré unas cuantas propuestas relacionadas con todo lo que les he explicado, que intentan ser un poco más concretas en el ámbito legislativo y normativo, en los cual creo que ustedes los parlamentarios y nuestro sistema político y de gobierno pueden avanzar. En el tema de la pandemia, desde luego, hay que apoyar, como ya se está haciendo, pero de manera más efectiva, las iniciativas presentadas a la Organización Mundial del Comercio para la cesión de patentes y conocimiento en tiempos de pandemia, y que se cumplan las decisiones de los Parlamentos Europeo y español, las peticiones de otros órganos representativos y todas nuestras organizaciones sociales y ciudadanas. En segundo lugar, negociar el precio en Europa de las vacunas desde la base del costo-plus y teniendo en cuenta la inversión pública realizada en investigación. De hecho, ya se realizó con la vacuna de Oxford, pero no con el resto. Apoyo a la iniciativa C-TAP de... **(continúan los problemas técnicos que impiden escuchar al orador)**... la Organización Mundial de la Salud, concesión de patentes en todos los productos desarrollados para controlar la pandemia de la COVID, con licencia en exclusiva y transferencias de tecnología para que pueda producirse en cualquier lugar del mundo. Por ejemplo, España ha sido pionera en el test de diagnóstico desarrollado por el CSIC, que se cedió, pero que es algo puntual. Y desde luego, apoyo a Covax, pero desde el punto de vista —ya se ha mencionado, no voy a insistir más— de justicia; de equidad, pero de justicia, es decir, no repartir las sobras de lo que nos queda en Europa, de lo que nos queda en España. Se ha repetido que España ha comprometido 50 millones de vacunas, que es una cantidad importante, pero es que los objetivos de llegada necesitan miles de millones. El compromiso de Europa no llega ni a la mitad, no sé exactamente, creo que Vanessa ha dado algunas cifras en ese aspecto; totalmente insuficiente.

El tema de las vacunas españolas. En estos momentos hay una vacuna en fase inicial de investigación clínica, que se hace en parte con financiación pública, que también se ha mencionado, y tres vacunas más

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 24

en investigación desarrolladas por el CSIC. Hay que tomar medidas ya para que cuando se apruebe su comercialización lo sean con licencia abierta para su incorporación a este mecanismo C-TAP de la Organización Mundial de la Salud o similar. Hay que pensar si los ensayos clínicos son de financiación pública total, y si son en colaboración con la industria privada, ver de qué forma se puede negociar para que consigan sus beneficios justos y al mismo tiempo estén disponibles.

Por otro lado, apoyo a las vacunas libres de patentes que se están comercializando en el mundo. Actualmente hay cinco vacunas autorizadas por la EMA, diez por la Organización Mundial de la Salud y hay bastantes más en el mundo; una de ellas es la vacuna de Texas, desarrollada por el hospital de Houston, que es Corbevax, que se ha cedido al mundo sin patente y sin costo, lo que facilitará su producción a gran escala. También apoyo a las iniciativas de países en desarrollo para la producción de vacunas. La Organización Mundial de la Salud trabaja con un consorcio sudafricano para establecer el primer centro de transferencia de tecnología de las vacunas ARN mensajero. No se ha llegado a un acuerdo para poderlo transmitir directamente y lo están desarrollando de forma propia, y esto necesita un apoyo tanto económico como científico, legal y político. Hay que recordar aquí justamente el caso de Sudáfrica, lo que pasó con los medicamentos para el tratamiento del HIV, o sea, antirretrovirales, que también por el tema de patentes estaban bloqueados, no llegaban ni estaban disponibles... **(continúan los problemas que impiden oír al orador)**... inasequible desde muchos de esos países. Nelson Mandela... **(de nuevo, problemas técnicos impiden escuchar al orador)**... grandes presiones políticas, y yo creo que en este caso estamos en una situación similar.

