



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

COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 178

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 11

celebrada el jueves 10 de octubre de 2024

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del presidente del Consejo Económico y Social (Costas Comesaña), para presentar el Informe 01/2024 sobre «El Sistema Sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro». Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 212/000316)

2

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 2

Se abre la sesión a las nueve de la mañana.

COMPARECENCIA DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (COSTAS COMESAÑA), PARA PRESENTAR EL INFORME 01/2024 SOBRE «EL SISTEMA SANITARIO: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO». POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 212/000316).

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se abre la sesión.

Muchas gracias a todos ustedes por estar aquí.

Vamos a empezar ya porque, aunque tenemos tiempo, a las once comenzamos el Pleno y además tratamos algo muy querido por la comisión, la ELA.

Hoy tenemos el privilegio de tener con nosotros a don Antón Costas Comesaña, presidente del Consejo Económico y Social de España. El otro día, intentando explicar a alguien qué hacemos en la comisión, le decía que una de las cosas que nos permiten construir es el pilar del informe, que ha permitido que por lo menos tengamos una base objetiva de datos, una base consensuada a partir de esa visión, y, en consecuencia, opiniones sobre las políticas a seguir. El informe, para que quede constancia en el *Diario de Sesiones*, ha sido una de las mejores cosas que ha encontrado la comisión entre sus trabajos durante este año.

Muchísimas gracias, presidente. Tiene usted la palabra.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL** (Costas Comesaña): Buenos días, señor presidente, señora vicepresidenta, secretario, miembros de la Mesa, señorías, para mí y mi institución es un verdadero honor, y yo diría que personalmente un privilegio, poder comparecer en esta comisión para explicar, a grandes rasgos, uno de los últimos informes que ha elaborado el Consejo Económico y Social sobre el sistema sanitario. Agradezco de una manera muy sentida las palabras que acaba de pronunciar el presidente. Con el hecho de conocer que el informe les es útil para su trabajo parlamentario probablemente ya casi lo podría dejar ahí; sabiendo que esto es así, insisto, ello supone nuestra mayor alegría. Quisiera decir que me acompaña en esta comparecencia el consejero Félix Martín, quien ha sido —a continuación, explicaré brevemente cómo trabaja el consejo— el presidente de la comisión de trabajo y ponente de este informe. Él es consejero en el CES por el Consejo de Consumidores y Usuarios.

Señorías, me gustaría comenzar contándoles un poco cómo trabaja el consejo, porque creo que eso me permite transmitir el que considero que es uno de los valores añadidos más importantes que tienen los informes del Consejo Económico y Social sobre otros informes que, siendo también técnicamente muy consistentes, sin embargo, no tienen este elemento que ahora les indico. Como saben, el pleno del Consejo Económico y Social está formado por sesenta consejeras y consejeros. Veinte de ellos proceden de las organizaciones sindicales más representativas de España; en concreto, nueve de UGT, nueve de Comisiones Obreras, uno del sindicato vasco ELA y otro del sindicato gallego CIG, porque son representativos en sus territorios. Otros veinte consejeros y consejeras proceden de las grandes organizaciones empresariales españolas —en particular, CEOE y Cepyme—, otros veinte proceden de organizaciones de la economía española ya más variadas, como las organizaciones de agricultores y ganaderos —las tres grandes españolas están representadas, y también lo está el mundo de la pesca a través de las cofradías, los armadores y navieros—, las de consumidores —el presidente de la ponencia, el señor Félix Martín, también es de esa organización— y las organizaciones de economía social. A estos se añaden seis consejeros que llamamos independientes —expertos, más bien—, en general, profesores universitarios, tres de los cuales proceden del ámbito del Ministerio de Economía y tres del ámbito del Ministerio de Trabajo.

¿Por qué he señalado esto? Si me permiten la pequeña anécdota, en el mes de julio una diputada de largo recorrido en esta institución me preguntó: ¿Quién os ha hecho el informe? ¿A quién se lo habéis encargado? Y yo le contesté: ¡Cómo que quién nos ha hecho el informe! Les aseguro que los informes del CES, desde la primera palabra que lean hasta la última, son consensuados por esos sesenta consejeros y consejeras. Los informes no pueden tener voto particular —los dictámenes sí— y tienen que ser aprobados con el consenso del CES. Esto es lo que les quería señalar, que esta calidad técnica, que digamos que también es común a otros informes, da a los del CES un valor añadido, porque representa el máximo común divisor. Muchas veces al leerlos uno puede tener la sensación de que podrían haber ido más allá, es decir, ser más atrevidos —probablemente sí—, pero lo que hay en ellos representa el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 3

consenso, y lo que ahora yo les voy a trasladar es el consenso de los que llamamos los tres grupos: el grupo primero, el sindical; el grupo segundo, el empresarial, y el tercer grupo, el mixto.

No entraré en el detalle porque estoy seguro de que les aburriría totalmente, pero la estructura del informe tiene siete capítulos: el primero es salud, bienestar y población, la cartera de servicios y los indicadores que manejamos; el segundo es cobertura poblacional del sistema y recursos del sistema; el tercero es actividades de los distintos niveles de atención primaria —especializada, salud pública, salud mental—; el cuarto es el gasto sanitario en España, análisis comparado y por comunidades autónomas —gasto sanitario privado, pagos directos de los hogares, seguros privados—; el quinto es calidad, equidad y derechos del paciente, participación como herramienta de mejora de la atención; el sexto es investigación, innovación y digitalización en el sistema sanitario; el séptimo es coordinación, cooperación y gobernanza; y, por último, conclusiones y propuestas. Creo que en estos siete primeros capítulos encontrarán ustedes un buen análisis estadístico del sistema, hasta donde llega la información estadística. Creo que el diagnóstico es compartido por todo el pleno del CES y las conclusiones y propuestas también. Si me lo permiten, tampoco voy a entrar en las propuestas porque creo que les aburriría. En todo caso, mi mayor satisfacción sería que mi intervención pudiese incentivar su interés para entrar en algunos otros aspectos que les puedan interesar.

¿Qué querría hacer entonces? En primer lugar, hablar de la motivación, de lo que nos ha llevado a elaborar el informe; en segundo lugar, de los objetivos, y, en tercer lugar, del diagnóstico, y solo quiero referirme a algún apunte de propuestas en algún caso concreto.

En cuanto a la motivación, creo que hay tres en el informe. En primer lugar, creemos que es momento de lanzar una mirada de conjunto, por decirlo así, de 360 grados, sobre el sistema sanitario después de la crisis financiera y lo que implicó para el sistema en pérdida de inversiones importantes; y también después de la COVID, que asimismo tuvo un impacto de una magnitud excepcional. Esta es la primera motivación, pensábamos que en este momento la población española se encuentra en un tránsito importante —no me gusta la palabra «envejecimiento»— en cuanto a una mayor longevidad, una vida más larga, con mejor calidad de vida— y que el sistema sanitario también se enfrenta a este importante reto demográfico.

La segunda motivación que nos llevó a elaborar el informe es la percepción de que estamos ante un cierto deterioro de algunos aspectos del sistema, lo que el mismo apoya con datos. Es decir, con los datos que manejamos sobre opinión de los ciudadanos y ciudadanas españolas, encontramos que se mantiene una alta valoración de estos respecto al Sistema Nacional de Salud, pero también vemos que se va viendo empañada en los últimos años por una percepción creciente de deterioro, y esto también nos han animado a elaborar el informe. Por tanto, a pesar de esa buena reputación que tiene nuestro sistema, también en términos comparados internacionalmente, identificamos algunos elementos a los que habría que prestar atención para retroceder, para que esos aspectos de deterioro no aumenten.

En tercer lugar —aunque está en el informe, las palabras que ahora diré se refieren más a una reflexión personal sobre lo que este dice—, creo que los sistemas nacionales de salud, comenzando con el mítico National Health Service británico creado inmediatamente después de la salida de la guerra, son piezas esenciales en lo que llamo el contrato social de nuestras democracias liberales y de la economía de mercado: el *New Deal* que el presidente Roosevelt adoptó para Estados Unidos a la salida de la guerra y que nosotros llamamos en Europa el estado de bienestar y que yo creo que en España se consolidó con los Pactos de la Moncloa de 1977 y la propia Constitución.

Cuando celebramos el 30.º aniversario del CES, momento en el que llegué a la institución hace tres años, entre otros, invitamos a Miguel Roca y recuerdo que en su intervención nos dijo: No olviden ustedes nunca el artículo 1 de la Constitución y el orden en que en él se incorporan los adjetivos. Como saben ustedes mejor que yo, España se constituye como un Estado social y democrático de derecho, y él nos decía que el orden no es indiferente y que en primer lugar es social, de modo que, si no conseguimos garantizar eso, probablemente tendremos problemas de otro tipo. Y esta es la idea que yo tengo, es decir, el Sistema Nacional de Salud es una pieza básica en todas las democracias liberales, y en la nuestra, de ese contrato social. Si, por los motivos que sean, se deteriora, veremos también que se disuelve ese pegamento que es el contrato social. Aunque no está expresado con estas palabras, en la página 277 del informe se dice, textualmente: «Necesitamos un nuevo contrato social para la sanidad pública que implique a todas las fuerzas políticas».

En cuanto a los objetivos, el primero es contribuir a mejorar el debate público en España sobre el sistema sanitario, y más ampliamente sobre el sistema de salud. Leyendo la ley del CES, uno podría decir

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 4

que nos atribuye dos funciones o responsabilidades: contribuir al proceso de formación normativa, que ustedes representan de manera plena, es decir, contribuir a través de nuestros dictámenes a ese proceso de formación del marco normativo, y, en segundo lugar, a través de los informes y la propia memoria anual, contribuir a la calidad del debate público sobre los grandes retos del país. Y este es el sentido que tiene en este caso el informe, contribuir a ese debate, como lo hizo el informe de la Comisión para la Reconstrucción de esta institución, que es reiteradamente citado en este. Muchas veces nos apoyamos en ese informe y repetidamente decimos que queremos contribuir a esa labor de formación de opinión.

Como objetivo también, en segundo lugar, sin duda pretendemos analizar el sistema nacional desde la perspectiva de la equidad, porque eso es fundamental, pero la novedad con respecto a otros informes está en que además hemos querido analizarlo desde el punto de vista de su impacto en la eficiencia del sistema económico, ya sea en la productividad o en el propio crecimiento, es decir, también hemos querido ver cuál es la importancia que tiene el sistema sanitario sobre el crecimiento económico de nuestro país y la productividad. Y en este sentido, los datos son muy relevantes: hoy representa ya más del 6% del valor añadido bruto del país, una cantidad muy considerable, y, en términos de empleo directo del propio sistema, se acerca a 1 250 000 empleos. Por tanto, desde este punto de vista, creo que también es muy importante, al igual que desde el punto de vista de la productividad, aunque este es un aspecto que muchas veces no se tiene en cuenta. La idea es muy elemental, y es que una población no sana no puede ser una población productiva, aunque parezca banal decirlo, y, sin embargo, creo que es un elemento muy importante. Los economistas no somos capaces de manejar una relación de causalidad entre inversión en el sistema sanitario y productividad, pero hay una correlación —no es una causalidad, pero sí una correlación, y, cuando dos cosas van juntas, algo deben tener en común—, y es que, en aquellos países, no solo en España, y en aquellas etapas en que los sistemas sanitarios han tenido una mayor inversión aparece un aumento de productividad y de crecimiento. Insisto, no tenemos medio de poder identificar esto como causalidad, pero, al menos, como correlación resulta muy importante. En tercer lugar, también en términos de eficiencia del sistema económico, cada vez más el sistema sanitario de un país es un *driver* poderosísimo de la innovación tecnológica, el progreso tecnológico y todo lo que va asociado a ello: las terapias avanzadas, la inteligencia artificial y ahora la computación cuántica. Por tanto, el sistema sanitario aparece como un potentísimo motor dinámico de la economía. En definitiva, estos son los dos objetivos, como les decía: por un lado, analizar el sistema desde el punto de vista de la equidad, y, por el otro, analizarlo también desde el punto de vista de la eficiencia de su impacto en el conjunto de la economía.

