



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES

SENADO

XIV LEGISLATURA

Núm. 259

28 de septiembre de 2021

Pág. 1

COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MODESTO POSE MESURA

Sesión celebrada el martes, 28 de septiembre de 2021

ORDEN DEL DÍA

Comparecencias:

- Comparecencia conjunta de la Presidenta de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME), doña Pilar Garrido López, del Jefe de Sección de Patología Molecular del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y miembro del grupo de trabajo SEOM-SEAP en Oncología de Precisión, don José Javier Gómez Román, y del Jefe de Laboratorio HLA y Biología Molecular del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca y Presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemostasia, don Ramón García Sanz, ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre las materias propias de su competencia.
(Núm. exp. 715/000482)
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA
- Comparecencia del Presidente de la Fundación Internacional de la Artrosis (OAFI), don Josep Vergés Milano, ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre la materia propia de su competencia.
(Núm. exp. 715/000483)
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO
- Comparecencia del Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), don Salvador Tranche Iparraguirre, ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre la materia propia de su competencia.
(Núm. exp. 715/000484)
Autor: MARÍN GASCÓN, JOSÉ MANUEL (GPMX)

DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

Comisión de Sanidad y Consumo

Núm. 259

28 de septiembre de 2021

Pág. 2

Se abre la sesión a las once horas y cuarenta y un minutos.

El señor PRESIDENTE: Buenos días, señorías.

Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad con la aprobación del acta de la sesión anterior. Interpreto que sus señorías ya la han revisado. ¿Se puede aprobar por asentimiento? (*Asentimiento*). Queda aprobada.

COMPARECENCIAS:

- COMPARECENCIA CONJUNTA DE LA PRESIDENTA DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES CIENTÍFICO MÉDICAS DE ESPAÑA (FACME), DOÑA PILAR GARRIDO LÓPEZ, DEL JEFE DE SECCIÓN DE PATOLOGÍA MOLECULAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA Y MIEMBRO DEL GRUPO DE TRABAJO SEOM-SEAP EN ONCOLOGÍA DE PRECISIÓN, DON JOSÉ JAVIER GÓMEZ ROMÁN, Y DEL JEFE DE LABORATORIO HLA Y BIOLOGÍA MOLECULAR DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA Y PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGÍA Y HEMOSTASIA, DON RAMÓN GARCÍA SANZ, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR SOBRE LAS MATERIAS PROPIAS DE SU COMPETENCIA.

(Núm. exp. 715/000482)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

El señor PRESIDENTE: Hoy tenemos una sesión con tres comparecencias bien interesantes, que podemos llamar de la sociedad civil —sociedad civil es un eufemismo—, de profesionales de asociaciones de pacientes. La primera es una comparecencia conjunta de la presidenta de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (Facme), doña Pilar Garrido López, del jefe de sección de Patología Molecular del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y miembro del grupo de trabajo SEOM-SEAP en Oncología de precisión, don José Javier Gómez Román, y del jefe de laboratorio HLA y Biología Molecular del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca y presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemostasia, don Ramón García Sanz, para informar sobre las materias propias de sus competencias.

Les doy la bienvenida a todos ustedes al Senado, y empezamos sin más dilación. Tienen unos tiempos, que administraremos con cierta flexibilidad para no se queden sin exponer lo que tengan que exponer, y según vayamos de tiempo veremos cómo los vamos ajustando.

Esta comparecencia se realiza a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista. Suya es la palabra, doña Pilar.

La señora PRESIDENTA DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES CIENTÍFICO MÉDICAS DE ESPAÑA, FACME (Garrido López): Muchísimas gracias.

Estamos aquí tres médicos en ejercicio en tres hospitales de tres comunidades diferentes y de tres especialidades diferentes que, además, tenemos el privilegio de haber estado ligados a nuestras especialidades, a las sociedades científicas, y que compartimos un problema que esperamos que ustedes nos puedan ayudar a solucionar, que es la implementación de la medicina de precisión en España. Nosotros tres representamos a un grupo de trabajo mucho más amplio en el que hay clínicos, patólogos, personas del ámbito político, directivos, porque entendemos que este es un problema que afecta fundamentalmente a los pacientes pero que tenemos que resolver desde distintos ámbitos de la sanidad y entre todos.

Este es el contenido de lo que vamos a hablar. (*La señora compareciente apoya su exposición en una presentación digital*). Primero, una pincelada sobre el reto sanitario que es el cáncer en España; qué es la medicina de precisión; qué se está haciendo sobre medicina de precisión, y ya puedo adelantar que lo que se está haciendo no permite que todos los pacientes tengan acceso al diagnóstico molecular dado que hay diferencias por comunidades autónomas; qué modelos se pueden implementar porque se estén haciendo o bien en una comunidad autónoma con éxito, o bien en Europa, o en otras partes. Se trata del resumen del trabajo que hemos estado realizando y de las propuestas que les hacemos para que nos ayuden a conseguirlo.

Evidentemente, el cáncer es un reto sanitario desde todos los puntos de vista, y esto lo sabemos todos: tiene la parte emocional, tiene la parte social, pero también tiene la parte de los números. En España el cáncer es la primera causa de muerte en varones. Globalmente, en varones y mujeres juntos es la

segunda, después de la patología vascular, pero en hombres el cáncer ya es la primera causa de muerte. El cáncer que produce más muertes es el cáncer de pulmón, porque en este país se sigue fumando mucho, y además está el problema de los biomarcadores, del que vamos a hablar, que es realmente el que tiene más peso. Pero lo más importante es que cada vez vamos a diagnosticar a más personas con cáncer debido al envejecimiento de la población, a que curamos otras enfermedades y por tanto nos da tiempo a desarrollar cáncer. Se espera que haya casi un 40 % más de pacientes diagnosticados de cáncer en los próximos años; por lo tanto, el problema no será diagnosticarse de cáncer —porque vamos a estar muchos diagnosticados de cáncer—, sino vivir bien y vivir mucho tiempo con cáncer, y para eso tenemos que hacer medicina de precisión.

La medicina de precisión tiene muchos componentes. No es lo mismo tratar a una persona de 80 años que a una persona de 15, a una persona que tiene enfermedades asociadas que a otra que no, pero lo que hemos averiguado en los últimos años es que es crucial tratar de manera diferente aquellos tumores que tienen algún gen mutado o traslocado que haga que tenga un tratamiento diferente, y eso es de lo que estamos hablando ahora. Tenemos para distintos tumores, como es el cáncer de pulmón, tumores hematológicos, sarcomas o algún tipo de cáncer de mama, biomarcadores que se analizan en el tumor o se pueden analizar en la sangre y que nos dicen que unos pacientes han de tener un tratamiento diferente a otros, y en estos momentos en España no se dispone de eso en el tiempo adecuado ni para todos los pacientes que lo precisan. Por lo tanto, ese es el verdadero reto.

Uno de los problemas que hay es que está perfectamente regulado el acceso a fármacos. Esto viene de Europa: un fármaco se aprueba en Europa, después lo aprueba la Agencia Española de Medicamentos, posteriormente se decide si se financia en el sistema público de salud y se empiezan las negociaciones. Por cierto, aquí abro un paréntesis, desde que se aprueba en Europa hasta que está disponible en nuestros hospitales algunos pueden tardar un año o más de un año, lo cual tampoco es de recibo, pero está regulado. Hay un marco regulatorio muy claro. Para el biomarcador, no —lo que hace que nosotros tengamos en la clínica aprobado un fármaco, pero no tengamos resuelto cómo hacemos el estudio del biomarcador en el tumor ni quién lo financia—, porque tiene un circuito que no está regulado, que es diferente; por lo tanto, nos encontramos con la patata caliente de cómo podemos hacer llegar el medicamento al paciente si no hemos estudiado el biomarcador, o quién financia que en los hospitales haya esa red, que es como pensamos que se tiene que hacer. Es decir, no hay que hacer todo en todos los centros, pero todos los pacientes sí que deben tener acceso a ese diagnóstico. Con esto, paso la palabra a mi compañero.