Asimismo, hay que desarrollar nuevas normativas y legislaciones para garantizar la transparencia, que ya he comentado, tanto en precios reales de financiación como en procedimientos de fijación de precios y los... **(continúan los problemas técnicos)**... que la avalan, aplicando cambios regulatorios y medidas de transparencia. Esto es fundamental. Introducir el costo-plus como método básico para la fijación de precios en los medicamentos y vacunas en España. Desarrollar nueva normativa y legislación para la transparencia de los costes de producción, investigación y desarrollo, y que sean verificables. Incluir la evaluación económica del coste por valor para decidir si se justifica o no la financiación del medicamento en el Sistema Nacional de Salud y solo de forma complementaria para la fijación de precios. E incluir en las propuestas de Alliance, que es una coalición de organizaciones civiles, la nueva Estrategia Farmacéutica de la Unión Europea sobre legislación de medicamentos huérfanos, etcétera, que ya les haremos llegar.

Y finalmente, sobre la comunicación de las estrategias de vacunación, la recomendación a los profesionales y a la población, es justamente el motivo que Juan Fernando Muñoz ahora mismo nos ha estado explicando. Yo revisaría estos 5 puntos: necesidad de sistemas de evaluación de las vacunas rigurosa, transparente, documentada y accesible. No solo elaborar recomendaciones, sino difundir con argumentos científicos y transparencia, como, por ejemplo, las dudas que se han generado en el caso de vacunas de niños; el caso de la tercera dosis, que si bien se ha comunicado, realmente no ha habido..., o sea, hay debate periodístico, hay propuestas políticas, pero aquí hay una gran área de mejora. Proponer que el sistema actual para la valoración clínica, económica y posicionamiento terapéutico de los nuevos medicamentos incluya a las vacunas. A ver, no hay tiempo aquí para explicitar, pero hay dos sistemas paralelos: por un lado, la Comisión de Salud Pública, que elabora y decide sobre el tema vacunas, la negociación, precios... **(problemas técnicos impiden escuchar al orador)**... y, por otro, el resto de medicamentos, en lo cual ya he comentado que el Ministerio de Sanidad está tomando grandes iniciativas, con participación de expertos de comunidades autónomas, sociedades científicas, pacientes, los IPT, la valoración económica, todo público —en este aspecto lo que no es público es el precio final que se aprueba—, que incluyan la evaluación de la eficiencia —esto es muy importante—, y el beneficio-coste, y recuperar, que en parte se ha perdido, el conocimiento dentro del Sistema Nacional de Salud con personal especializado y coordinado con las comunidades autónomas. Yo creo que en estos dos grupos paralelos que existen habría que llegar de alguna forma a una estrategia y a un trabajo común, y desde luego consiguiendo resultados, como se está haciendo, por ejemplo... **(persisten las dificultades técnicas que impiden escuchar al orador)**... medicamentos, indicaciones concretas y qué resultados se tienen... **(no se entiende al orador)**... y la seguridad. Desde luego, atención a los conflictos de interés de tipo económico, profesional y político que hay que prever. Y, por último, la cadena de transmisión de recomendaciones del programa de vacunación a los profesionales sanitarios debe reforzarse y estar bien justificado con la recomendación de evidencias —es lo que ya he comunicado—, no mediante declaraciones políticas o especulación, decir frases en los medios de comunicación. Finalmente, la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 25

comunicación de recomendaciones a la población y a las organizaciones sociales, qué papel jugamos... **(problemas de conexión hacen imposible entender al orador)**... en el conocimiento de la transmisión de información y cómo se ha dado. Desde luego, sí que es real que hay una gran confianza en el Sistema público de Salud, pero esta confianza puede ser frágil, porque quizá en el tema de vacunación, hasta cierto punto en el tema de la mascarilla, etcétera, hay unos debates y un despiste impresionante. Hay que reforzar los sistemas de comunicación y que haya debate y debate abierto, también debate científico, y que no dependamos de posiciones interesadas.

Termino por donde he empezado: el virus de la polio paralizaba y mataba a cientos de miles de niños cada año. En medio de un aplauso mundial, Jonas Salk anunció en 1953 que su equipo había logrado la primera vacuna contra la enfermedad. Preguntado en televisión sobre quién era el dueño de la patente respondió con una de las frases más famosas: Yo diría que de la gente; no hay patente, ¿acaso se puede patentar el sol? Esto fue hace casi setenta años, y se consiguió erradicar prácticamente esta enfermedad. No sé si somos capaces en la actualidad de poder avanzar en esta situación.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Puigventós Latorre.