Voy ya a trasladarles ahora los elementos de ese diagnóstico y algunas propuestas que hacemos, si bien no entraré en ellas porque sería hacer muy aburrida la presentación.

Creo que el informe identifica una serie de alertas —escogeré aquellas que considero de mayor interés—, como si fueran luces, quizá no rojas pero sí amarillas, sobre el funcionamiento del sistema. La primera son las listas de espera, un fenómeno conocido hasta donde llega la información que tenemos, y verán que voy a reiterar esta idea acerca de que tenemos una falta de información importante y creo desde una institución como esta se puede contribuir mucho a la mejora de la información que tenemos. En definitiva, las listas de espera, tanto en la atención primaria como en la especializada, representan un elemento de señal de alerta. El deterioro en los tiempos, según los datos que tenemos, muestra que en 2023 solo un cuarto de la población que necesita una consulta en atención primaria consigue cita en las primeras cuarenta y ocho horas, mientras que este mismo dato antes de la COVID era mucho más bajo, la mitad, lo que, a mi juicio, supone un deterioro muy importante, y lo mismo sucede en la atención especializada. ¿Por qué damos importancia a esto, y, personalmente, creo que es una señal de alerta importante? A mi juicio, porque puede estar indicando una huida de las clases medias del sistema sanitario, como también observamos en el sistema educativo público. ¿Y por qué le doy importancia a este fenómeno? Porque es una observación muy generalizada a nivel internacional que los sistemas de servicios públicos funcionan bien, como las organizaciones de cualquier otro tipo y las empresas, cuando dentro de ellas hay actores que están levantando la voz para advertir de ciertos deterioros y generar presión para poder reparar esos deterioros. En las empresas en que he estado en años anteriores decíamos en algún caso que a un cliente que protesta tendríamos que premiarlo, no castigarlo. ¿Por qué? Porque te está dando una información muy importante si quieres mejorar el servicio que estás prestando. Es la idea relativa a que, si del sistema sanitario estuvieran saliendo o huyendo muchos ciudadanos, estaríamos perdiendo capacidad de voz y, por lo tanto, de presión desde dentro del propio sistema para mejorar respecto a ese deterioro, en este caso, las listas de espera. Creo que este es un aspecto muy

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 5

importante, es decir, hay que intentar retener especialmente a esa clase media porque es a la que atribuyo mayor capacidad de voz. Probablemente, en muchos ámbitos de la vida de nuestra sociedad y de otras sociedades, aquellas personas que a veces más necesitan un servicio público no son, sin embargo, las personas que tienen capacidad de voz y de presión, por lo que mantener a las clases medias dentro del sistema y evitar que las listas de espera puedan llevar a su salida creo que resulta muy importante a tal fin. No obstante, insisto en que, en general, en el informe no son novedosas las propuestas sobre las listas de espera, porque coinciden con las que también se realizan desde otros ámbitos, y estoy seguro de que también desde esta alta institución, si bien, en todo caso, no entro en ellas. Quizá la idea más general, aunque tampoco es novedosa, es que hay que caminar hacia un sistema de salud para todos, no solo centrado en lo sanitario, sino en considerar la salud como el resultado de factores e instrumentos que, junto con el sistema sanitario, contribuyen a la salud de una población.

La segunda señal de alerta es la identificación de una serie de barreras invisibles —lo voy a llamar así— en la accesibilidad de determinados colectivos. A veces son barreras físicas que tiene el sistema, y estoy pensando en barreras arquitectónicas, pero en muchos casos otras provienen de la distancia en el mundo rural, y también hay barreras de renta, otras referidas al lugar en el que se vive o a diferencias territoriales, todas ellas importantes en cuanto al acceso y la calidad del servicio en el sistema. En este sentido, la mayor intensidad que ponemos en el informe se centra en la necesidad de avanzar hacia una efectiva universalidad de las prestaciones del sistema. Creemos que los principios de universalidad, financiación pública y gratuidad son tres pilares del sistema que hay que sostener, especialmente el de la universalidad. De hecho, en algunos de los dictámenes que hemos realizado a lo largo de los últimos años —en particular, en el Dictamen 7/2022— insistíamos muchísimo en este aspecto. Asimismo, se insiste mucho en el informe en desligar definitivamente el acceso al sistema de la condición de aseguramiento en la Seguridad Social, un elemento que entendemos que dificulta la universalidad, especialmente para determinados colectivos. Y, en tercer lugar, defendemos la necesidad de concretar y actualizar las prestaciones incluidas en la cartera de servicios. Si se observa cómo funciona, especialmente desde que en la década pasada hubo una restricción, esta es una importante barrera invisible —siguiendo con el lenguaje que he utilizado— para la verdadera universalidad del sistema. Y, por último, defendemos también la necesidad de igualdad territorial y movilidad.

La tercera señal de alerta está en lo que podríamos llamar sesgos de edad, algo de edadismo en el sistema, que vemos que va creciendo en el sentido de una cierta exclusión de personas mayores en ámbitos diversos del sistema, como en los cribados, los ensayos clínicos o las limitaciones de ciertos diagnósticos. Viendo la hora que es, voy algo más deprisa para no pasarme, pero este sesgo también lo muy importante. Y, además, hay un sesgo de género claro en el sistema que, a nuestro juicio, se va incrementando cada vez más, y también un sesgo que podríamos llamar de clase si consideramos la distribución de la renta. Hay toda una serie de patologías asociadas a la pobreza y a la desigualdad en nuestra sociedad que, sin embargo, no están cubiertas en el sistema de salud. Me refiero a patologías como la obesidad, la bucodental, la visual, la podología, las prestaciones ortoprotésicas o ciertas prestaciones farmacéuticas y cribados. Cuando uno comienza a mirarlo con detalle, se da cuenta de que en este tipo de patologías hay un sesgo de clase en términos de desigualdad muy importante, que da lugar a lo que en el informe llamamos efecto de cuidados inversos, es decir, aquellas personas que más necesitarían de determinados servicios y, sin embargo, son las que menos los reciben. Creemos que aún no es un problema agudo, pero que, si sigue deteriorándose, podría convertirse en un elemento muy importante respecto a la idea de una cierta pérdida de universalidad. En este sentido, hacemos propuestas de funcionamiento diferentes de los copagos, que hay que evaluar mejor. No tenemos datos para apreciar bien el impacto de los copagos, pero hacemos algunas propuestas al respecto, como eliminar las diferencias entre activos y pensionistas o subdividir en más tramos. Como saben, ahora solo hay dos tramos, el que va entre 18000 y 100000 euros y el de más de 100000 euros. Creemos que esto no tiene sentido en este momento y que, a efectos de copago, habría que subdividir para hacer que el sistema de copagos tenga mayor progresividad y no al contrario. Asimismo, hay que recuperar la cartera única, suprimiendo la distinción entre cartera básica suplementaria y accesorio. Creemos que estos son elementos que, insisto, generan este sesgo de clase social y también de universalidad.

Esta señal de alerta —al menos para mí y creo que para todos los miembros del CES— ha sido como una revelación —porque sería exagerado decir una epifanía— de la importancia creciente de la salud mental. Hoy que comparezco aquí es el Día Mundial de la Salud Mental y los datos que aportamos son muy muy intensos, seguro que no son desconocidos para ustedes, pero el coste directo, medido en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 6

términos de PIB, que ya tiene la salud mental en el año 2023 es realmente importante. Y a eso le sumamos lo que podríamos llamar un coste indirecto a través de la pérdida de horas laborales, que va con una progresividad realmente extraordinaria desde prácticamente 250 000 bajas laborales por salud mental en el año 2018 a las 650 000 que hay ahora, lo que es una aceleración casi exponencial, por decirlo así exagerando. En nuestra opinión los datos que aportamos, en los que no me paro, como los reingresos urgentes psiquiátricos de personas que han sido atendidas por salud mental, el incremento espectacular de los reingresos casi inmediatos —dos de cada diez pacientes— y el aumento de problemas de salud mental en la población adolescente e infantil demuestran que hay un elemento —no sé cómo llamarlo sin ser dramático— muy preocupante que tendremos que abordar de una u otra forma.

Además, identificamos también una crisis de recursos humanos dentro del sistema de una magnitud excepcional, a mi juicio, que afecta prácticamente a todos los ámbitos del sistema sanitario, no solo al personal médico, sino a todo el personal del sistema sanitario. Esta crisis se va a agudizar ya que no hay reemplazos, en muchos casos porque no ha habido una planificación adecuada por falta de información, pero en otros también porque ahí está la jubilación de nuestra generación, la mía al menos, lo que va a plantear un problema muy serio. Aquí defendemos cosas de sentido común. Una de ellas es por qué un cirujano que hoy baja a quirófano y es un gran cirujano, mañana, como cumple 65 años, ya no puede bajar más. Esto no tiene mucho sentido. Quizá en el pasado lo podía tener, pero la idea es que hay que aprovechar mejor los recursos humanos que tiene el propio sistema. También vemos que personal que no es médico puede, cambiando la regulación, aumentar su aportación al sistema, por ejemplo, la enfermería. En este caso, por experiencia personal y familiar, creo que a través de *apps* específicas de inteligencia artificial se puede dar un empujón a la productividad. Aquí me he metido en un terreno que no tenía previsto, pero lo cierro pronto. Hay una gran expectativa con que la inteligencia artificial va a dar un empujón a la productividad agregada de las economías y al crecimiento. Como economista creo que no, pero donde puede dar un gran aumento de productividad es en segmentos de población laboral en la parte baja o medio baja, con *apps* orientadas a dar conocimientos específicos a estos segmentos de población. Estoy pensando en cuidadores o enfermeras, en una persona que cuide a alguien que, si tiene familiaridad ya con *apps* del mundo sanitario, puede mejorar su aportación a las personas que cuidan, su aportación al sistema, su mejora de productividad y. Por lo tanto, probablemente también de condiciones laborales y de salario. Aquí hay, a mi juicio, insisto una crisis de recursos humanos muy importante —y en el informe se entra mucho en este tema— que creemos que se puede abordar, por un lado, a través de fórmulas diferentes de planificación, pero también, como les decía, aprovechando los recursos del sistema, aquello que llamaba la longevidad. ¿Por qué ver la longevidad como un elemento de envejecimiento y no como un elemento de aportación para aquellas personas que voluntariamente quieran seguir aportando al sistema?