El señor JEFE DE SECCIÓN DE PATOLOGÍA MOLECULAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA Y MIEMBRO DEL GRUPO DE TRABAJO SEOM-SEAP EN ONCOLOGÍA DE PRECISIÓN (Gómez Román): Buenos días a todos.

En primer lugar, muchísimas gracias por permitirnos estar aquí, en concreto a mí, porque yo soy patólogo y soy un médico asistencial que se dedica a firmar estos informes de biomarcadores que comentaba la doctora Garrido en este momento, por lo que hemos vivido y vivimos esta situación.

Yo voy a plantear los retos que nos encontramos para establecer esta estrategia de diagnóstico de biomarcadores. *(El señor compareciente apoya su exposición en una presentación digital)*. En este sentido, lo primero que debo indicar es que estamos hablando de asistencia, no estamos hablando de investigación. Muchas veces cuando hablamos del diagnóstico molecular nos planteamos que debe realizarse en un entorno de investigación cuando no es así. Estamos hablando de pacientes que necesitan un diagnóstico y que necesitan un tratamiento, con lo cual todo este proceso se debe llevar a cabo dentro de los hospitales, no externalizándolo a otras instituciones.

En este sentido, no hay un proceso estandarizado ni un marco regulatorio específico que nos hable realmente de qué es lo que hay que hacer y cuál debe ser el proceso para realizar este diagnóstico de biomarcadores. Se desconoce cuál es la realidad, porque ha habido diferentes estudios, pero, como digo, la mayor parte de ellos están enfocados a estrategias de investigación cuando en realidad la situación real que ocurre en los hospitales la desconocemos en gran parte. Los biomarcadores no están en la cartera común de servicios, con alguna excepción, como después comentaré en el caso concreto de mi comunidad, de la Comunidad de Cantabria.

En segundo lugar, todo esto produce, como ya ha dicho la doctora Garrido, un sistema de inequidad. Es decir, en determinadas comunidades autónomas y por iniciativas generalmente de los propios profesionales se ponen en marcha estas determinaciones y este servicio a los ciudadanos. Sin embargo, esto hace que en hospitales localizados a 30, 40 o 50 kilómetros de distancia los ciudadanos no tengan acceso a este diagnóstico, y, si no hay acceso al diagnóstico, no hay acceso a nuevas terapias y a nuevos tratamientos que ya están aprobados.

Otro problema importante: necesitamos cambiar las estructuras de los hospitales en cuanto a recursos humanos. Ahora mismo, si nosotros necesitamos contratar un biólogo o un farmacéutico o un bioestadístico para poder analizar estos datos de análisis genómicos masivos, no podemos hacerlo porque esto no está estandarizado. Yo, en concreto, tengo un biólogo con un contrato de personal de servicios y su currículum ha sido evaluado de acuerdo con estos parámetros y su tesis doctoral no ha servido, por ejemplo. Entonces, ¿qué tenemos que cambiar? Tenemos que cambiar la posibilidad de que este personal, las nuevas titulaciones de biomedicina, de biotecnología, se puedan incorporar a los hospitales a hacer labor asistencial, repito, labor de rutina, no investigación, que no estén contratados con contratos de investigación, que generalmente están en precario y realizando labores incluso con capacidad de firma de informes.

En tercer lugar, el coste de las tecnologías. Muchas veces cuando hablamos de biomarcadores nos referimos al coste, pero únicamente al coste de la determinación, pero no estamos realizando un estudio serio de coste-beneficio con lo que ahorra al sistema de salud. Es decir, estos pacientes van a llevar unos tratamientos orales —la doctora Garrido lo sabe perfectamente—, no van a precisar ingresos hospitalarios; estos pacientes van a recuperar días de trabajo. Hay un coste social que muchas veces no está evaluado, no es el coste de la técnica, la técnica la podemos hacer por 400 o 500 euros, y muchas veces esto es lo único que nos están echando en cara y lo que nos reclaman, ¿cuánto cuesta la prueba? No, son todas las consecuencias que esto conlleva: la capacitación de los laboratorios, procesos de calidad, ISO, importante: que nuestros hospitales entren en políticas de calidad y que podamos acreditarnos y podamos demostrar que tenemos capacidad para realizar estas determinaciones. Porque, repito, de esta determinación se deriva inmediatamente un tratamiento.

Y, por último, la traslación de los resultados a la práctica clínica, la mayor parte de los resultados provienen de ensayos clínicos y, sin embargo, nosotros lo que queremos ver es cuál es esa realidad clínica. Eso es lo que a nosotros nos interesa. Las indicaciones se encuentran limitadas muchas veces por coste. Cuando vamos a reclamar que se incluya algo en la cartera de servicios, repito, lo primero que nos preguntan es cuál es el coste de esta acción. Las compañías farmacéuticas ahora mismo se encuentran sufragando en su mayor parte el diagnóstico de los biomarcadores en España, y esto no tiene sentido, no tiene sentido porque nadie se plantearía que una compañía farmacéutica pagara un escáner o pagara un PET a un paciente, y se están pagando las determinaciones de biomarcadores, con lo cual esto precisa una regulación.

Finalmente, ¿qué es lo que produce todo esto? Retrasos. Si el paciente oncológico depende de la plataforma diagnóstica financiada por la industria, o de que una muestra en la que se ha realizado ese diagnóstico de cáncer viaje a un centro de investigación o viaje a otra localización, le estamos produciendo retrasos en la asistencia hospitalaria. No sé si biológicamente puede ser plausible establecer esta hipótesis, pero, desde luego, desde el punto de vista psicológico, el retraso incide realmente en los pacientes enfermos con cáncer.

Los tiempos y la formación. Procedemos de una historia en la que la medicina ha cambiado, el paradigma de la medicina ha cambiado totalmente y en oncología, por supuesto, necesitamos adaptarnos a los nuevos tiempos. Muchos de nosotros somos profesionales que nunca vivimos la estructura de la PCR, y nos hemos tenido que formar *a posteriori*. Ahora tenemos tecnologías mucho más avanzadas, como es la secuenciación masiva, y necesitamos formación; necesitamos que esta formación nos venga dada.

¿Cuál es la situación en España, asistencial, repito? En la actualización de la estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud de enero del 2021 tienen los cinco puntos —los conocen mucho mejor que yo—, pero solo he subrayado una palabra: investigación. Repito, no estamos hablando de investigación, estamos hablando de rutina; estamos hablando de la actividad del día a día, de que yo todos los días cojo el teléfono con cinco, seis, siete peticiones de mi oncólogo que me está solicitando estas determinaciones para poder implantar un tratamiento.

En Cantabria tenemos la fortuna de que conseguimos la implicación de los poderes públicos y se instauraron con financiación propia, incluidas en cartera de servicios, estas determinaciones. Tenemos esta fortuna y tenemos este servicio, y lo ofrecemos, además, como figura ahí, con un servicio *core*. Hemos creado una unidad de secuenciación masiva que proporciona servicio no solo a oncología, sino a otros servicios del hospital y de la comunidad autónoma, a los diferentes hospitales, con lo cual estamos secuenciando y estamos proporcionando este servicio de biomarcadores al resto de hospitales y al resto de especialidades médicas.