Pasamos ahora al turno de los distintos portavoces. Por el Grupo Plural, Más País, la señora Inés Sabanés tiene la palabra.

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

Comparto una parte muy importante de la exposición y de las preocupaciones que usted nos ha transmitido, y agradezco que haya formulado al final una serie de propuestas muy interesantes para avanzar en esa dirección. Voy a referirle algunas preguntas, posiblemente del conjunto de su intervención se extraerían las respuestas, pero a mí me interesaba poder ver en este momento cómo ha sido el proceso de vacunación, concretar algunas cuestiones. Ya lo ha dicho y nosotros compartimos su opinión con respecto a la transparencia y a la rendición de cuentas de la Unión Europea y de los diferentes Estados durante la negociación de la compra adelantada de vacunas, que ha sido un elemento importante, pero ¿qué medidas de urgencia se deberían haber tomado o qué condiciones se deberían haber tenido en cuenta para salvaguardar, en ese proceso de compra adelantada, el interés general para ir a una negociación justa con las compañías? Por otro lado, ¿qué elementos había que haber introducido para reflejar la contribución del presupuesto público y de la inversión pública en el desarrollo de las vacunas? Creo que hay una práctica unanimidad —usted lo ha planteado— en el papel que la financiación pública ha jugado en todo el proceso de desarrollo de esta vacunación, tanto en la investigación básica de producción, en los ensayos o incluso liberando de responsabilidades a las propias industrias, con reacciones adversas, no previstas, etcétera, pero ¿de qué manera se tenía que haber reflejado? Creo que lo ha planteado, pero yo quiero que en este momento destaque dos o tres elementos básicos que con respecto a la compra anticipada se tenían que haber tenido en cuenta para reflejar el gran esfuerzo inversor que se ha hecho desde lo público.

Por otra parte, ¿qué esfuerzo ahora, en el desarrollo de esta pandemia, habría que hacer para reducir la desigualdad en el acceso? Estoy hablando en términos globales y en términos de nuestro país y de Europa, pero fundamentalmente en términos más globales. Con respecto a terceros países, valoramos la financiación de iniciativas como Covax o la donación de las vacunas, pero queremos saber qué otras medidas deberíamos haber tomado, porque la realidad es que hay una enorme distancia entre la capacidad de suministro, la capacidad de conseguir importantes niveles de vacunación en términos globales en determinados países, en determinados continentes, con respecto a Europa.

Por último, usted también ha comentado y yo querría que nos respondiera teniendo en cuenta que ahora nuestro país está desarrollando vacunas para COVID y que su desarrollo parte de una buena inversión pública, tiene un apoyo público: ¿cree que están garantizadas? ¿Se han tomado medidas o las tenemos que tomar con urgencia para evitar que la comercialización de esas vacunas repita algunos de los errores que estamos tratando en esta Comisión como la falta de transparencia, la fijación de precios, la falta de accesos de países con ingresos medios, bajos, etcétera? Nosotros creemos que algo importante que ayudaría serían dos elementos que usted ha planteado: por un lado, la exención temporal de las patentes, la eliminación de las patentes, y, por otro lado, garantizar o tener en cuenta el gasto realizado a la hora de negociar con las compañías y fundamentalmente —y termino— todo lo que supondría la alternativa de fijación de precios que usted ha desarrollado a lo largo de la ponencia.

Muchísimas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 26

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

Por el Grupo de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra la señora Rosa María Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenido, señor Puigventós.

Está claro que respecto a las patentes y a la industria farmacéutica la Unión Europea dice una cosa y la Comisión Europea hace otra. En el fondo es una cuestión política, el querer o no querer solucionar este problema es simplemente una cuestión de decidir políticamente si se hace o no se hace y a quién se va a beneficiar con ello. Decir que los Gobiernos más fuertes, como el Gobierno alemán, no hacen nada por controlar unos beneficios excesivos de la industria farmacéutica y que no les importa transferir dinero público a lo privado sin ningún tipo de control parece una pregunta inocente, pero ahí la dejo.