Quiero decir dos cosas más. Respecto a la gobernanza del sistema, creemos que hay unas mejoras. Déjenme antes decirles una cosa relacionada con fortalecer los recursos humanos. Quizá un elemento novedoso del informe, teniendo en cuenta que hay detrás sindicatos y empresarios, es que el informe se orienta bastante a recomendar descentralización en la gobernanza, pero también al diseño de incentivos específicos para el personal sanitario. Insisto en que una institución en la que los sindicatos son un elemento importante diga que probablemente hay que diseñar objetivos específicos para atender áreas que están mal atendidas, ya sean rurales o no, y especialidades que están con vacantes importantes, creo que es un elemento novedoso por venir de la institución de la que viene. En la gobernanza no me paro, solo en que es un elemento importante la idea de descentralización e incentivos y de darle también al propio personal de los distintos órganos del sistema sanitario una mayor capacidad de decisión.

Hay un capítulo relativo a la colaboración entre sector privado y sector concertado sin ánimo de lucro, que también es un elemento importante en una institución como la nuestra, porque representa ese consenso entre consejeros y consejeras de ámbito más empresarial y consejeros y consejeras del ámbito sindical, donde en ocasiones la idea de colaboración públicoprivada no genera oposición, pero sí un cierto recelo. Ese capítulo del informe es valioso, les llamé la atención sobre él.

Otro asunto, medir y evaluar, presidente. Como les he dicho, a lo largo del informe, en cada uno de los capítulos —yo casi me atrevería a decir en cada uno de los epígrafes—, hay esta coletilla, casi estribillo, de la limitación que tenemos de datos para mejorar el informe. Esto es muy importante y, si me permiten, aquí utilizo una cita de lord Kelvin —el físico inglés de los grados Kelvin— que les mencionaba mucho a mis estudiantes: Lo que no se mide empeora y lo que se mide puede mejorar. Pero para medir hay que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 7

definir las variables. En este sentido, tenemos un problema serio para medir y, en muchos casos, para definir aquellas variables del sistema en las que queremos avanzar.

Acabo. ¿Cómo avanzar en esta reforma? ¿Cuál es, si tengo que resumir, la propuesta del informe? ¿Cómo avanzar en la mejora del sistema tras el retroceso por esas señales de alerta? Aunque pueda ser retórico, la idea del informe es diálogo y negociación. En muchas ocasiones la idea de diálogo se asocia a una pérdida de tiempo: vayamos más rápido, no perdamos el tiempo dialogando. Yo creo que no, y esa es la convicción de la institución. El diálogo no es un adorno en un proceso de mejora de cualquier tipo de organización. A mi juicio, es el elemento que da legitimidad a las decisiones que después se adopten, ya sea a nivel parlamentario o gubernamental —da legitimidad a las decisiones que se toman si están precedidas de ese diálogo—, y da firmeza y previsibilidad al funcionamiento. Si tuviese que poner un ejemplo aquí, sería el de la reforma laboral. Fue lenta, fue difícil, pero en las seis reformas laborales anteriores siempre se podía identificar en ellas que en el momento en que aparecían en el Boletín Oficial del Estado alguien decía: Cuando nosotros tengamos poder, ya haremos rectificaciones. Esta es la primera reforma donde nadie ha dicho: Cuando tengamos la posibilidad, la cambiaremos. ¿Por qué motivo? Creo que es porque está precedida de un diálogo y una negociación y, como siempre, el resultado de una buena negociación es una frustración mutua de deseos, pero esa frustración mutua es lo que da legitimidad y estabilidad a esas reformas.

Me he pasado cinco minutos y me disculpo. Esto es un poco lo que les quería transmitir en esta primera intervención.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Costas, por su intervención.

Vamos a hacer una ronda de grupos parlamentarios y después le volveremos a dar la palabra.

Tiene la palabra el Grupo Mixto, pero me parece que no hay nadie. **(Pausa)**. No.

Tiene la palabra el Grupo Vasco.

La señora **VAQUERO MONTERO**: Egun on, guztioi.

Creo que voy a dejarle más tiempo al señor Costas para que pueda contestar a todos los grupos. Voy a ser muy breve porque vengo de una ponencia y no he tenido tiempo para escuchar todo lo que usted ha dicho. Le agradecemos mucho el trabajo que ha presentado y lo estamos estudiando con detenimiento.

Únicamente le quería hacer dos preguntas para enfocar un poco el trabajo que nos toca a nosotros, los parlamentarios y las parlamentarias de esta Cámara. Por un lado, quiero saber si esas medidas y propuestas que ustedes plantean en el informe se están abordando de manera eficiente, porque no es un problema de ahora, ya es conocido por todas las Administraciones que tienen competencias en temas de sanidad. Por tanto, quiero saber si creen que se está abordando el tema, si se está trabajando seriamente en los problemas que hay en el sistema sanitario y si están enfocados en su resolución.

Por otra parte, quisiera saber, en el caso de que tuviésemos que hacer alguna modificación legislativa, en qué tendríamos que incidir en esas modificaciones. Entiendo que el sistema sanitario tenía algunos problemas antes de que entráramos en la COVID, tal vez por la falta de planificación de los profesionales. Usted ha remarcado que se podría solucionar e incluso ha dicho que tal vez a medio plazo actualmente se podría solucionar. No entiendo cómo se puede solucionar a muy corto plazo, pero sí a medio y largo plazo. Esto en relación con los profesionales, pero con la COVID también emergieron muchos de los problemas que estaban ahí latentes, que no veíamos, y otros más. Como usted ha dicho, tenemos una población cada vez más envejecida y esa población cada vez más envejecida tiene enfermedades crónicas, por lo que necesitamos más personal. Luego está la salud mental, que evidentemente es muy preocupante y falta personal. Para empezar, falta personal y no se va a poder solucionar a medio plazo. Por ello, ¿cree que los diferentes sistemas sanitarios están dando solución a estos problemas que se han planteado en el informe?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Damos la palabra al portavoz de Euskal Herria Bildu. Iñaki, por favor.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 8

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muy buenos días.

Le pido también disculpas porque estoy en la misma situación, ya que anteriormente hemos tenido una ponencia. Me he perdido la primera parte de la exposición, pero, bueno, está el informe y lo seguiremos leyendo.

Básicamente hay dos cuestiones o elementos: uno es el tema de la salud y otro el sistema sanitario. Como muy bien apuntaba, nos enfrentamos a nuevos retos en temas de salud. Hay desigualdades sociales y geográficas, muchas veces también por la historia de los determinantes de la salud. Son diferentes las casuísticas de tumores que podemos tener en zonas industriales que las de otras zonas con otras causas y otros determinantes. Eso nos lleva también a situaciones geográficas muy diferenciadas no solamente por el sistema de salud, sino también por la repercusión que tienen los determinantes sociales históricos. Lo digo porque muchas veces se hace hincapié en las diferencias de ratios de los sistemas sanitarios, pero no se atiende paralelamente a las situaciones de la salud diferenciada, tanto demográficamente como en problemas de salud, y a muchas otras cuestiones. Es muy diferente la pirámide de edad que podemos tener en Euskal Herria con la pirámide de edad que puede haber en otros sitios. Entiendo que lo analizaremos.

Cuando se habla de la necesidad de homogeneización o de que hay que ir a la igualdad en los diferentes sistemas de salud, entiendo que no se puede acometer eso de una manera mecánica, porque es muy diferente el sistema sanitario que tenemos, por ejemplo, en el País Vasco, del que hay en Cataluña o Almería. ¿Por qué estoy insistiendo en este asunto? Porque desde nuestro punto de vista —oyéndole y por lo que he podido oír en el texto— debemos tomar una visión del sistema sanitario en cuarenta años. Hace cuarenta años, en la década de los ochenta, hubo un gran desarrollo del sistema público sanitario. Hoy nos estamos enfrentando a una crisis, pero esa crisis se está dando en un contexto en el que por parte de muchos sectores y de los servicios sociales sociosanitarios se está haciendo negocio de la salud. Debemos tener en cuenta que en estos momentos hay una competencia por atender esas necesidades y ahí, como sector público, tenemos que responder a esas necesidades para preservar el sistema público. Aquí atiendo a una de las cuestiones. Cuando estamos hablando de la colaboración públicoprivada nos estamos enfrentando a nuevas amenazas como sistemas de mutuas, sistemas de seguros privados y otros sistemas que están haciendo una competencia real al sistema público. Cómo vamos a responder a eso es una de las cuestiones que, de alguna manera, con el CES y otras plataformas tenemos que responder para acertar eficazmente.

Por otro lado, ¿por qué el malestar del personal que trabaja en el sistema sanitario? Este sería uno de los temas fundamentales de la crisis, el malestar dentro del sistema sanitario. ¿Por qué hoy nos quemamos con 55 años trabajando dentro del sistema sanitario? No es solo algo derivado de la situación sufrida por el COVID. ¿Se pueden atender a estas circunstancias? Oyéndole me surgían cantidad de preguntas, porque ha sido muy interesante su exposición. Se lo agradezco. Creo que son preguntas que todo el mundo tenemos en mente.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por la intervención.

Creo que hoy no tenemos a Junts con nosotros. **(Pausa)**.

Le toca al Grupo Republicano.

La señora **ESTREMS FAYOS**: Hola, bon dia. Moltes gràcies, president. Moltes gràcies també al ponent d'avui.

Mirin, jo volia fer una mica d'exposició del que està passant a Catalunya en temes de salut. Crec que és pertinent, principalment, perquè els temes de salut estan transferits i, per tant, les competències i el finançament prové dels Governos, de la Generalitat, en aquest cas.

A Catalunya s'ha fet una aposta molt clara per la innovació en salut i per tot el sistema sanitari en general, augmentant en quasi un 4 % el pressupost del departament amb la legislatura del conseller Balcells, superant els 12 milions d'euros i el milió i mig d'euros en R+D+I. El Govern va encarregar al Departament de Salut la creació del Centre de Teràpies Avançades a Catalunya per a la recerca en gens, teixits, cèl·lules i regeneració de teixits; el tractament de malalties inflamatòries autoimmunes; el tractament del càncer o l'aplicació en totes les patologies que no disposen d'estratègies efectives. Aquest centre és un centre pioner i punter a tot l'Estat espanyol. Al Ministeri, en aquest sentit, entenem que hauria de servir d'ajuda i d'impuls, sempre des de la lleialtat institucional i respecte escrupolós al marc competencial, partint de la base que Catalunya és un referent en aquest tipus de teràpies que suposen el 60 % en tot el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 9

territori de l'Estat. Això, com deia, s'ha fet amb un dèficit fiscal elevadíssim; 52 milions d'euros es recaptin a Catalunya i només en retornen 25. Mentre la nostra situació nacional no canviï —que esperem que no trigui gaire—, això ho haurem de gestionar d'aquesta manera com a comunitat i, per tant, amb els recursos que es retornen.