Quizá una estrategia sobre la que merezca la pena, y es mi última diapositiva, llamar la atención, es una estrategia muy reciente que ha emitido Cataluña, y es la estrategia del cáncer, que han publicado en

julio de este año precisamente. Tal vez deberíamos mirar esta estructura para ver cómo lo han hecho. Han establecido un listado de centros de referencia a partir de los cuales van a recibir las muestras de diferentes pacientes de oncología de toda la comunidad autónoma. Esos centros de referencia se comprometen a realizar las determinaciones asistenciales en un tiempo adecuado y poder emitir el diagnóstico y revisar los paneles cada año conforme al conocimiento científico. Y el resto de las actuaciones probablemente las podemos discutir, si quieren, en el turno de preguntas, y doy la palabra a mi compañero.

El señor JEFE DE LABORATORIO HLA Y BIOLOGÍA MOLECULAR DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA Y PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGÍA Y HEMOSTASIA (García Sanz): Me sumo a los agradecimientos por su interés.

Yo trabajo en un hospital pequeñito en Salamanca, relativamente pequeño, pero que tiene mucha potencia en el aspecto oncohematológico de todas estas determinaciones y me toca hablar de las experiencias europeas que hay en este campo. *(El señor compareciente apoya su exposición en una presentación digital)*. Hay muchísimas, todos los países han hecho algo, hay muchos grupos interesados en hacerlo, pero vamos a repasar fundamentalmente estas tres, que son: la francesa, la británica y la alemana. Yo creo que la mejor de todas, la más adecuada, es la francesa, realmente es muy centralista, pero es muy práctica. Han cogido una red nacional de veintiocho centros, han seleccionado los mejores hospitales y los mejores laboratorios del país, han hecho al menos uno por región administrativa y, a continuación, les han dado un presupuesto para poder evaluar todos estos biomarcadores, estas tecnologías, y que, después, cuando se demuestre su validez, la puedan ofertar a todo el territorio nacional, con este objetivo esencial, el primero de todos, que es lograr que los test moleculares se hagan accesibles a todos los pacientes, a todos, independientemente de que el paciente viva en un pueblecito en la costa o viva en París.

En segundo lugar, que esos marcadores moleculares se incorporen rápidamente a la cartera de servicios y que luego poco a poco se vayan expandiendo al resto de los hospitales, no solo a esos veintiocho centros. Y, finalmente, garantizar la calidad de los test, que es otra de las cuestiones importante, que no haya falsos positivos y que no haya falsos negativos. Esto es importante y para eso es necesario un sistema de calidad y probablemente también de acreditación.

El proyecto británico es muy ambicioso, pero, recordando lo que ha dicho mi compañero, el patólogo, se han olvidado de la parte asistencial, han hecho un proyecto de investigación que es prácticamente muy, muy ambicioso. Quieren secuenciar 100 000 genomas —de hecho, los han secuenciado ya—, en abril del 2019 ya los tienen secuenciados, pero en el Reino Unido hay de 400 000 a 500 000 nuevos diagnósticos cada año, con lo cual si solo secuencias 100 000 en unos cuantos años se quedan muchos pacientes sin poder acceder a este tipo de metodologías. Además, han utilizado también una red de centros, en la cual han creado incluso una empresa pública que deriva del NHS, del Servicio Nacional de Salud, y la financiación la están haciendo un poco a medias entre el sistema de investigación y el sistema asistencial. Es muy ambicioso y va a tener muchos resultados, pero yo creo que hoy por hoy no es un sistema que se pueda seguir, tal vez dentro de veinte años seamos capaces de enfrentar un genoma para cada tumor a cada paciente, pero hoy eso es imposible.

Y, por último, el grupo alemán, que también ha tenido esta iniciativa, la crearon hace muchos años, en 2013, y lo que quisieron hacer fue también un diagnóstico rápido y de marcadores validados vinculados al diagnóstico y al tratamiento, pero esto lo hicieron dentro de ensayos clínicos y para determinados fármacos, nuevamente se confunde la asistencia con la investigación, que es algo que debemos evitar en todo momento. No estamos en contra de la investigación, es evidente, es lo que nos mueve a todos a avanzar, pero el problema que tenemos hoy en día es asistencial y que realmente todos los marcadores que haya estén accesibles para todos los pacientes.

Decía que hay muchas más iniciativas. Un grupo, que se generó en el año 1991 y que continúa ahora, es de hematología, el European Society of Laboratory Hematology. Es un grupo que surgió después de que en 1991 nueve hospitales tuviéramos una beca para hacer este tipo de diagnósticos y empezáramos a trabajar juntos —primero la beca Biomed 1; después vino la Biomed 2— y la European Kids Cancer. De aquellos nuevos hospitales, ahora mismo en esta sociedad ya funcionan de forma más o menos independiente todos con organismos públicos; todos son laboratorios de hospitales públicos. Hay 115 laboratorios que damos el servicio de docencia, de innovación e incluso de asistencia a todos los pacientes que lo necesiten; sistemas de diagnóstico de citometría de flujo o de clonalidad o de mínima residual, que está muy de moda ahora mismo, están accesibles para cualquier paciente del país a través de este tipo de redes.

Para finalizar mi exposición, quería comentar la apreciación que tenemos los profesionales, tanto médicos como gestores. El grupo ha hecho una encuesta entre unos 20 oncólogos, 14 hepatólogos, 11 hematólogos,

y 16 personas vinculadas a la gestión, para ver cómo apreciamos la situación de los biomarcadores en nuestro país en este momento para oncología. Hay que decir todos son personas de hospitales de tercer y cuarto nivel. Y las conclusiones, las digo muy rápidamente: básicamente, al menos dos de cada tres pacientes requieren de un biomarcador para tener un diagnóstico preciso y dirigir bien el tratamiento. Yo creo que en estos dos últimos años pueden llegar al cien por cien, y a que prácticamente todos los pacientes lo requieran.

Para los marcadores que están instaurados de forma obligatoria en este momento —ya hay algunos de ellos—, la satisfacción es general por parte de todos, pero no es lo mismo para los marcadores, que son útiles, pero que todavía no son obligatorios, estos todavía no están accesibles en muchos centros y, repito, estamos hablando de centros de tercer y cuarto nivel. En los hospitales pequeños la verdad es que el panorama es mucho peor. Hay muchas barreras de acceso, falta de datos, demora en la obtención de resultados, sobre todo cuando se hacen fuera del hospital. Hay mucho desconocimiento entre el personal médico sobre los nuevos biomarcadores, es decir, es algo que requiere mucha, mucha formación y mucha atención. Nuevamente se insiste en que es necesario mejorar la calidad de los laboratorios. Hay que implementar sistemas de acreditación. Esto va a ser además obligatorio dentro de poco por una directiva europea que entrará en vigor en mayo, pero tengo que advertir que es extraordinariamente costoso, va a ser muy caro.

Por último, como conclusión final, los profesionales asistenciales destacan la necesidad de incorporar más técnicas, más biomarcadores, más pacientes, más tipos de cáncer, y que estos biomarcadores se incorporen a la cartera de servicios, solo así podrán ser reconocidos y solo así podrán ser financiados.

Esto es todo lo que tenía que decir. Paso la palabra a la doctora Garrido.

La señora PRESIDENTA DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES CIENTÍFICO MÉDICAS DE ESPAÑA, FACME (Garrido López): Gracias.