Yo leí hace tiempo el contenido de la iniciativa legislativa de ustedes acerca del precio de los medicamentos y de los beneficios justos. Me pareció que las propuestas de ustedes se debían llevar adelante, estoy completamente de acuerdo con ellas, pero aparte de la pregunta esa inocente que le he hecho antes le quiero hacer la siguiente: ¿qué opina usted sobre la necesidad de una industria farmacéutica pública para afrontar los retos actuales y los retos futuros?

Gracias.

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

Me toca a mí, señor Puigventós, hacer la intervención por parte del Grupo Socialista. Permítame que me cambie de sitio.

El señor **MEIJÓN COUSELO**: Señor Puigventós, como le decía, muchas gracias por su comparecencia y por su intervención.

Entresaco de lo que usted nos ha dicho que ve muy positivo el proceso de vacunación en España, que realmente es el objeto de esta Comisión: por un lado, el haber participado en una compra de vacunas en Europa, una compra centralizada y conjunta en vez de hacerlo cada país de forma independiente, entiendo que esto lo valora usted positivamente. Entiendo también que usted ha dicho que de esto ha resultado que tuviéramos vacunas en un tiempo récord y que, asimismo, la distribución en nuestro país ha sido equitativa, tanto en España como en Europa, hacia los distintos sectores diana, y que ha supuesto esta decisión un acceso apropiado y ágil. Efectivamente, no todo es un sistema perfecto. Usted hablaba de que tenemos que pensar en el resto de países donde no ha llegado la vacunación, pero yo creo que en este caso sí tenemos que lucir de alguna forma que España sea de los primeros países en cuanto a donaciones con esos 50 millones más los 7 hechos de forma bilateral, que creo que es un elemento tremendamente positivo, así como también la posición española y de su propio presidente Pedro Sánchez en cuanto a la liberalización de las patentes, como ha manifestado en más de una ocasión, y también como ejemplo claro —usted lo decía también— el poner a disposición del C-TAP el test serológico que ha realizado el CSIC para que se pueda fabricar en todos los países y sin ningún tipo de problemas en cuanto a patentes.

Aparte de eso, que realmente es el elemento objetivo de esta Comisión, la gestión de las vacunas en nuestro país, ha formulado usted otros elementos que entendemos que son de gran importancia. Son elementos que escapan seguramente a una posición única como Estado por parte de España, ya que deben ser decisiones la mayoría de ellas que se deben tomar en el ámbito europeo o en el ámbito mundial, diría yo, pero sobre todo en el ámbito europeo, que tiene que ver con lo que usted decía: por un lado, está el tema de las patentes y su liberalización, o por lo menos su liberalización temporal en época de pandemia; y por otro, una mayor transparencia, creo que esto lo ha dicho usted en más de una ocasión, es un elemento que debemos mejorar. Nosotros creemos que precisamente el hecho de que esta haya sido la mayor crisis pandémica de la historia que recordamos después seguramente de la mal llamada gripe española está ahí pero, efectivamente, tenemos que aprender de todos estos procesos y debemos poner coto a aquellos elementos que entendemos que es necesario erradicar y buscar aquellos que necesitamos mejorar. Por ejemplo, hemos puesto en marcha en nuestro país un proceso de cogobernanza como nunca se había dado a nivel sanitario, yo creo que se está aprendiendo de este proceso y que, efectivamente, tiene que ser un proceso de mejora. Usted comentaba también que entendía que este proceso debe seguir, pero seguramente con mayor transparencia, con mayor alto grado de consenso, lo decía el anterior compareciente también, que todo es perfectible en este caso.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 27