Del mateix informe, crec que caldria destacar dos temes que creiem molt importants i que no s'han comentat, perquè un altre tema seria el del personal, que ja ha comentat el company de Bildu, i el de la salut mental. Una de les qüestions que per nosaltres és principal són les llistes d'espera; és un mal endèmic, que sembla que cada vegada es van ampliant en comptes de reduir-se. Jo vinc d'una població de 10000 habitants de Girona, de la Costa Brava, on hi ha un CAP referent de regió, en un municipi d'uns 10000 habitants, com deia, que deu funcionar per a uns 12000 en tota la regió. Quan has de demanar hora al teu metge de capçalera, passa pràcticament una setmana. Això és greu i, com bé deia el senyor Costas, fa que les classes mitjanes acabin sortint del sistema perquè, per poc que puguin, es paguen una mútua mínima que fa que els atenguin el mateix dia. Cal que el sistema sanitari aculli tothom i que respongui a les necessitats reals de les persones. Evidentment, no parlem de les especialitats, que en un hospital comarcal com el de Figueres —que seria el nostre, en aquest cas, de referència— estem parlant de llistes d'espera de tres o quatre mesos perquè et vegi un especialista per fer una ressonància perquè et fa mal el genoll.

Per altre costat, també crec que és molt interessant el concepte de *One Health* que comenta l'informe. A Catalunya, concretament, s'ha implantat ja un referent de salut comunitari a tots els CAP, que ajuda que la gent faci activitat física, surti de casa, es relacioni. Tot això fa que les persones consumeixin menys medicina tradicional perquè cobreixen certs aspectes amb aquestes trobades. A banda, el tractament de la salut humana conjuntament amb la salut animal i mediambiental, estem segures que faria avançar moltíssim en la prevenció de malalties i, si s'escau, de pandèmies, com podria ser la COVID, i faria que la societat estigués més segura i més sana en general; però cal que aquest concepte realment ens el creguem. Hi hem de posar recursos, però també hi hem de posar una feina política aquí darrere i, per tant, des de les institucions, des de les Cambres com aquesta, cal realment que hi apostem, que expliquem quins són els beneficis del *One Health* i que tothom entengui que és una millora que farà reduir la despesa en sanitat si ho fem bé.

En definitiva, a part de voluntat política —que entenc que, després de l'informe que ens han presentat, hi serà per part de tots els grups—, tot plegat és una qüestió de recursos. Nosaltres voldríem saber com veu el Consell Econòmic i Social que les comunitats hagin de fer front a totes aquestes despeses de les propostes que fa l'informe. Nosaltres, com a Esquerra Republicana, creiem que és bàsic un sistema de finançament singular i solidari per permetre un repartiment equitatiu i just per poder millorar tot el sistema sanitari de totes les regions de l'Estat.

Perdoni, hauré de sortir un segon; tinc una Mesa i portaveus, tornaré a escoltar la resposta i, si no, recuperaré el vídeo; no és que me'n vagi.

Gràcies.

Muchas gracias, presidente.

Buenos días.

Muchas gracias también al ponente de hoy.

Quiero hacer una exposición de lo que sucede en Cataluña en temas de salud. Creo que es pertinente, principalmente porque los temas de salud están transferidos y, por lo tanto, las competencias y la financiación provienen de los Gobiernos de la Generalitat.

En este caso, en Cataluña hemos apostado claramente por la innovación en salud y todo el sistema sanitario en general, aumentando en casi un 4% el presupuesto del departamento con la legislatura del conseller Balcells y hemos superado los 12 millones de euros y también los 1,5 millones de euros en I+D+i. El Gobierno encargó al departamento de salud la creación del Centro de Terapias Avanzadas en Cataluña, para la investigación en genes, tejidos, células orientadas y regeneración de tejidos, tratamiento de enfermedades inflamatorias autoinmunes, tratamiento del cáncer o su aplicación en todas las patologías que no disponen de estrategias efectivas. Se trata de un centro pionero y puntero en todo el Estado español. El ministerio entiende que tiene que servir de impulso y ayuda desde la libertad institucional y con un respeto escrupuloso al marco competencial, partiendo de la base de que Cataluña es un referente en este tipo de terapias que representan el 60% dentro del territorio del Estado. Como decía, esto se ha realizado con un déficit fiscal elevadísimo, 52 millones de euros se recaudan en Cataluña y solo nos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 10

devuelven 25 millones. Mientras nuestra situación nacional no cambie —que esperemos que no tarde mucho en cambiar— tendremos que gestionarlo como comunidad de este modo y con los recursos que nos devuelven.

Del propio informe habría que destacar dos temas muy importantes que no se han comentado. Otra cuestión sería la del personal, que ha comentado el compañero de Bildu, y la salud mental también. Una de las cuestiones principales para nosotros son las listas de espera; es un mal endémico que parece que crece en vez de disminuir. Yo soy de una población de diez mil habitantes de Girona, de la Costa Brava, y allí hay un CAP referente de región, en un municipio, como decía, de diez mil habitantes, que funciona para unas doce mil personas. Cuando tienes que pedir hora al médico de cabecera hay que esperar una semana. Esto es grave. Y como bien decía el señor Costas, esto hace que las clases medias se salgan del sistema porque se pagan una mutua, aunque sea mínima, para que les atiendan el mismo día. El sistema sanitario tiene que poder acoger a todo el mundo y responder a las necesidades reales de las personas. Evidentemente, no hablamos de especialidades, que en un hospital comarcal como el de Figueras —el nuestro de referencia— tenemos listas de espera de tres o cuatro meses para que te atienda un especialista para una resonancia porque te duele la rodilla, por ejemplo.

Por otro lado, creo que es muy interesante también el concepto de One Health que comenta el informe en Cataluña; se ha implantado ya un referente de salud comunitaria en todos los centros de atención primaria, que ayuda a que la gente haga actividad física, que salga de casa y que se relacione. Con esto, las personas consumen menos medicina tradicional porque cubren ciertos aspectos con estas actividades. Además, el tratamiento de la salud humana, junto a la medioambiental y animal, seguro que llevaría al avance en la prevención de enfermedades y, en su caso, de pandemias, como la de la COVID, y, además, haría que la sociedad estuviera más segura y más sana en general. Pero, es necesario que este concepto nos lo creamos. Hay que darle recursos y también hay que hacer trabajo político aquí, con lo cual desde las instituciones, desde Cámaras cómo está, debemos apostar por ello, explicar los beneficios del One Health para que todo el mundo entienda que es una mejora que llevará a una reducción del gasto sanitario si lo hacemos bien.

En definitiva, aparte de voluntad política —que entiendo que después del informe que se nos ha presentado existe por parte de todos los grupos—, todo se limita a una cuestión de recursos. Queremos saber cómo ve el Consejo Económico y Social que las comunidades tengan que hacer frente a todos estos gastos en relación con las propuestas que propone el informe. En Esquerra Republicana creemos que es básico un sistema de financiación singular y solidario para mejorar el sistema sanitario de todas las regiones del Estado.

Perdone, pero tendré que salir un momento porque tengo una Mesa y portavoces, pero regresaré para oír la respuesta y, si no, recuperaré el vídeo; no es que me escape.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario SUMAR, tiene la palabra el doctor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenos días.

Muchísimas gracias por la presentación y gracias por el trabajo del informe que nos es plenamente útil. Además, es un placer haber escuchado algunos términos, como la importancia de la universalidad, la importancia de un sistema público y la importancia también de mencionar a Tudor Hart, con la ley de cuidados inversos en nuestro sistema.

Voy a hacer algunas consideraciones muy generales. Estamos totalmente de acuerdo con la repercusión de la crisis y el daño que tenemos en el sistema sanitario actual, y creo que el informe da algunas claves en ese análisis. Comentamos muchas veces que nuestro sistema sanitario tiene un papel práctico y real que es dar soluciones a las vidas de las personas que tienen problemas de enfermedad, una solución muy práctica. Pero también es verdad que tiene un elemento muy simbólico, que es el de vertebración en un modelo democrático, en un modelo histórico de país. Que haya fallas, que haya agujeros, que haya listas de espera o que haya personal sanitario con desafección también supone acabar con ese elemento simbólico, más allá de la importancia práctica que lógicamente tiene el sistema sanitario.

Creo que hay varios elementos, algunos ya se han mencionado; uno es la importancia de un pacto social; otro es el tema de un sistema solidario, teniendo en cuenta que las competencias y la territorialidad son básicas para poder gestionar, pero que tiene que haber un sistema solidario no solamente en el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 11

Estado, sino a nivel europeo —no tiene sentido que nos hagamos competencia entre países europeos quitándonos personal sanitario, como hemos visto, por ejemplo, hace unos años con la pandemia—, y esto requiere un esfuerzo de organización y de coordinación.

Otro elemento que se ha mencionado es el de la ciudadanía y nuestros profesionales sanitarios. Nosotros decimos siempre que queremos un sistema sanitario que cuide a la población y también una población que cuide al sistema sanitario. Hemos perdido profesionales sanitarios por una desafección, porque no los hemos cuidado; retributivamente no se han cuidado y las condiciones laborales no se han cuidado. Eso ha hecho que muchos profesionales se hayan ido de nuestro sistema sanitario. Esto es clave, porque no solamente son trabajadores y trabajadoras haciendo unos servicios, sino que son los trabajadores que dan sentido, cuidan y dan espíritu a lo que queremos de nuestro sistema sanitario. Las primeras promociones de médicas de familia o de trabajadoras hospitalarias tenían un convencimiento pleno y hacían una defensa plena de nuestro sistema público y universal; había compañeros y compañeras en los hospitales defendiendo la importancia de un sistema público y universal y defendiendo la atención primaria. Si ese discurso lo perdemos, vamos a perder nuestro sistema. En ese sentido —haciendo una nota metodológica—, sería muy interesante que los informes tuvieran también una parte discursiva; es decir, la metodología cuantitativa es fundamental para tener datos —yo vengo de la salud pública—, pero es verdad que la parte cualitativa, que a veces es más complicada de hacer metodológicamente hablando, también es muy interesante para dar algunas soluciones, el porqué y el para qué se pueden hacer algunas cuestiones.

Me gustaría mencionar otro elemento. Yo creo que el texto habla muy bien de un enfoque de salud, aunque se centra en el sistema sanitario. En Asturias, en el año 2011, desarrollamos un proyecto, que se llamaba Observatorio de Salud en Asturias, junto a los *County Health Rankings* de la Universidad de Wisconsin y la Roger Wood Johnson Foundation, que era muy interesante —aunque está parado desde la pandemia— porque trabajábamos con una batería de veinte o veinticinco indicadores por municipios para definir cómo estaba la situación de la salud. Utilizábamos determinantes de salud socioeconómicos y ambientales, y utilizábamos resultados de salud de mortalidad y de morbilidad. En ese modelo —que viene de un modelo de estudio norteamericano, pero que hemos revisado en Asturias para España— lo que se decía es que el peso del sistema sanitario es solamente entre un 10 y un 20 % en los resultados de la salud. Es decir, el impacto que tiene el sistema sanitario en la salud es solamente entre un 10 y un 20 %; un 20 % en aquellos sistemas sanitarios que no tienen equidad o acceso pleno, como es el sistema norteamericano. Es muy importante la reflexión —y que esté reflejado en los informes— de qué otras políticas tienen impacto en la salud. Lo sabemos: da igual que tengamos el mejor acceso a tratamientos, que si no tenemos acceso a plena vivienda y los alquileres y las hipotecas siguen por las nubes, eso tendrá una repercusión laboral, en salud mental o en patologías como la COVID, por ejemplo. Estaría bien que el libro tuviera ese enfoque de qué otras políticas pueden tener acceso.