Para concluir, el mensaje es que tenemos muchos pacientes con cáncer, que tenemos muchas situaciones en las cuales necesitamos biomarcadores, que, en los grandes hospitales, probablemente debido al apoyo de la industria farmacéutica que necesita que se hagan estudios de biomarcadores para que haya pacientes subsidiarios para sus tratamientos, tenemos más o menos resuelta esta situación, pero en los hospitales pequeños no, y además la situación en cada hospital es muy diferente. Por lo tanto, la propuesta para la que necesitamos su ayuda es que se establezca un marco común y que los biomarcadores tengan un procedimiento regulado, homogéneo, para autorización, para reembolso y para financiación; que, si se aprueba un fármaco que llamamos de tratamiento dirigido, en ese momento también esté organizado el circuito de los biomarcadores para que todos los pacientes subsidiarios de ese estudio tengan en tiempo y forma acceso a ese biomarcador. Por lo tanto, leo la propuesta: «establecer un proceso formal y específico para la evaluación de los biomarcadores, predictores de respuesta, que la evaluación de los medicamentos y de las técnicas diagnósticas se haga de forma integrada, que no se pueda aprobar un fármaco si no sabemos cómo vamos a identificar a los pacientes subsidiarios de ese fármaco», lo que hace que tengan que estar en la cartera de servicios para que no sea la industria farmacéutica quien proporcione ese diagnóstico y, en un momento dado, diga ya no tengo interés, y nos quedemos en el hospital, y ahora cómo seguimos estudiando a los pacientes, o si no han estado en la red de esa industria nunca se haya podido hacer, que todo eso esté organizado en una plataforma colaborativa. De ahí obtenemos una información utilísima, porque las técnicas que usamos ahora no analizan un solo gen, analizan muchos. Si pasado mañana tenemos un nuevo fármaco aprobado para un gen de esos que teníamos ya en la lista, si tenemos procedimientos comunes, ya tenemos los pacientes identificados que se van a beneficiar. Por lo tanto, que sea una plataforma colaborativa que comparta la información, que los centros, ya se ha dicho, estén acreditados.

En cuanto a la calidad, a mí me hace un mal apaño que un patólogo me diga para mi paciente que un resultado es positivo o negativo si no es correcto. Ese paciente ha perdido una oportunidad y a lo mejor ya es irreversible. Esto tiene que estar presupuestado, tiene que haber una financiación de los biomarcadores que nos permita hacer el seguimiento de los pacientes.

Por lo tanto, y esta sí que es la última diapositiva, estamos abiertos, por supuesto, a responder cualquier pregunta. Es una oportunidad y es un derecho de nuestros pacientes que, independientemente de dónde te diagnósticas y te vayas a tratar, tengas acceso a los mismos resultados. Tenemos en España en estos momentos un acceso muy desigual y no hay justificación técnica para ello, son decisiones políticas y, por tanto, hay modelos como el modelo catalán —Cantabria, por supuesto—, el modelo francés... Esto ya está hecho, se ha hecho hace años, solamente sería copiarlo y financiarlo, se puede hacer, pero necesitamos definir autorización, reembolso y financiación de los biomarcadores porque, además, llegamos más.

Yo llevo treinta años y cuando empecé en patología —me dedico a cáncer de pulmón— no había ninguno, luego había uno, ahora hay cinco o seis, y puedo garantizar que los resultados de salud de los pacientes no tienen nada que ver si tienen un tratamiento dirigido o no. Por lo tanto, por aquí va a seguir la medicina en los próximos años y donde ahora tenemos siete o diez, mañana vamos a tener quince o veinte. Vamos tarde, pero desde luego lo que hay que hacer es resolverlo ya.

Muchísimas gracias. Quedamos a su disposición para cualquier pregunta.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias a los tres por el esfuerzo de síntesis que han hecho.

Vamos a abrir un turno para los portavoces, no es un turno de intervención con un tiempo tasado, es un turno absolutamente breve, porque, si no recuerdo mal, hay ocho portavoces, es un turno fundamentalmente para aclarar dudas, para aclarar algunos conceptos que no hayan interpretado, aunque yo creo que los comparecientes han sido claros en sus intervenciones. Contamos hoy aquí con tres profesionales, tres expertos, y aprovecharemos para resolver las dudas que tengamos.

Muy brevemente, ni siquiera fijamos tiempo, empezamos de menor a mayor. Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Marín Gascón.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

En primer lugar, quiero dar mi bienvenida y mi agradecimiento personal a los tres comparecientes que están hoy aquí en el Senado para hablar de un tema tan trascendental como es el cáncer. Yo tengo varios interrogantes, que no sé si el presidente me permitirá expresar o no. En primer lugar, me dirijo a Pilar Garrido. Ha hablado sobre los test de prevención, en general, ¿cómo están a día de hoy los test de prevención de los cánceres? Hablando de medicina preventiva, ¿hasta qué punto podemos adelantarnos a ese diagnóstico precoz?

Quisiera comentar dos casos personales en mi ejercicio profesional. Yo no soy oncólogo, soy traumatólogo y he tenido a lo largo de mi vida profesional dos experiencias, en concreto, con cáncer de pulmón, una en un paciente de cincuenta años y otra en un paciente joven. Los dos debutaron con lumbalgia, no tenían ninguna patología previa ni ninguna sintomatología previa a nivel pulmonar, sino simplemente debutaron con una lumbalgia. El primero, el paciente de cincuenta años duró, desde que apareció en mi consulta hasta que falleció, quince días, simplemente con una lumbalgia. Por eso le pregunto cómo está el tema de la prevención actualmente.

Ha comentado también el tema de la financiación, ¿cómo está a día de hoy la financiación y cuáles serían los proyectos de futuro?

Don José Javier Gómez ha comentado algo sobre la situación actual en España, y yo le preguntaría, ¿cuál es la situación actual en España.

El señor PRESIDENTE: Concluyó su tiempo. Concluya en una frase.

El señor MARÍN GASCÓN: Es que resumir todo es problemático, señor presidente.

El señor PRESIDENTE: Si los profesionales han hecho el esfuerzo, usted también tendrá que hacerlo.

El señor MARÍN GASCÓN: En plan telegráfico, quiero comentar cuál es el coste-beneficio real —se ha comentado antes que está en un precio entre 400 y 500 euros—. ¿Cuál sería ese coste-beneficio y como sería la traslación de los resultados a la sociedad?

También vemos que hay retrasos en los diagnósticos, que afectan a todo el sistema sanitario...

El señor PRESIDENTE: Haga, por favor, un esfuerzo de síntesis; haga usted una pregunta o dos, si no se pasan toda la intervención contestándole.

El señor MARÍN GASCÓN: Demasiado esfuerzo de síntesis, presidente.

El señor PRESIDENTE: El siguiente portavoz, del Grupo Parlamentario Democrático, no está. Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal, señor Mulet, tiene la palabra.

El señor MULET GARCÍA: En primer lugar, quiero agradecer la exposición, ha sido muy clara y didáctica. Disculpen que no haya podido llegar al inicio.

A mí me gustaría ver cómo ese tipo de propuestas que vienen elaboradas las podemos trasladar también a la Cámara. No es una petición que les hago a ustedes, sino al resto de compañeros. Sería

interesante que sirviera para algo, no únicamente para que nos vayamos concienciados nosotros, sino para que demos utilidad también a esta Cámara, porque, al fin y al cabo, para eso estamos, para que esto se puede trasladar como una propuesta de consenso, que imagino que será de todos los grupos aquí presentes, y para que permita avanzar hacia las propuestas que ustedes están presentando.

Agradezco simplemente la exposición, que ha sido muy muy interesante.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Por el Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Rufà.

El señor RUFÀ GRÀCIA: Buenos días y gracias.