Y entre las propuestas que usted hacía muchas tienen que ver con problemas, con decisiones que hay que tomar a nivel europeo o a nivel incluso de organismos superiores, como puede ser desde la propia Organización Mundial de la Salud hacia los Estados que puedan de alguna forma atender a estas peticiones, pero yo destaco dos cosas en las que creo que España está siendo responsable en este caso —yo siempre recuerdo un refrán que decía: si me mido no soy nadie, pero si me comparo, hombre, algo soy—: en el C-TAP, por ejemplo, ya comentaba antes que hemos dado un primer paso importante y esperamos poder dar más, y, por supuesto, en el apoyo a Covax, que esos 57 millones de dosis creo que hay que resaltarlas. Por parte de nuestro grupo tomamos buena nota de esas propuestas que usted nos ha hecho, aunque, repito, muchas de ellas exceden al trabajo de esta Comisión, pero por supuesto la incorporamos a nuestro acervo para aquellas cuestiones que puedan afectar a nuestro sistema sanitario, que todos queremos que sea mejor y más perfecto, al igual que el sistema sanitario europeo, y, por supuesto, con justicia y solidaridad con el resto del mundo.

Nada más. Le agradezco de nuevo su intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene usted ahora la palabra para contestar a los distintos portavoces. Muchas gracias.

El señor **PUIGVENTÓS LATORRE** (Hospital Universitario Son Espases, especialista en farmacia hospitalaria, jubilado): Muchas gracias.

Sobre la propuesta que ha comentado la señora Sabanés, yo creo que en el mecanismo de compra centralizada europeo y de pago anticipado se preveía en los acuerdos que se hicieron que los precios de venta de estas vacunas estuvieran ajustados al precio realmente más bajo, al coste de fabricación y de investigación. De hecho, en la vacuna de Oxford, de AstraZeneca, no tenemos los datos exactos por esta opacidad ni cómo se cuantificó, pero el precio de adquisición que se acordó parece ser que era bastante ajustado a unos posibles beneficios para la empresa fabricante, teniendo en cuenta que había habido tal investigación con financiación pública y unos precios muy ajustados. Pero no sé qué pasó con los demás, qué negociación ha habido con Pfizer, con Moderna, con Johnson, con el resto de vacunas, que al final son las que mayoritariamente se han empleado en nuestro país, la RNA mensajero, y muchísimo más caras; y como hemos dicho que por lo que se sabe incluso multiplican por diez el precio, no sé. Estamos comentando que hay una reglamentación, que hay unas normativas, pero resulta que al final los lobbies farmacéuticos o los intereses son capaces de seguir imponiendo, porque que a estas alturas todavía siga la patente en manos o en disponibilidad de estas industrias farmacéuticas que pueden limitar e imponer los precios... Incluso hay que tener en cuenta que muchas de estas vacunas que son adquiridas unas son donadas y otras adquiridas por un mecanismo Covax y son compradas a precios también de mercado, o sea que es algo impresionante. ¿Cómo se puede cuantificar el dinero público que hay en una investigación? El dinero público puede ser de diferentes orígenes, a nivel de la Comunidad Europea, a nivel de cada país, y también hay donaciones sin interés de lucro de asociaciones, campañas de dinero para inversión en investigación contra el cáncer, etcétera, en que participaron muchos ciudadanos, pero todo este dinero habría que organizarlo, vamos, es cuantificable. Lo que no sabemos es cuál es el resto, cuál es la inversión que ha hecho la industria farmacéutica.

Hay que tener en cuenta que actualmente, por ejemplo, las vacunas de Pfizer, y también pasa con muchos medicamentos de nueva generación, terapia génica, etcétera, se han desarrollado en laboratorios relativamente pequeños o en pequeñas unidades de investigación que son académicas, que son la universidad, y una vez sintetizada o comprobada su eficacia se pasan ensayos clínicos y se vende la patente a un gran laboratorio farmacéutico, que es el que la explota y el que define realmente cuál es el precio. No vamos a poner ejemplos, pero estos precios de 100 000, 200 000 euros por tratamiento, de 2 millones, etcétera, se han basado, por ejemplo en unos CART-T que se fabrican a nivel académico en los hospitales españoles; no recuerdo ahora, pero pueden tener un coste aproximadamente de elaboración y fabricación y disponibilidad de 50 000 euros, mientras que el mismo CART-T ofertado por la industria farmacéutica supone 300 000.