Termino con otro elemento, que para mí también es clave, que es el tema de salud pública. Siempre se dice que la atención primaria es la Cenicienta, y nosotros decimos que la salud pública es la hermana pobre de la Cenicienta. En pandemia todo el mundo hablaba de salud pública. Después de la pandemia sí que hemos hablado mucho de primaria y de salud mental, pero casi nadie habla de salud pública, a veces porque incluso se confunde qué es salud pública y qué es sanidad pública. Es importante tener en cuenta que requerimos una Agencia Estatal de Salud Pública fuerte en nuestro país. Yo creo que este es el siguiente paso que tenemos que dar, pero también es importante decir que no tiene sentido tener una Agencia Estatal de Salud Pública fuerte si no tenemos buenos departamentos de salud pública en las diferentes comunidades autónomas. El presupuesto en algunas comunidades autónomas está entre un 0,4 y un 1,2 % del presupuesto sanitario; es decir, es mínimo. No tener salud pública fuerte supone no solamente dificultades para afrontar situaciones de pandemia como la COVID, sino también no tener visiones hacia los determinantes de la salud y cómo hay que influir en otras políticas para mejorar la salud; por ejemplo, todo el tema del impacto climático que estamos viendo ahora mismo. Por eso, creo que es muy importante poner el foco en esto.

Los profesionales que ahora mismo están en salud pública en muchas comunidades autónomas son mayoritariamente profesionales de segunda categoría retributivamente y en cuanto a prestigio respecto a lo que son otros profesionales sanitarios. Esto yo creo que es muy importante ponerlo de relieve, porque posiblemente tenemos una pandemia a la vuelta de la esquina y no queremos que nos pille sin una buena agencia estatal y sin buenos departamentos de salud pública a nivel territorial.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 12

Muchísimas gracias por el trabajo, que seguiremos leyendo y tendremos muy cerca en lo que queda de legislatura. Enhorabuena a todo el equipo por el trabajo.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario VOX, el señor García Gomis.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias, doctor Costas, por su exposición. Quiero agradecerle a usted y al resto de componentes del Consejo Económico y Social su trabajo. Para nosotros, este consejo económico es muy importante. De hecho, uno de nuestros compañeros al que usted conoce bien, don Ignacio Hoces, escribió un libro que usted prólogo que se titula *Representación de intereses socioeconómicos y diálogo social. Los consejos económicos y sociales de los Estados de la Unión Europea*. Y aprovechando que usted ha nombrado la Constitución y la palabra clave «social», diré que precisamente este libro, al principio de sus páginas, tiene dos citas. Una es del Papa Pío XII: «Tanto el Estado como todo buen ciudadano deben tratar y tender especialmente a que, superada la pugna entre las «clases» opuestas, se fomente y prospere la colaboración entre las diversas «profesiones»». Y otra de León Blum, que dice que la democracia política no será viable si no se convierte en una democracia social; la democracia social no sería ni verdadera ni estable si ella no tiene por base una democracia política. Por eso quiero agradecerle tanto su exposición. Creo que la mayoría de las señorías aquí presentes coincidimos en que podríamos estar horas escuchándole desgranar este informe por la calidad de su intervención, la calidad de sus palabras y la calidad humana que usted ha mostrado aquí y siempre ha mostrado en todo el trabajo que usted hace y que he podido seguir con detenimiento para preparar esta intervención. Creo que este informe que ustedes nos han hecho llegar va a ser el libro de cabecera de muchos miembros de esta comisión, que siempre decimos que es un oasis en este frenesí político. Quiero aprovechar para decir que es un total honor para mí pertenecer a esta comisión y compartir foro de debate con el resto de sus señorías porque creo que es enriquecedor.

De entre las frases que ha dicho usted, aparte del comienzo, de la parte social, me quedará con que es necesario parar y evaluar. Muchas veces el día a día no nos permite hacer eso, no nos permite parar y evaluar, y hacen falta agentes externos —que no ajenos— al día a día que sean capaces de coger, parar, medir y evaluar. Y también me quedo con la parte de los datos. Lo que no se puede medir, no se puede mejorar. Tenemos un déficit absoluto en buena parte de nuestro sistema sanitario que no somos capaces de poder medir ni evaluar. Ya no hablamos de productividad, hablamos de cómo estamos llegando, de la incidencia. Incluso muchas veces no podemos saber realmente el número de pacientes que tiene una enfermedad como puede ser el alzhéimer, algo que trataremos aquí la semana que viene y que es un tema que se denuncia precisamente. No lo sabemos realmente. Según a quién preguntes, te dicen que hay quinientos mil; otros, doscientos mil; otros te dicen que un millón y otras asociaciones, como la Confederación de Alzheimer, te dicen que hay hasta cinco millones de personas afectadas. Es un problema que tenemos enquistado no solamente con el alzhéimer, sino con muchas otras enfermedades.

Sí, es verdad que siempre hemos hablado del Sistema Nacional de Salud como una referencia, siempre se ha hablado de él como buque insignia dentro de nuestra democracia, como uno de nuestros baluartes y modelo a exportar a nivel internacional, pero la crisis de 2008 y la posterior crisis del COVID creo que lo han dejado tocado, no de muerte pero sí muy muy tocado, y sí que es cierta esa degradación. Los ciudadanos la ven, la sufren. Por mucho que intentamos nosotros revestir esto aquí de buenas palabras, la realidad es tangible y al aterrizar realmente a lo importante, a lo que sufren los ciudadanos, uno se da cuenta de esa degradación.

Yo creo que tenemos varios retos. Como usted ha dicho, tenemos un reto demográfico: despoblación, envejecimiento, cronificación, polimedicación; y también hay masificación en algunas zonas de salud y falta de sanitarios en esas zonas. Luego, está el reto económico, un pilar importante, y no solamente por la deuda pública que tenemos acumulada y la deuda de las comunidades autónomas, sino por la falta de presupuestos; y parece que vamos encaminados a tener, un año más, esa falta de presupuestos. Y, sobre todo, económicamente nos falta un plan de modernización e inversión. Muchas veces creo que vamos tapando agujeros —vamos a decir—, parcheando, pero no damos una solución a largo plazo, no tenemos un plan de inversión y muchas veces llegamos muy tarde. Otro de los retos es el tema de la infraestructura. Usted lo ha dicho. Tenemos un sistema de más de cuarenta años y de mucho más atrás. Yo creo que esto va por oleadas. Se construyen hospitales por oleadas, pero básicamente tenemos las infraestructuras que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 13

teníamos hace cuarenta años o algunas veces incluso sesenta, setenta u ochenta años. Tenemos falta de camas, falta de hospitales, falta de centros de salud. Tenemos también un reto respecto a profesionales y recursos humanos, como usted ha señalado, y no solamente me refiero a falta de personal, sino a ese personal que, una vez formado, se marcha al extranjero por las condiciones económicas. También está el debate de la falta de especialización, sobre todo en el tema de urgencias, algo que está sobre la mesa. El tema de la salud mental y el malestar entre los trabajadores sanitarios no viene de ahora, pero parece ser que ahora se ha acentuado mucho más. Las agresiones al personal sanitario también van en aumento. Las ratios de profesionales por paciente es otro debate: cómo puedes medir y comparar con el resto de Europa en cuanto a personal médico y personal de enfermería. El reto de la investigación yo creo que es nuestro talón de Aquiles. Personalmente, creo que aumentar la investigación no solamente es algo que redundaría en la salud de nuestros conciudadanos y compatriotas, sino que nos colocaría también —un gran aumento de la inversión— como uno de los nexos y nodos importantes a nivel mundial. Yo creo que ese tren hace mucho tiempo que lo hemos perdido a pesar de tener grandes investigadores y grandes centros, que creo que no se están aprovechando en su capacidad completa porque tienen un gran potencial. También quiero hacer hincapié en que sin inversión y sin investigación no hay innovación y no llegamos a cubrir las necesidades. Y dentro de ese reto de inversión yo creo que es necesario poder fiscalizar cada euro y estirarlo al máximo. Creo que no vale de nada aumentar los presupuestos de sanidad si primero no vemos que cada euro está bien gastado y llega y no se pierde por el camino. Se puede, por ejemplo, trabajar con el tema de la compra de farmacia a nivel estatal, se puede trabajar en muchísimas formas que ahorrarían dinero al contribuyente y así ese dinero podría ir a otros sitios en los que hace falta.

Usted se ha referido al reto de inteligencia artificial. Una de las cosas que me preocupó en la exposición de la ministra en su primera comparecencia aquí, en el Congreso, explicando su plan es que en ningún momento nombró la inteligencia artificial. Yo celebro que usted haya introducido este término porque la inteligencia artificial ha venido para quedarse y creo que nos puede ayudar a simplificar muchos trabajos, muchas —digamos— tareas repetitivas, pero también nos puede ayudar a la hora de investigar y poder llegar y estar. De hecho, se está utilizando ya de manera pionera en algunos servicios, como en Castilla y León. El reto de la ampliación y garantía de servicios —la ampliación de la cartera de servicios— es fundamental, así como garantizar el acceso en igualdad a medicamentos y tratamientos. No es lo mismo vivir en la Comunidad Valenciana que vivir en la Comunidad de Castilla y León, en Galicia o en otras comunidades: no tienes el mismo medicamento, en unas se paga y en otras no, en unas se hace un cribado por siete puntos, en otras por cuarenta. Es diferente. Las listas de espera son otro talón de Aquiles, y no solamente en cirugía —muchas veces nos centramos en la cirugía—, sino también para ser visto por un especialista o para pruebas.

También me gustaría hacer algún comentario sobre el aumento de ciudadanos que están accediendo a contratar seguros privados. Es un aumento que hemos visto reflejado.

Me estoy pasando del tiempo, pero me gustaría terminar —si me lo permite, señor presidente— con el reto farmacéutico. El gasto farmacéutico se ha convertido en uno de los principales pilares, en un gran presupuesto. Estamos teniendo dificultades para acceder a nuevos medicamentos y en su disponibilidad para los ciudadanos, y actualmente nos encontramos incluso desabastecimiento en algunas farmacias. Y uno de los puntos que a nosotros nos gustaría incorporar es la capacidad y formación de nuestros farmacéuticos para ayudar a la atención primaria. Por ejemplo, un caso sería el control del Sintrom, que se podría hacer apoyados por las farmacias, lo que además ayudaría a que esos pacientes no tuvieran que acudir al médico.

El reto de salud mental, por supuesto. Aquí, en la comisión, esto salió por unanimidad. Yo creo que tenemos que hacer una aceleración en este tema porque llegamos muy tarde, y no solamente por la falta de profesionales, sino también de infraestructuras y medios en general.

Termino. Le agradezco sus palabras. Coincido con usted en que hace falta la mejor gobernanza. Nosotros insistimos en acabar con los diecisiete sistemas sanitarios actuales, pero eso no implica una recentralización, sino que haya una equidad real. Creo la pandemia es el mejor ejemplo: no puede haber para un mismo virus diecisiete sistemas diferentes de atacarlo y que cada uno haga la guerra por su cuenta. Me gusta hacer este comentario porque muchas veces los ciudadanos se sienten extranjeros en su tierra por las historias clínicas, las tarjetas sanitarias, las barreras del idioma, etcétera.