También he llegado con unos minutos de retraso, pero agradezco a los tres ponentes la intervención y también lo que han comentado sobre la Comunidad de Cataluña, que realmente ha hecho un trabajo durante la COVID y antes de la COVID en la realización de estas modificaciones de prevención y mejora. Aparte, también es necesario comentar que hemos pasado de trabajar con hospitales de referencia a zonas sanitarias ¿Qué pasaba antes? Si una persona, por ejemplo, de mi zona tiene su hospital de referencia en Reus y según qué tipo de cáncer padezca no hay especialistas, se enviaba a Barcelona o a otro centro alejado a 100 o 150 kilómetros, cuando teníamos el Hospital de Joan XXIII, en Tarragona, que está a 10 o 20 kilómetros, donde sí que lo podían tratar. ¿Qué se ha hecho para estas 500 000 personas? Pues se ha tenido trabajar con los trabajadores, con los directores de los centros hospitalarios, los dos grandes de referencia del Camp de Tarragona, que son Sant Joan y Joan XXIII, pero también con el Hospital Santa tecla y con el hospital de Valls y ahí se ha visto que cada uno tenía unas particularidades, una formación y unas especialidades en temas oncológicos, que evitan derivaciones. Eso quiere decir que es más rápido en el control, más rápido en las curas paliativas en los hospitales o centros de día y, sobre todo, para las familias y para el enfermo. Creemos que desplazar, a veces, un enfermo a 100 o 150 kilómetros de su casa conlleva un malestar muy superior.

Respecto a los biomarcadores, se ha hecho una campaña enorme con el cáncer de colon. Los centros de atención primaria recogen las muestras y, al cabo de unos pocos días, te dan unos resultados. Este es un ejemplo, pero también se están empezando a analizar los precedentes familiares, no solo del padre o madre, sino también de los hermanos y hermanas, familiares directos que tengan las personas. Yo mismo, mi padre murió de un cáncer de riñón, mi madre murió también de un cáncer de vejiga, y han cogido a todos mis familiares, hermanos y hermanas de mis padres, por ejemplo, y han analizado qué muertes han tenido, si han tenido un cáncer de estómago, un cáncer de colon, y el médico de cabecera, durante una serie de años, nos hace diferentes analíticas o controles. Yo creo que esto es bueno, pero, claro, el coste es muy elevado. Es un trabajo que se está desarrollando y tengo que dar gracias a la exconsejera de Esquerra Republicana, Alba Vergés, por realizar todo este trabajo, que ha sido muy grande, porque ha tenido que poner a trabajar no solo la dirección de Sanitat y de Salud, sino también a los centros colaboradores y a los hospitales, que es muy importante que los hospitales puedan trabajar y evitar las derivaciones a otros centros. Estamos agradecidos e intentaremos aportar lo que podamos en este sistema. Estamos en contacto.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senador Rufà.

Por el Grupo Parlamentario Popular en el Senado, senador Alarcó, tiene la palabra.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Muchas gracias, señor presidente.

Les habla un compañero en activo, cirujano docente en activo, que no es muy propio, y les agradezco mucho que hayan venido por invitación del Grupo Socialista a su casa, al Senado, que es un instrumento democrático que nos hemos dado los españoles, no bien ponderado, a un coste muy razonable, muy importante, porque está transferida la gestión de la salud, de la universidad y de la docencia en el Senado.

Quiero decirles que esto no es una opción, es una necesidad. Los sanitarios solamente hacemos medicina de la evidencia y la evidencia es la genómica, la medicina personalizada de precisión. Es de obligado cumplimiento, y si no lo hacemos, no estamos haciendo medicina de la evidencia. Quiénes miden la sanidad española, que son neutrales, nos dice que siempre ha sido una historia de éxito permanente, pero la sanidad tradicional está exhausta, no da más, y, además, con la pandemia está devastada. Es una obligación política, una obligación científica, implantar la medicina genómica y de precisión no solamente para la oncología, que es muy importante, muy importante. En España hay 56 centros e instituciones que

hacen genómica. Yo hago genómica desde 2008, 1000 servicios, poco, de una manera parcial. ¿Qué tenemos que hacer? Implantarla.

Les recuerdo, y se lo digo con orgullo porque soy un senador convencido, que en este Senado —se lo haré llegar, porque merece la pena— se creó una ponencia de estudio, en la que han participado 65 profesionales, donde no solamente se abarca la ciencia, se abarca el derecho a la intimidad, cómo está la supercomputación, de quién es el genoma, dónde está la seguridad, etcétera. Hay trece recomendaciones, por cierto, aprobadas por unanimidad, tanto en la ponencia como en el Pleno, luego es un pacto sociosanitario de facto que hay que aprovechar, porque tiene un gran respaldo democrático, aunque, evidentemente, tiene que pasar por las Cortes españolas, y lo demás es ilusorio. Aunque no les guste a algunos, es así, ilusorio en un país democrático. Lo que es caro es que no tengamos genómica, señores, eso es insufrible, no es sostenible el maravilloso sistema sanitario que nos hemos dado todos si no aplicamos la genómica. No podemos permitir que se gasten 11 000 millones de euros en falta de adherencia al tratamiento, que a más de tres millones de españoles con una enfermedad psiquiátrica se les esté dando sales de litio, que no sirve para nada. Y hay que hacerlo a nivel europeo; no a nivel local, con centros de referencia bien dotados, con una auditoría permanente europea. Europa ha prometido, y Europa somos nosotros, que en 2030 deben tener el genoma hecho los 30 millones de europeos, por tanto, 3,5 millones medio de españoles que tienen una enfermedad rara, por ejemplo, y eso tiene que estar, con la supercomputación, con un Biga Data y con inteligencia artificial, absolutamente resuelto para todo el mundo, y los dueños de los datos solamente son los enfermos.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Alarcó.

Tiene la palabra, la señora portavoz del Grupo Socialista señora Carmona.

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías, señora Garrido, señor Gómez Román, señor García Sanz. En primer lugar, me gustaría, en mi nombre y en el de mi grupo parlamentario, darles la bienvenida a la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado y agradecerles su presencia hoy aquí, así como su exposición e información en un área que para mi grupo parlamentario es, como no puede ser de otra manera, de gran interés como necesidad real que es. Agradecemos su labor, agradecemos su trabajo constante. Todos y todas compartimos el objetivo común de mejorar la atención y tratamiento de las personas que padecen procesos oncológicos.

Mi grupo es muy consciente de los avances tan significativos que suponen la medicina de precisión y las terapias avanzadas en el tratamiento del cáncer. Por ello, siempre hemos defendido que es preciso integrarlas de manera efectiva, cambiando el modelo hacia uno más orientado a la consecución de resultados, y por ello estamos convencidos de que el plan de abordaje de las terapias avanzadas en el Sistema Nacional de Salud y la recientemente actualizada Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, son los marcos ideales. Quiero poner en valor, una vez más, la reciente actualización de esta estrategia, aprobada por unanimidad en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Esta estrategia, alineada claramente con el plan europeo, entre otras cuestiones de interés, apunta a la medicina de precisión como nueva manera de abordar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, no solo por los biomarcadores asociados a la decisión terapéutica, sino también por la posibilidad de estratificar mejor la enfermedad, el pronóstico y para evaluar la predicción de la respuesta al tratamiento o también de la toxicidad.

Para finalizar, quiero señalar la importancia de que el Gobierno de España esté apostando en esta materia por el acceso en términos de equidad a las nuevas terapias avanzadas. En nuestro país se está impulsando la innovación en políticas sociosanitarias, garantizando que los resultados de esa innovación lleguen a toda la población en condiciones de equidad, impulsando la investigación, tanto en el ámbito público como privado, con la vocación de situar a nuestro país en un escenario de vanguardia en el que la salud actúe como eje fundamental de desarrollo económico y social, sin olvidar el eje troncal que no es otro que los pacientes y las pacientes.