¿Cómo avanzar en esto ahora? En este momento inmediato de la vacuna está claro: liberar las patentes y hacer la transferencia para que dé información, para que todos los laboratorios, que hay muchos en el mundo, puedan fabricar sus propias vacunas. Realmente ya hay muchos países que van elaborando sus propias vacunas con más o menos eficacia, porque otro tema que no sabemos, porque tenemos muchas vacunas, es cuál es la mejor, porque no hay en este momento, ni va a haber yo creo, estudios comparativos entre diferentes vacunas, además de los cambios que hay en la aparición de cepas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 30

8 de febrero de 2022

Pág. 28

virales nuevas. Esto no es tan diferente de lo que pasa con los medicamentos que llamamos «me too», que cuando hay un nuevo avance luego aparecen decenas de medicamentos con pequeñas modificaciones similares que lo único que aumentan es el precio. Yo creo que el tema de la liberación de patentes tendría que ser ya, esto abriría; pero hace dos años que se está comentando este tema y siempre se ha argüido que no hay capacidad en estos países, en fin, no se ha avanzado en ningún aspecto.

Sobre la industria propia, digamos de tipo público, sobre el desarrollo de industria farmacéutica española pública, yo creo que sí, es decir, estaría bien que se pudiera sacar una industria farmacéutica pública que pueda cubrir desde lo más sencillo. Hemos estado aquí con que no había industria de mascarillas ni industria de respiradores en unos momentos críticos en temas muy básicos. Se comentaba que el paracetamol se fabrica en China o la India, no hay fábricas de paracetamol en Europa me parece. Es decir, se necesita una mínima estructura que permita que se fabriquen estos medicamentos esenciales y básicos. Lo segundo es que estas pequeñas naves de investigación, como las que hay actualmente en el CSIC, que están desarrollando nuevas vacunas necesitan apoyo público y que cuando haya que producir se haga en un laboratorio público, porque eso facilitaría mucho una producción con unos beneficios razonables y no abusivos. Otro asunto es que las empresas farmacéuticas privadas produzcan de manera cercana, como las que ahora están fabricando vacunas. Durante la pandemia COVID ha habido dificultades de acceso a algunos medicamentos que se han empleado en las ucis, por lo que nos ha venido muy bien que hayan sido fabricados y puestos a punto para su disponibilidad en laboratorios próximos a nuestro territorio. Esto es importante. Lo que hay que hacer es que esta inversión pública, que se puede hacer también en colaboración con la industria privada, esté cuantificada y que el resultado no sea la venta a una multinacional. Esto está pasando en Europa con muchos medicamentos, que inicialmente son con inversión pública y luego han pasado a multinacionales con sus propios mecanismos, que ya conocemos, de precios abusivos y grandes beneficios. Por ello considero que habría que regular por parte de la Agencia del Medicamento, de la comisión y del ministerio... **(problemas técnicos impiden escuchar al orador)** ... como hemos dicho en el tema de los CAR-T, que ya se está produciendo en estos momentos.

Finalmente, soy un ciudadano jubilado, con una experiencia especial técnica, con unas limitaciones, con unas necesidades asistenciales o de dependencia, y me preocupa mucho que el 30 % de estos presupuestos se vaya a medicamentos cuyo precio no está justificado ni mucho menos y que todo se ha dirigido al tema COVID, pero la población necesita otra atención y estamos sufriendo las consecuencias. Esto hay que recuperarlo. No sé cómo, son ustedes los políticos, es fácil decir que busquen fórmulas. Hay que decir que el apoyo económico y de todo tipo a la Organización Mundial de la Salud es totalmente insuficiente. Les remitiré toda mi presentación, que es bastante más amplia y está documentada y cuantificada, esta tarde o mañana para su difusión entre ustedes.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias a usted, señor Puigventós, por su amable comparecencia e intervención en esta casa que es la suya.

Señorías, al haberse terminado la comparecencia, se levanta la sesión.

Eran las dos y diez minutos de la tarde.

cve: DSCD-14-CI-30