Y respecto a la necesidad de la colaboración público-privada, creo que es un debate importante. La colaboración público-privada es necesaria porque el Sistema Nacional de Salud no llega donde tiene que llegar y muchas veces es la privada la que tiene que cubrir ese hueco.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 14

Muchísimas gracias.

Gracias, presidente, por estos minutos extra.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor García.

Por el Grupo Socialista, la señora Martínez tiene la palabra.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Muchas gracias, presidente.

Primero, quiero dar las gracias al Consejo Económico y Social y a todo el equipo que ha elaborado este informe, que ustedes dicen que no es exhaustivo, pero a mí la verdad es que me lo parece. Será un libro de cabecera también para mi grupo, así que muchas gracias por este trabajo.

Todos coincidimos en que el sistema sanitario de nuestro país es un pilar fundamental del estado de bienestar y en él han confluído diferentes desafíos importantes, que ya arrastrábamos hace años y que han roto algunas de sus costuras de forma muy abrupta durante la pandemia COVID. Cierto es que también se mostraron algunas fortalezas en esta pandemia, como la consistencia, a pesar de la situación, de la atención primaria, a la que creo que nunca le agradeceremos lo bastante su importante papel durante la pandemia.

Nuestro sistema —y ustedes lo dicen así también— ha tenido siempre una gran reputación y, en cuanto a resultados con respecto a los costes, se ha situado siempre por encima de la media europea. Cierto es también que en los últimos tiempos —usted lo ha comentado y lógicamente lo percibimos— la ciudadanía muestra un mayor grado de insatisfacción con el mismo y se ha perdido parte de esa confianza en el sistema. Por ello, urge fortalecerlo y consolidarlo, aumentando recursos —claro que sí— y mejorando su calidad.

Hemos de abordar la cronicidad, el envejecimiento o, como ha dicho usted, la travesía o el trascurso hacia la longevidad y la salud mental, a la que especialmente quiero hacer referencia hoy, que es el Día Mundial de la Salud Mental. Tenemos que aportar recursos para que este grave problema deje de serlo, para procurar el bienestar de la ciudadanía. Hemos de abordar la sostenibilidad económica del sistema, la universalidad —también se ha dicho—, el envejecimiento de los profesionales, la digitalización, la innovación terapéutica, la inteligencia artificial —claro que sí— y la participación de los pacientes, que es muy importante. Desde mi punto de vista, hay que empoderar a los pacientes, tienen que ayudarnos también hacer sostenible el sistema desde el autocuidado y la colaboración.

Con estos retos por delante, es de agradecer este documento que nos han facilitado porque nos ayuda a los políticos y gestores en ese análisis diagnóstico, en la descripción de la realidad y, lo que es aún mejor, apunta muchas medidas correctoras que desde este grupo y también desde el Gobierno compartimos y que en algunos casos ya se están poniendo en marcha. Por ejemplo, proponen aumentar la concreción y simplificar la cartera de servicios. Saben que las leyes que están en marcha en este Parlamento profundizan en ese sentido. Apuestan por el concepto *One Health*, integrando en el sistema al sector veterinario, cuestión que compartimos. Apuntan la posibilidad de nuevos organismos en la evaluación de fármacos que hagan que esta evaluación sea más transparente y especialmente más rápida, que es una de las cuestiones que en nuestro país está pendiente. Y hay que asegurar —cómo no— la universalidad real del Sistema Nacional de Salud eliminando esas barreras que en los sectores más desfavorecidos todavía existen en el acceso a la sanidad, hablamos de los procesos *online*, de las personas sin hogar, de las dificultades de la cita previa para algunos sectores de la población. Hablan también de la necesidad de hacer un mapa de profesionales sanitarios, y es verdad que ya está en elaboración desde el ministerio.

Hemos visto en estos años también, y ustedes lo dejan reflejado estadísticamente, cómo han aumentado los profesionales en los hospitales, sobre todo las enfermeras, en ese hospitalocentrismo de estos últimos años, a costa de no hacerlo en la columna vertebral del Sistema Nacional de Salud, que es la atención primaria, por la que hay que hacer una apuesta absolutamente decisiva, prestigiándola y dotándola de medios, así como incorporando nuevos perfiles profesionales que se hace necesario incorporar en el equipo de atención primaria.

Especial atención merecen las zonas rurales, donde hay que hacer atractivo el ejercicio de la profesión, modernizar la contratación, hacerla más flexible, y estabilizar las plantillas, mal endémico de nuestro país que ha dado lugar a algunas de las situaciones y problemas que tenemos en este momento.

Hacen un gran análisis de las repercusiones que para personas vulnerables tuvo el copago en el año 2012 en la adherencia a los tratamientos, que afortunadamente ya ha sido revertido, y plantean una reflexión sobre cambios en el sistema de financiación farmacológica del usuario, en la que coincido,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 15

pasando de la clasificación de activos o pensionistas, que yo creo que hoy en día se ha quedado obsoleta, a un sistema de rentas en el que también tenga importancia la pluripatología de las personas. Coincidimos en que es fundamental conectar la farmacia comunitaria con la atención primaria. Creo que no estamos utilizando un recurso importantísimo que tenemos en nuestro país y que nos puede ayudar.

Y algo fundamental para mí es que hay que implicar al sector sociosanitario en el proceso asistencial. Seguramente los casos de muertes en residencias que hemos visto durante la pandemia no habrían tenido lugar en tan gran número si esta coordinación hubiera estado resuelta.

Así que vamos a actuar sobre los determinantes sociales que influyen en la alta prevalencia de las enfermedades crónicas, en salud mental y en retos como la telemedicina, la inteligencia artificial y las listas de espera, que tienen que ser transparentes y tener unas condiciones básicas para que todo el mundo podamos estudiar qué está pasando en cada en cada comunidad, qué está pasando en cada en cada lugar, y eso solo será posible desde el consenso, palabra que creo que es imprescindible en este aspecto, en la sanidad en general y en el bienestar social de nuestro país. Pero a mí me preocupa —es una tarea que tenemos que hacer los políticos y en la que ustedes nos van a ayudar— cómo recuperar esa confianza de la ciudadanía. Me preocupa el significativo pase de un gran porcentaje de la ciudadanía hacia seguros privados por, seguramente, no encontrar respuesta en el sistema nacional público. Además, me preocupan los sistemas low cost, porque estos sistemas no garantizan para nada una buena atención sanitaria. Es imposible que con esos estándares de precios se pueda garantizar una buena atención sanitaria. Hay una excesiva mercantilización de la sanidad en este momento y eso está influyendo en estos seguros. También se está perdiendo en estos tipos de seguros ese concepto tan importante para los que nos hemos dedicado a atención primaria de la integralidad y la longitudinalidad de la atención primaria, que desaparece en este tipo de cuestiones. No sé si nos puede dar algo más de luz sobre esto, aunque ya han hecho mucho ayudándonos con este estudio.

Le dejo sobre la mesa estas cuestiones y de nuevo le agradezco su trabajo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora tiene la palabra el Grupo Popular.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Gracias, señor presidente.

Gracias, señor Costas. Lo primero que quiero hacer es disculparme tanto ante usted como ante el resto de la sala por haber tenido que estar al inicio de la sesión en otra actividad parlamentaria que coincidía en hora, así como que haya podido modificar la hora de la comparecencia —también se lo agradezco al resto de la Mesa—, que estaba prevista al finalizar el Pleno. También quiero agradecerle esta comparecencia para presentarnos el informe de la situación sanitaria en 2024, un documento que genera una foto fija de la situación de la sanidad en España y que es un ejercicio de transparencia, algo que nuestro Grupo Parlamentario Popular viene reivindicando desde el principio de la legislatura. Es un informe que fue aprobado en febrero de 2024. Lo hemos leído con detenimiento y hemos desarrollado una serie de cuestiones relacionadas con él. Vamos a intentar concretarlo porque 302 páginas dan para mucho. Nos hubiera gustado hablar de muchas cuestiones con usted para afrontar con garantías uno de los pilares fundamentales de la sociedad como es la sanidad.

Nos gustaría saber también si ha habido algún tipo de reunión con el Ejecutivo sobre este informe. Y, por el tiempo, nos vamos a centrar no solo en aquellos temas que recoge el informe que consideramos más destacados, sino también en aquellos que por su situación presente y actualidad nos gustaría abordar en esta comparecencia. En la mayoría de las situaciones desarrolladas esto implica, además de una gestión eficiente y responsable, la generación de los recursos necesarios para poder atender los problemas planteados. Estos recursos parten fundamentalmente del concepto económico, es decir, una mayor inyección de dinero en el sistema sanitario. Por eso, como economista, me gustaría preguntarle si para hacer una aplicación efectiva y buscando la viabilidad cree realmente que en el contexto actual, con unos presupuestos generales del Estado que todavía no se han aprobado, sería posible con la prórroga de los anteriores conseguir dar solución a cuestiones que se incluyen en este informe o, al menos, solucionar o mejorar aquellas cuestiones que se citan en el informe. Este sentido, y con el reto de garantizar un nivel de gasto y un sistema de financiación eficiente para poder superar todas las dificultades actuales y futuras en materia sanitaria, vuelve a ponerse de manifiesto la alta posibilidad de ausencia de presupuestos aprobados, donde se debería debatir la más que necesaria evaluación del modelo de financiación autonómica, así como la búsqueda de la equidad en este sentido, pues las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 16

comunidades autónomas tienen diferencias entre ellas, ya que no son las mismas las necesidades de Extremadura, que es mi región, que las de otras, como pueden ser Murcia o Madrid, por ejemplo.

De imperiosa actualidad está —y lo cita en el informe— Muface, un subsistema de protección sanitaria pública. El Gobierno ahora mismo está negociando la renovación del concierto con las distintas compañías. El martes pasado hubo una proposición del Ejecutivo que parece ser que está alejada de las pretensiones de las aseguradoras. La dificultad en el caso de no encontrar una solución sería la más que posible inyección al sistema de manera extraordinaria más de 1000 millones de euros, la creación inminente de 4000 camas y la posibilidad de pérdida de más de 13000 puestos de trabajo. De nuevo, apelando a su formación de economista, nos gustaría saber su valoración sobre esta situación.

Es de agradecer también la información crítica. En todos los informes hay situaciones que son no críticas y otras que son críticas; en este caso, la que hace el informe sobre la gestión del Gobierno durante el COVID, con una deficiente coordinación de las medidas adoptadas, insuficiencia de recursos, altas tasas de contagio y mortalidad, y el drástico descenso de reconocimientos y tratamientos médicos —leo textualmente lo que indica el informe—, algo que nuestro grupo parlamentario venía denunciando desde el principio de la pandemia. Y todavía falta por desarrollar la ley de pandemia y mejorar y garantizar la reserva estratégica del medicamento y productos sanitarios.