Tomamos buena nota, señora Garrido, señor José Javier Gómez Román y señor don Ramón García Sanz, de lo aquí expuesto por ustedes. Reitero nuestro agradecimiento a sus enriquecedoras intervenciones y, ya digo, tomamos nota de los retos, de las prioridades expuestas a corto plazo en esta delicada materia.

Muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senadora Carmona.

Para concluir, tienen un tiempo indeterminado, razonable, lo que necesiten.

La señora PRESIDENTA DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES CIENTÍFICO MÉDICAS DE ESPAÑA, FACME (Garrido López): Empiezo yo.

Muy rápido y muy pragmático. Hay un concepto amplio de biomarcadores que incluye la prevención, las enfermedades raras, el estudio del genoma de muchas personas, que está, en estos momentos, en el ámbito de la investigación y que nos parece fantástico. Todos hacemos investigación en nuestro campo, pero nosotros hoy venimos para hablar de algo muy concreto: los pacientes que ya están diagnosticados de cáncer, o sea, los que no hemos previsto o no hemos sabido ver que van a tener cáncer y se les ha diagnosticado cáncer. Normalmente ya tienen metástasis, es decir, ya son pacientes incurables, que al hacerles una biopsia del tejido donde está el tumor —a veces, también en la sangre—, vamos a diferenciar pacientes que se van a beneficiar de un tratamiento o de otro, es decir, vamos a poner el tratamiento correcto. Por eso, se llaman biomarcadores que predicen la respuesta al tratamiento. Es decir, es algo absolutamente asistencial. Es la parte más estrecha de todo lo que es la investigación de biomarcadores, pero es lo que afecta a los pacientes que tenemos en las consultas y en los tratamientos ahora. Por eso, es imperativo ya, porque tenemos el fármaco, pero no siempre identificamos al paciente, porque no podemos diagnosticar a través de la biopsia. Por lo tanto, predictivo de respuesta quiere decir que el paciente ya tiene un cáncer y que, probablemente, se va a morir de ese cáncer y podremos darle mejor calidad de vida o no.

Y con esto ya acabo para que mis compañeros concluyan. Respecto al tema de las derivaciones, hablar de centros de referencia no quiere decir que los pacientes tengan que cambiarse de sitio, ya que las biopsias viajan; es decir, el paciente está en su centro, pero su muestra va a un centro de referencia, porque no tiene sentido montar en todos los hospitales comarcales, regionales, del tipo que sean, laboratorios de diagnóstico molecular sofisticados. Hay que tener los que haga falta y, sobre todo, que el resultado del paciente que vive a 200 kilómetros esté en el mismo margen de días que al que le corresponde ese hospital. Por lo tanto, lo que planteamos —y es lo que se plantea en comunidades y en otros países—, es trabajar en Network, hacer redes en las cuales haya centros que estén acreditados, que tengan calidad en el desempeño de ese diagnóstico y que los pacientes, sean de donde sean, sepan dónde van sus muestras, no se derive el paciente. Y yo con esto ya acabo, dándoles las gracias.

El señor JEFE DE SECCIÓN DE PATOLOGÍA MOLECULAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA Y MIEMBRO DEL GRUPO DE TRABAJO SEOM-SEAP EN ONCOLOGÍA DE PRECISIÓN (Gómez Román): Muy rápidamente también.

Muchas gracias por todas las intervenciones. Voy a puntualizar dos cosas nada más. En primer lugar, lo ha comentado la doctora Garrido ahora mismo, las enfermedades raras y otras patologías van a utilizar la misma herramienta, es decir, la palabra NGS, que la habrán escuchado ustedes probablemente o secuenciación masiva o estas herramientas moleculares no dejan de ser otra cosa que herramientas que puede utilizar igual un biólogo, un genetista, un farmacéutico para hacer diagnósticos en diferentes enfermedades. Nosotros utilizamos esta herramienta para hacer ese diagnóstico y para poder establecer ese factor predictivo, es decir, si ese paciente va a responder al tratamiento A, B o C, con lo cual nosotros hacemos ese análisis.

Segundo punto. La muestra es la que viaja. Una biopsia la podemos mandar a temperatura ambiente y llega perfectamente. Es un material que no tiene ningún problema y, de hecho, están viajando ahora mismo, todos los días, multitud de biopsias. Lo que hay que hacer es establecer esta red de centros de referencia para saber cuál es el más cercano, o un centro que tenga esta acreditación y nos proporcione unos resultados con total seguridad.

Tercero, el precio. Hablé antes de los 400 euros, quizá fue un error, esto es lo que nos puede costar ahora mismo un test de diagnóstico por secuenciación masiva, de un panel de 52 genes, que es el que estamos utilizando nosotros ahora mismo en rutina solo traduce el reactivo, pero no traduce todo el beneficio que puede dar luego lugar a ese paciente. Este es el gasto únicamente de laboratorio. Si lo comparamos con un escáner que se repite muchas veces, yo creo que el gasto de diagnóstico de una técnica molecular es irrisorio.

Y, en último lugar, estas herramientas nos permiten dar servicio a otros servicios, valga la redundancia. Nosotros, por ejemplo, hemos ayudado al servicio de microbiología de nuestro hospital a secuenciar COVID, porque utilizamos la misma herramienta, utilizamos la herramienta de NGS y la podemos utilizar para diferentes cosas, con lo cual, si dotamos los hospitales de esta tecnología, los dotamos de personal y los dotamos de reactivos estaremos dando servicio a multitud de enfermedades, no solo al cáncer, aunque hoy hemos venido por eso y, lógicamente, es nuestra principal preocupación el diagnóstico de factores predictivos en cáncer. No quiero gastar más tiempo.

El señor JEFE DE LABORATORIO HLA Y BIOLOGÍA MOLECULAR DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA Y PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGÍA Y HEMOSTASIA (García Sanz): Yo voy a insistir un poco en esto, con un ejemplo, un ejemplo de eficiencia: una leucemia aguda, que es una enfermedad gravísima. Si a un paciente FLT3 positivo que tiene la oportunidad de recibir un fármaco nuevo, que le mejora y duplica la capacidad de curación de la enfermedad, pero el fármaco cuesta 17 000 euros mensuales, le damos un diagnóstico erróneo y le damos el fármaco, estaremos tirando ese dinero durante el poco tiempo que puede vivir el paciente, que pueden ser dos o tres meses. El test para determinar si esto se hace correctamente cuesta 100 euros, quizá menos, incluso, si lo hace el sistema sanitario público, es decir, es un ejemplo claro de lo que puede dar un marcador de sí y como este ejemplo podemos llegar a decir que hay miles de ejemplos. Y, por último, no es cuestión de invertir ni de gastar mucho dinero, es cuestión de organizarlo.

Tenemos ya muchos hospitales con capacidad para este tipo de tecnologías, a muchos solamente les queda, por ejemplo, dar el paso de acreditarse o de sacar su sistema de calidad. Simplemente es cuestión de organizarlo y, además, hacerlo en redes. No hay por qué centralizarlo absolutamente todo, aunque a veces, es muy práctico centralizar. Hay muchos tipos de cánceres y hay muchos tipos de posibilidades: no solamente están NGS, hay algunas otras opciones como la PCR simple, etcétera. Muchos de estos sistemas acaban por ser accesibles también a hospitales pequeños y lo único que tenemos que hacer es organizarlo, empezar por arriba. El sistema francés o el ejemplo catalán, que también es un sistema bastante centralizado, porque, prácticamente, todo se hace en Barcelona —el paciente no tiene que viajar, como ha dicho la doctora Garrido—, son dos buenos ejemplos para poder seguir y yo creo que es fácil que los podamos aplicar a todo el territorio.