En cuanto a la salud mental, ya lo han comentado varios compañeros y ya lo ha citado usted en su intervención —hoy es el Día Mundial de la Salud Mental—, es un problema creciente. Usted ha dado datos en su intervención y el informe lo define como crisis de salud mental. Ante la necesidad de mayores recursos, volvemos a tropezar con la necesidad de contar con presupuestos. Y preocupante también es el dato sobre España como líder mundial en el consumo de benzodiazepinas. Echamos de menos la falta de la inclusión de otros ministerios en el trabajo que se hace con salud mental, fundamentalmente el de Educación, ya que es clave no solo la coordinación, sino la prevención y atención temprana, fundamentalmente en la etapa infantojuvenil. Se incluyen en la Estrategia de Salud Mental 20222026 las diez líneas estratégicas, pero tanto esta como ese intento de impulsarla a través de un plan de acción posterior sigue sin dar resultados positivos. También se ha comentado aquí la creación de esa Subcomisión de la Salud Mental y la elaboración posterior de un documento que esperemos que sirva para mejorar la situación de la salud mental en España.

Estamos a favor de una mayor activación de las políticas preventivas, son más que fundamentales. Consideramos que sin prevención no hay fórmulas magistrales que mejoren los datos de sanidad. Se necesita una coordinación sociosanitaria para mejorar la calidad asistencial. Además, estamos en la fase de espera para continuar con la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública. Se habla mucho en todo el entorno de la estrategia *One Health*, pero se necesita también desarrollarla de manera completa y, por supuesto, modernizar, mejorar y actualizar la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Debemos avanzar en la actualización del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios y contar con una clara y definida planificación para abordar la problemática del déficit de personal en la sanidad, fundamentalmente de médicos, con datos que —dice el informe— se van a seguir manteniendo al menos hasta 2035, y esto agravado por la situación de la atención primaria. A pesar de esas plazas ofertadas que también incluye el informe de la convocatoria 20232024, más de 11600 plazas, continuamos con el problema de la cobertura y la asistencia sanitaria. Habría que profundizar en el motivo de base para encontrar una pronta solución a esta situación, que crece cada día.

Una de las cuestiones que pedimos y que podría suponer beneficios para el sistema sería el aumento del gasto sanitario en atención primaria —se comunica en el informe que está en entorno al 17%—, ya que consideramos que ese incremento sería efectivo. Se podría y debería abordar uno de los grandes problemas que también se incluyen en el informe, que son los tiempos de espera, la saturación de la atención primaria, esa dificultad que tiene el paciente para encontrar cita en las primeras veinticuatro o cuarenta y ocho horas, lo que conlleva una saturación de las urgencias, el mal uso de estas, el aumento de las listas de espera hospitalarias y, en definitiva, una real saturación del sistema. También, por supuesto, está la necesidad de disminuir las listas de espera, la importancia de la formación continuada y el debate sobre cómo puede desarrollarla el Sistema Nacional de Salud y, por supuesto, generar un criterio de necesidad, y no solo el económico, en la introducción de nuevos medicamentos en el sistema, como ha sucedido recientemente con el retraso tan elevado que hubo en la incorporación de los fármacos con indicación en cáncer metastásico.

Otra de las cuestiones debatidas desde hace tiempo es la falta de médicos en nuestro sistema. Hay una serie de soluciones, como es la que comunica el informe sobre la homologación de títulos extranjeros

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 17

de médicos. El informe menciona ciertos países y, entre ellos, se incluye Cuba, pero recientemente el representante de este país nos comunica que sus títulos todavía no han sido homologados y hay muchos de ellos que tienen una espera de más de cuatro años, por lo cual, ante la posibilidad de resolución con este colectivo, al menos este país se vuelve complejo.

Clave también para el futuro es la inversión en investigación, innovación y digitalización sanitaria. Los datos de investigación biomédica en España, así como el gasto de la industria farmacéutica en ensayos clínicos en nuestro país, muestra una senda positiva que debe continuar y no un deterioro por cuestiones que puedan introducirse a través de un tema de índole ideológico, lo que lastraría esta positiva situación. Por supuesto, hay que hacer más y es absolutamente necesario superar la obsolescencia y mejorar la tecnología sanitaria, generar un plan de actualización que dé como resultado convertirnos en un país referente, también en innovación tecnológica. La incorporación a los procesos sanitarios de la inteligencia artificial —lo ha comentado usted— podría suponer mejoras significativas para estos, lo que haría disminuir muchas de las dificultades actuales de nuestro sistema sanitario. Consideramos que, primero, esta cuestión se debe abordar de manera urgente liderada por el propio Ministerio de Sanidad y, luego, con procedimientos estratégicos y consensuados con las comunidades autónomas. Por todo ello, es necesario de nuevo la inversión presupuestaria. Además, creemos que los fondos Next Generation se deberían haber utilizado, entre otras cuestiones, para la transformación digital del Sistema Nacional de Salud y para conseguir también un impulso real en digitalización sanitaria para estar preparados para los retos futuros.

Aun no siendo de su competencia, nos gustaría saber su opinión sobre el efecto real del PERTE para la Salud de Vanguardia, que incluía además procesos de digitalización y de inteligencia artificial y que mejoraría la prevención, el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes de forma personalizada y con medicamentos o terapias avanzadas. Hoy en día no se manifiesta un avance sobre este proyecto estratégico que podría suponer una mejora significativa en nuestro sistema sanitario.

Ya para finalizar, y agradeciendo de nuevo su comparecencia en esta Comisión de Sanidad, señor Costas, espero que se tomen en consideración nuestras propuestas planteadas.

Nada más. Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora tiene la palabra el señor Costas para responder a las preguntas.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL** (Costas Comesaña): Muchas gracias, señorías, por todas sus intervenciones, por el análisis y por las sugerencias que han hecho. Si me permiten una pequeña ironía, como profesor me siento ahora como un alumno que se presenta a un examen sin temario previo (**risas**), y echaría mano del consejero presidente de la comisión para que me ayude. Intentaré contestar en el tiempo, que creo que eran diez minutos.

Yendo a las intervenciones, verán que hay elementos comunes. La señora Vaquero preguntaba si se están abordando. Yo creo que en muchos ámbitos sí. Creo que hay una mayor sensibilidad y conciencia de la situación del sistema sanitario y que esta mayor sensibilidad, que también se ha manifestado en sus intervenciones, está llevando a medidas en ámbitos determinados que van en esa línea de avance. Probablemente, pediríamos mayor intensidad, mayor velocidad, pero en la cartera de servicios hay avances en la línea de lo que decimos; también en relación con el personal —los datos del informe muestran un incremento importante de personal en los últimos años, aunque insuficiente para todo lo que hemos expuesto ustedes y yo— y con los mapas. Es decir, vemos avances. Yo no quiero, en modo alguno, que vean el informe como una denuncia, sino como un diagnóstico que identifica algunos elementos pero que a la vez está defendiendo el sistema y algunas de las medidas que se están llevando a cabo. Sin duda, creo que necesitamos —probablemente, porque en el ámbito de la salud y del sistema sanitario es más fácil el consenso de país, el consenso de todos— mayores recursos presupuestarios, a la vez que una mejor gestión, una mejor gobernanza. No pondría todo el peso en el aumento de los recursos, sino también en el uso de esos recursos. Y ahí les hago de nuevo esa llamada, porque tienen capacidad para hacerlo, para que presionen para mejorar la información. Hay que medir, medir y medir, pero para hacerlo debemos tener mejores datos, agregar los que ya tenemos y tener capacidad de acceso a ellos, porque en muchos casos existen, pero los investigadores y organismos como nosotros no los tenemos.

Señora Vaquero, le decía que creo que se están abordando, pero seguramente necesitamos una mayor velocidad, entendiendo lo que comentaba al principio, que creo que comparten todos ustedes.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 18

Posiblemente, el sistema sanitario, el Sistema Nacional de Salud, es el más importante de los tres o cuatro pilares del estado del bienestar, de ese *New Deal*. Todos lo son, pero un deterioro de este pilar haría que los demás no aguantasen. Cierta debilidad en los otros temporalmente se puede aguantar, pero para mí este es el fundamental.

Me preguntaba también en qué tendríamos que incidir nosotros. Pues, aunque parezca que es marginal, en lo que acabo de decir: medir, medir y medir. Y ustedes tienen que presionar para, a través del propio ministerio, de esa posible agencia estatal, que es indispensable, tener datos. Si no evaluamos, no sabremos si estamos aplicando bien los recursos o no, si el modelo de gobernanza es bueno o no, si la participación de los pacientes y de la propia sociedad es realmente efectiva o, por el contrario, estorba, que yo creo que no. Tenemos que saberlo con datos. No valen solo las opiniones, que todos las tenemos, sino que pedimos apoyarlas en algunos datos.

Y con respecto a en qué tendríamos que incidir, le digo que en la atención primaria. Llevamos unas décadas en las que hemos hecho esfuerzos extraordinarios —y yo diría que bien hechos— en el sistema hospitalario, pero hoy, sin perder de vista la inversión también en el sistema hospitalario —especialmente, en dimensiones como la investigación, como usted decía, o la farmacología—, creo que la prioridad —no sé si básica— es el sistema de atención primaria, entendiéndolo —lo han dicho varios de ustedes— no solo desde la dimensión sanitaria, de salud. Es decir, la atención primaria —lo decimos, es ya una terminología al uso— es meter la salud en todas las políticas. El componente salud tiene que estar en todas las políticas; de lo contrario, la prevención no será posible. Tenemos que descargar al sistema de salud, ya sea en atención primaria u hospitalaria, de esa presión que tiene y que irá en aumento. ¿Y cómo lo descargamos? Haciendo que la prevención sea también una labor de otras políticas; de lo contrario, es imposible. Pongo un ejemplo: la obesidad y la obesidad infantil. Yo he estado entretenido en los últimos años, he pasado mucho tiempo en el Hospital Clínico de Barcelona y mi cirujano de cabecera me decía que ni la obesidad ni la obesidad mórbida se pueden abordar desde el sistema de salud. El coste —me decía— será tremendo y veremos reingresos de esos pacientes a los que operamos, aunque en las estadísticas no salen. Entonces, ¿qué hacemos? Este es un problema previo que hay que abordar desde las políticas sociales, desde las políticas educativas. Si no se aborda desde ahí, descargamos sobre el sistema esa presión no solo ahora de la obesidad, sino también de las otras patologías que nos vienen de lo que llamé patologías de la pobreza o de la desigualdad, y el sistema no lo podrá asumir ni en recursos, por mucho que se aumenten, ni en capacidad operativa. Esta reflexión me vale también como respuesta a algunas otras intervenciones que se han hecho, ya que, aunque me gustaría ir más allá, quiero que puedan salir a tiempo para acudir al Pleno.

A Iñaki —no me he quedado con su apellido— quiero decirle que las desigualdades —usted ha acentuado las territoriales— están en el informe. Nos preocupan, a través de dimensiones diferentes son muy importantes. En este sentido, nuestro modelo de Estado autonómico tiene una capacidad mayor que otros sistemas centralizados para abordar esas especificidades, que son así por motivos de territorio, por motivos ambientales o por motivos sociales. Tenemos esta ventaja y creo que deberíamos utilizarla; al estar descentralizados, tenemos una mayor capacidad, una mayor sensibilización. Yo soy muy respetuoso en la elaboración del informe del Consejo Económico y Social de España y trabajamos —yo creo que desde que he llegado con mayor intensidad— con todos los consejos económicos territoriales; dentro de poco estaré en Bilbao con el Consejo Económico y Social del País Vasco. ¿Y por qué le digo esto? Por una prevención, porque nosotros hemos querido en nuestro informe meternos un poco en el ámbito que corresponde, pero la idea que usted señala es fundamental: esas diferencias territoriales son importantes. Usted hacía referencia a la igualdad y nosotros hablamos mucho de equidad. Las diferencias entre igualdad y equidad probablemente sean sutiles, pero la idea de equidad nos recoge mejor, mientras que en la idea de igualdad podemos tener aproximaciones un poquito diferentes. Yo creo que hay que volver a ver el sistema sanitario y el sistema de salud como lo veíamos hace esos cuarenta años que usted decía. El resultado del sistema de salud no es a secas la democracia; la ley del ministro Lluç fue muy importante, pero el sistema viene de antes, cosa que tampoco podemos olvidar.