El señor PRESIDENTE: Agradezco, una vez más, el esfuerzo de síntesis. Han sido unas intervenciones muy clarificadoras y han ido al grano de las necesidades que asistencialmente se tienen. Es verdad que la investigación está en continua ebullición, pero yo, desde luego, no recordaba la facilidad con que se trasladaba la investigación a la asistencia clínica del día a día, como está ocurriendo en los momentos que vivimos.

El dicho de que la salud no tiene precio, pero sí cuesta dinero, qué duda cabe que está presente siempre en todo ejercicio presupuestario. Pero esto supone un cambio de mentalidad, un cambio en la manera de ofrecer la medicina y hay que hacerlo con rigor y hay que pisar el acelerador. El Senado no es el Gobierno, nuestra misión es, a veces, la de proponer, incitar, impulsar todas estas cosas que dicen. Ahí estaremos. Tenemos un Sistema Nacional de Salud complejo, con varias comunidades autónomas que tienen otro idioma, pero ni el cáncer ni los virus ni nada hablan idiomas; el único idioma que hablan es, por ejemplo, el de la secuencia de los aminoácidos. Como acaba de decir ahora uno de nuestros comparecientes, el trabajo en red es muy importante y tiene que ser rentable, tenemos que hacerlo rentable entre todos.

Les vamos a dar un regalo, como mencionaba el señor Alarcó, portavoz del Grupo Popular. Es un trabajo que hicieron compañeros de ustedes con las aportaciones de sus comparecencias. Como todo, estará un poco desactualizado, pero lo mejoraremos con el tiempo.

Muchas gracias y hasta siempre.

La señora PRESIDENTA DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES CIENTÍFICO MÉDICAS DE ESPAÑA, FACME (Garrido López): Muchas gracias y a por ello. (*Aplausos*).

— COMPARECENCIA DEL PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN INTERNACIONAL DE LA ARTROSIS (OAFI), DON JOSEP VERGÉS MILANO, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR SOBRE LA MATERIA PROPIA DE SU COMPETENCIA.

(Núm. exp. 715/000483)

AUTOR: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO

El señor PRESIDENTE: Señorías, damos comienzo a la segunda comparecencia, que es la del presidente de la Fundación Internacional de la Artrosis (OAFI), don Josep Vergés Milano, para informar sobre la materia propia de su competencia. El autor de la petición de esta comparecencia es el Grupo Parlamentario Popular en el Senado.

Sin más dilación, comenzamos, doctor Josep Vergés.

El señor PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN INTERNACIONAL DE LA ARTROSIS, OAFI (Vergés Milano): (*El señor compareciente apoya su intervención con una presentación digital*). Buenos días. Quisiera agradecer al doctor Modesto Pose y, por supuesto, al doctor Antonio Román y a todos ustedes que tengan hoy voz los pacientes a los que represento desde OAFI, la International Osteoarthritis Foundation. También soy presidente desde hace dos julios de Aecosar, que es la Asociación Española de Osteoporosis. Por lo tanto, hoy tenemos aquí voz alrededor de 10 millones de personas en España.

¿Quién no tiene un familiar con artrosis, con osteoporosis? A lo mejor, alguno de ustedes sufre una de estas enfermedades y si alguien quiere comentar algo después, cuando acabemos la charla, que no lo dude porque nosotros estamos para ayudar a las personas que tienen artrosis y osteoporosis. Muchísimas gracias, de verdad. Estoy muy feliz y muy contento de poder estar aquí para hablar de estas dos enfermedades que quizás no tienen tanto glamur, si es que alguna enfermedad lo tiene, pero realmente la gente que las sufre lo pasa muy mal y, como verán, los datos que tenemos, como hemos puesto aquí, son realmente de tsunami.

¿Cuál es la misión de la fundación? Para nosotros es muy importante poner al paciente en el centro de la enfermedad, y no lo decimos como tópico, porque realmente cuando los pacientes están informados mejoran muchísimo, se sienten mucho mejor e incluso, según los datos que tenemos, ahorran dinero al sistema sanitario. Por lo tanto, informar bien al paciente es muy importante. La International Osteoarthritis Foundation lidera desde España a nivel mundial todo lo que es la artrosis; de hecho, somos la primera y única fundación dirigida exclusivamente por personas con un gran nivel internacional. Somos líderes en su lucha y prevención, así como en la educación, tratamiento e investigación, y ofrecemos soluciones a las personas que sufren esta patología para que se sientan acompañadas, aliviando su dolor y mejorando su calidad de vida.

Fíjense ustedes en las últimas cifras que ofrece el artículo *The Lancet* y en el que participó la fundación. A nivel mundial ya son 500 millones de personas las que sufren artrosis, es decir, podemos decir claramente que es la enfermedad crónica que más prevalencia tiene. En España hay unos 7 millones de pacientes con artrosis sintomática —es decir, tienen dolor e incapacidad funcional— y un 30 % con artrosis asintomática —es decir, radiológicamente—. Estamos hablando de unas magnitudes impresionantes. Es una enfermedad, como ustedes saben, reumática, la más frecuente es inflamatoria, que afecta al cartílago, hueso subcondral y tejidos blandos de la articulación. El paciente tiene dolor —es el primer síntoma que suele tener cuando va al médico—, dificultades en la movilidad y pérdida de autonomía, lo que conlleva un gran desgaste psicológico. Por lo tanto, la tarea más habitual puede convertirse en un problema. Fíjense ustedes en que el 50 % de la población mayor de 65 años tiene artrosis o, dicho de otra forma, hay un 50 % de personas menores de 65 años que no tiene artrosis y, por tanto, es una de las causas más importantes de incapacidad laboral. Es la causa principal de baja en España que paga el INSS, lo que muchas veces no se tiene en cuenta a la hora de valorar la artrosis. Por tanto, es una causa común de dolor crónico y supone un enorme gasto sanitario que cada día va a más.

También me gustaría comentar que, por desgracia, es una enfermedad de género porque afecta mucho más a las mujeres, fundamentalmente debido a la menopausia, que es cuando la prevalencia aumenta, como ahora sabemos, por un déficit estrogénico. Esto se sabe desde hace pocos años, gracias al grupo de Madrid, el grupo de Gabriel Herrero-Beaumont, que demostró que hay déficit estrogénico entre las pacientes, hay receptores estrogénicos en el condrocito y favorece la artrosis. Por tanto, en esta época la mujer que tiene menopausia puede padecer artrosis, osteoporosis o las dos; de hecho, nosotros tenemos un 30 % de pacientes que tienen artrosis y osteoporosis, es decir, no son enfermedades que van por separado. Como comentaba, la artrosis es la más prevalente. Según los datos, el 17 % de la población adulta de más de 20 años tiene artrosis; con artrosis de manos, un 6 % de la población; de rodilla, un 10 %, y, si hacemos un *mix*, sería un 17. Es la primera causa de invalidez permanente y la tercera de incapacidad laboral transitoria. El 50 % de las bajas por invalidez permanente originadas por enfermedades reumáticas se deben a la artrosis. El coste aproximado es de 4800 millones de euros. Son datos ya un poco viejos, creo que están totalmente *out*, pero estamos hablando de una enfermedad que cuesta al Estado, sin contar los gastos del INSS, 4800 millones de euros.