Me preguntaba también cómo vamos a responder a ciertos retos. Y después ha hecho una referencia muy ligera —después ha sido más intensa en otros ámbitos— a la colaboración público-privada. Yo creo que los grandes retos de este país —vivienda, sanidad y otros— no los podremos abordar bien sin crear un estado de confianza, de corresponsabilidad público-privada; no es posible. En el informe, en las conclusiones —el presidente me lo pasaba mientras me iban haciendo las preguntas— se habla de la estrecha relación entre el sector público y el privado. La provisión privada de servicios públicos y otro tipo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 19

de actividades —decimos— puede ser socialmente conveniente cuando el sistema público se vea limitado —fue el caso de la COVID—, pero exigimos que sea con garantía pública de calidad de esa provisión privada o concertada. Además, decimos que sea en régimen de competencia y que pueda ser evaluada. La idea siempre de la evaluación. Si no conseguimos medir, tendremos buenos propósitos, pero va a ser difícil avanzar.

Y me hablaba también —lo voy a recoger más adelante— del malestar del personal sanitario, de que pudiera haber un fenómeno de quema laboral. Es indudable y por eso le decía que es un avance en nuestras propias medidas la idea de la flexibilidad, la idea de los incentivos, es decir, que una institución como la nuestra, tan variada en sus componentes, apueste por la flexibilidad en el ámbito de los recursos humanos, por el diseño de incentivos y por el diseño de mecanismos de conciliación para reducir esa quema. En eso estamos de acuerdo.

No está la señora Estrems del Grupo Republicano —ha dicho que recuperará el vídeo y lo verá—, así que voy a apuntar dos o tres cositas muy rápidas. La idea que la diputada sostenía de *One Health* es esa idea que ya he repetido continuamente, es decir, tenemos que ir a una sola salud, pero viendo la salud como el resultado de vectores muy diferentes que no son únicamente el sistema sanitario, ya sea en atención primaria o en atención especializada; de lo contrario —lo decía antes—, la presión sobre el sistema no podrá ser abordada ni con muchos recursos presupuestarios ni humanos. Creo que eso es algo muy importante.

Decía ella que en los últimos años el Govern de Catalunya ha estado incrementando la inversión. No tengo nada que comentar. Y hablaba de las listas. Nosotros decimos en el informe que las listas, especialmente en la atención primaria, pero también en la hospitalaria, no se pueden reducir de hoy para mañana. Probablemente, necesitarán —así se está haciendo— acciones de choque —si quieren oportunistas— a corto plazo acompañadas de una planificación de cómo podemos reducir esas listas a medio y largo plazo. Creo que eso es necesario; necesitamos planes. Y de nuevo hago un paréntesis, porque en una ocasión, cuando era consejero de una empresa que cotizaba —era jovencito y probablemente muy puntilloso a la hora de decir que no se estaban cumpliendo los planes—, el director general me dijo en un aparte: Antón, es que los planes no están para ser cumplidos. Me quedé muy sorprendido y le dije: Entonces, ¿para qué están? Y me contestó: Para saber por qué no los cumplimos. Hay que planificar —tienes que hacerlo en todos los ámbitos de la vida—, pero no tanto para cumplir los planes, porque a veces, si te has equivocado, no te puedes empeñar, sino para saber por qué no los estás cumpliendo, porque eso te da una información fundamental para seguir mejorando. Y creo que en el ámbito de las listas esto tiene que hacerse y de forma rápida.

Respondo al diputado Cofiño. Hay dos elementos que no he abordado hasta ahora, pero la idea de prevención que usted señalaba, no solo desde el sistema sanitario...

El señor **PRESIDENTE**: No está —se encuentra con los enfermos de ELA—, pero no se preocupe porque esto queda grabado y lo verá.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL** (Costas Comesaña): Vale.

Él hablaba de que el sistema tiene que captar talento. Permítanme aquí un comentario, que no una digresión. Nosotros aprobamos hace un año un informe sobre formación dual —no prácticas— en España. Los resultados son asombrosos y maravillosos. Saben que la formación dual es aquella en la que desde el inicio la escuela y la empresa van de la mano en los programas de formación; no son prácticas. Les aseguro que los resultados son espectaculares: mejoran las trayectorias de todas las personas. Hemos cogido las trayectorias individuales de los alumnos y alumnas que hicieron dual en el curso 2016-2017 y les hemos seguido a lo largo de los años hasta el curso 2022-2023. Pues bien, no pueden imaginarse cómo ha mejorado la vida laboral —y yo creo que la vida en general— de estas personas. ¿Y las empresas? Las que participan en programas de formación dual retienen un elevadísimo porcentaje de aquellos alumnos y alumnas que han estado en esos programas, ya sea en media o en superior; en básica, menos. Y esto lo vamos predicando por toda España —hace dos semanas en Tenerife— en diferentes ámbitos: empresarios, CEOE, cámaras. Hace poco lo hicimos aquí, en la Cámara de España. ¿Cuál es la idea, para no perderme y atender a lo que decía el señor Cofiño? La estrategia no es captar talento, sino contribuir a formar el talento que necesitas, en este caso, para el propio sistema sanitario o para cualquier tipo de empresa. Es la actividad que más puede contribuir a responder a la escasez del sistema productivo, incluido el sanitario, y a aumentar el valor añadido de la sociedad; es lo que más puede contribuir al bien común, a mi juicio. Y creo que si el sistema sanitario,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 20

atendiendo a la experiencia que tiene en la parte superior de formación, lo traslada a otros ámbitos, tendremos una mejora sustancial.

Hacia una referencia al cambio climático. Hemos comenzado a estudiarlo; de hecho, en la memoria de este año hemos incorporado en cada apartado —economía, laboral y sociedad— un capítulo para comenzar a ver los impactos del calentamiento —del cambio climático en general— en la economía, en el mundo laboral y en la salud. Y los impactos del calentamiento en la salud comienzan a ser ya muy visibles, muy medibles. Es un aspecto importante.

Señor García, desde que he llegado me he fijado en su informe. Lo tiene usted muy marcado y eso me ha satisfecho mucho, porque cada marca es algo que le ha interesado. Muchas gracias por sus palabras, de verdad. Compartimos los retos que señala y el enfoque. De nuevo, esa idea de formación y talento. Ha hecho usted referencia a que tenemos grandes investigadores. Hace muy pocos días, en un debate que tuve ocasión de mantener con los gobernadores del Banco de Portugal y del Banco de España en La Toja, yo decía que nuestro problema en Europa y en España no es de talento, no es de personas, ni tampoco, aunque les pueda sorprender, de dinero. Nuestro problema —decía allí— es que, teniendo grandes jugadores de baloncesto —los Gasol, pongo por caso—, en Europa y en España no tenemos una NBA. ¿Qué quiero decir con esto? Que al mucho talento que tenemos y al dinero que utilizamos no le conseguimos sacar eficacia, porque no tenemos ni una NBA de la unión bancaria ni una NBA de la unión de capitales y ni una NBA en el ámbito sanitario. Creo que hay que hacer un esfuerzo para avanzar por aquí, porque nos dará un aumento espectacular de la productividad.

Me gustaría detenerme en la inteligencia artificial. Tenemos una concepción muy sesgada de la inteligencia artificial, como un instrumento dirigido a las personas que ya tienen talento. La cuestión es si, como país, somos capaces de orientar la inteligencia artificial hacia instrumentos de inteligencia artificial que mejoren las capacidades —les decía antes— de ese segmento medibajo de población. A través de la investigación financiada públicamente hemos de favorecer o fomentar el diseño de *apps* —por decirlo así— de inteligencia artificial dirigidas a formar a los trabajadores. Esto es fundamental. Permítame recordarle algo que dice el informe Draghi, que creo que es filosóficamente muy importante. Dice que la competitividad europea es algo así como un reto existencial y que no se podrá lograr a través —no emplea la palabra devaluación— de salarios. ¿Y cómo? Dando capacidades y formación a la fuerza laboral. Es aquí, a mi juicio, señorías, donde hay un terreno espectacular de la inteligencia artificial y no lo que tenemos ahora en la cabeza.

Tengo que acabar.

El señor **PRESIDENTE**: Sí. Lo siento, pero es que tenemos que irnos todos.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL** (Costas Comesaña): Creo que he respondido ya a la señora Martínez con lo que he ido diciendo. Además, la apuesta por la atención primaria es fundamental y recuperar la confianza —lo dije antes— es un elemento básico.

Finalmente, señor Cavacasillas —lo digo bien, ¿verdad?—, gracias también por sus palabras. Creo que he respondido a parte de sus comentarios y quisiera aprovechar de usted algo que me vale para los demás. Tenemos que cambiar nuestro esquema mental cuando hablamos de gasto. En salud, la palabra no es gasto, sino inversión y el cambio no es retórico, porque cuando uno habla de gasto, automáticamente mi propia cabeza —y supongo que la de ustedes— piensa que, si es necesario, se puede recortar. Sin embargo, cuando uno habla de inversión, no se razona de la misma manera, porque inversión se asocia a retorno. En el gasto no lo asocias mucho, pero la inversión se asocia a retorno. Y una empresa, un sistema sanitario, un país en el ámbito de la inversión no puede recortar. Con este cambio solo terminológico, yo tengo la convicción personal —y la de mis alumnos— de que, cuando eres capaz de dejar de hablar de gasto en este ámbito para hacerlo de inversión, comienzas a tener una conducta diferente con respecto a lo que hay que hacer en el sistema.

Me hubiese gustado haber ahondado más —en lo de la inteligencia artificial ya he entrado—, pero ahora manda lo que manda.

Muchas gracias por la comparecencia que nos han permitido y por sus palabras. Gracias en nombre de todos, y al presidente, que dijo al inicio que el informe era importante para esta comisión.

Muchas gracias, señorías. **(Aplausos)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 178

10 de octubre de 2024

Pág. 21

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias. Muchas gracias a todo el equipo, que sabemos que ha estado detrás del informe, y a los sesenta consejeros que lo han consensuado. Espero que nos volvamos a ver.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL** (Costas Comesaña): Espero que sí.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Se levanta la sesión.

Eran las diez y cincuenta y cinco minutos de la mañana.

En el caso de las intervenciones realizadas en las lenguas españolas distintas del castellano que son también oficiales en las respectivas Comunidades Autónomas de acuerdo con sus Estatutos, el *Diario de Sesiones* refleja la interpretación al castellano y la transcripción de la intervención en dichas lenguas facilitadas por servicios de interpretación y transcripción.

cve: DSCD-15-CO-178