Después hay mitos en la artrosis en los que seguramente estén ustedes de acuerdo conmigo. Por ejemplo, se dice que es una enfermedad de gente mayor. No es verdad, hay gente joven con artrosis y, de hecho, hay un 20 % de gente mayor que no tiene artrosis; por tanto, asociar la artrosis al envejecimiento no es correcto, es una enfermedad, no forma parte de la fisiopatología. Otra frase que se oye es: No es una enfermedad grave, no se muere nadie. Esto es falso, es una enfermedad grave; de hecho, a propuesta de OAFI, hace dos años el ministro de Sanidad, como hicimos en Estados Unidos con la FDA,

ya la consideraba una enfermedad grave. Es una enfermedad que, como es inflamatoria, también produce problemas cardiovasculares. Por tanto, es una enfermedad que no es baladí. Otra frase es: No hay nada que hacer. Es falso. Muchas veces a los pacientes les han dicho que no hay nada que hacer, que es la edad. Hay muchas cosas que se pueden hacer. Más frases: El deporte es saludable. Es falso. Estamos hartos de decir que el deporte de alta competición es perjudicial, especialmente para las articulaciones. Otra frase: Si tengo artrosis, no debo hacer ninguna actividad física. Falso, precisamente todo lo contrario: tiene que moverse; la movilidad articular es muy importante, se ha de hacer todo lo contrario de quedarse en casa parado. La última: Todos la padecemos. Pues no, hay gente a la que no le aparece. Lo que sí es verdad es que la prevalencia es alta.

Como presidente de Aecosar, quisiera dar también los datos de la osteoporosis: hay 3 millones de afectadas en España —y digo afectadas porque por desgracia afecta más a la mujer que al hombre: de cada tres dos son mujeres— y 330 000 fracturas en el 2017. Es una pasada. Muchas se producen tan fácilmente como al salir de la ducha. Por eso, tenemos programas específicos para evitar que la gente se caiga en casa. El 4 % de fracturas de osteoporosis se produce en el cuarto de baño. El coste supondría 4200 millones de euros. Por tanto, poca broma. Estamos hablando de que, entre artrosis y osteoporosis, tenemos a 10 millones de personas afectadas, lo que cuesta casi 9000 millones de euros. Por tanto, fíjense ustedes en si es una enfermedad importante.

¿A quién afecta la artrosis? Ya lo hemos dicho: a personas mayores. La media es de 68 años. Todas estas fotos son nuestras, son de pacientes nuestros. Aquí no ponemos fotos que no sean de nuestros pacientes —que ya digo que son cientos— y, que, por cierto, están viendo hoy la sesión y, repito, estoy muy agradecido por tenerlos representados en el Senado. Como comentaba, es muy frecuente en mujeres, especialmente por la menopausia, y también en deportistas, porque tienen más desgaste articular, más lesiones, lo que produce problemas articulares.

En España —datos del Ministerio de Sanidad de hace tres años—, el 24 % de mujeres con más de 15 años tiene artrosis. Repito, el 24 % de mujeres de más de 15 años tiene artrosis, así que es una enfermedad que afecta a mucha gente joven, que además coincide con alteraciones del morfotipo, deporte de alta competición en la mujer y base genética. El riesgo es alto. Por tanto, la prevención es fundamental. A partir de los 50 años esta cifra va aumentando —en el caso de la mujer hablamos de un 50 o 60 %—; a los 80 años hablamos del 80 %; más no, lo que es curioso. La mujer que llega a los 80 años sin artrosis ya no tendrá. No sabemos por qué, pero los datos así nos lo dicen. Ahora les muestro frases de pacientes nuestras; por ejemplo: No puedo dormir por las noches. Este es un tema que trabajamos mucho; de hecho, cuando una paciente nos dice que tiene insomnio, ya pensamos que tiene una artrosis muy avanzada. Otras frases: Subir las escaleras es un sufrimiento. Hay días que no salgo de casa. Necesito ayuda para todo. Siento que pierdo mi dignidad. Estas son solo algunas de las frases, pero podríamos poner más.

Tenemos muchos proyectos en la fundación. Tenemos programas educacionales, porque es muy importante mejorar la calidad de vida de estas personas, la prevención, su autocuidado y lo que les comentaba antes: un paciente informado es un paciente que va a ir mucho mejor, va a evolucionar mucho mejor y acudirá al Sistema Nacional de Salud cuando lo crea necesario, porque la información que tendrá será buena y podrá mejorar muchísimo.

Tenemos una asociación de pacientes que cuenta con un programa de radio y televisión. Creo que somos los únicos en el mundo que tenemos un programa dirigido a pacientes que hacemos los lunes y los jueves, que es OAFI Radio. Tenemos 32 000 personas inscritas en el canal YouTube de OAFI y tenemos vídeos que han llegado a los 3 millones de personas. Al programa, por supuesto, vienen profesionales sanitarios, médicos, enfermería, pero está dirigido a los pacientes y están los pacientes allí. Y esto va a más. Es una pasada. Es una información que a la gente le gusta, pueden hablar y pueden explicar su enfermedad. Yo les invito a que vean los programas. Están en nuestro canal Youtube. Y de hecho tenemos mucha gente que nos está siguiendo. Ha habido, como comentaba, un vídeo que se ha hecho viral y que tiene 3 millones de personas.

Y después tenemos otro programa, porque para la gente joven que hace deporte la palabra artrosis no tiene glamur, no le gusta. Tienen una condromalacia rotuliana o una condropatía patelar, pero no tienen artrosis, aunque sí la tienen. Entonces hemos hecho un programa más dirigido a los deportistas, especialmente a la mujer. Colaboramos con el Comité Olímpico Español y hacemos una serie de programas dirigidos a deportistas sobre cómo evitar las lesiones, cómo prevenir el daño condral, que puedan realizar una actividad física acorde, de modo que no acaben el día de mañana en una silla de ruedas. Estas son las actividades que hacemos en OAFI.

Estos son algunos de los programas que tenemos en la fundación: Hablemos de salud articular, que hicimos con la Fundación La Caixa, con todos los *espais* de La Caixa, y fue un gran éxito. Tenemos un

programa que se llama OAFI Sport Veterans. Lo estamos validando. Lo estamos haciendo con el Atlético de Madrid, con el Barça y con el Bilbao, después lo haremos con los demás clubs. Tenemos un programa específico para niños, porque la prevención de la artrosis empieza desde la infancia. Hemos de ver a estos niños y estas niñas con pie cavo, con pie varo, si tienen un pie plano o si tienen una displasia de cadera. Tenemos que empezar ya a controlarlo, porque estos niños y estas niñas van a vivir cien años. Si la COVID nos lo permite, van a vivir cien años. Por tanto, el cartílago se ha de cuidar. Y por ello, es importante esta prevención desde la infancia. Otro programa es el Wellness for Corporation. Llevamos fuera a la gente, salen, se trata de ir a ver naturaleza, de ver espacios abiertos. Y después tenemos un plan específico para la mujer, dado que, como comentábamos, es más prevalente en la mujer.

Algo muy importante: la OAFI, junto con la Arthritis Foundation de Estados Unidos, lidera desde España toda la artrosis a nivel mundial. Entre los países que colaboran con la OAFI está la asociación francesa de artrosis, la portuguesa, la italiana, la belga, la alemana, la Arthritis Foundation y el Panlar. Y ahora van a venir otras. Y nosotros lo que hacemos es ver si hay diferencias en otros países y promover con los gobiernos medidas para mejorar esta calidad de vida. Por ejemplo, estos son dos artículos recientes en buenas revistas. Uno es un artículo sobre una encuesta que hemos hecho en siete países, incluido Estados Unidos, y otro es de calidad de vida de la gente con artrosis en los que no me extenderé por motivos de tiempo.

Estamos con proyectos europeos. Somos un referente en Bruselas. Hoy en día no se entiende ningún programa de I+D si no están los pacientes allí. Es importantísimo que los pacientes estemos. Aquí tenemos un programa de alimentación, Preventomics, porque podemos evitar enfermedades con la alimentación. Y después está Triankle, que es un proyecto también específico, de impresión 3D, para pacientes que sufren tendinopatías y osteoartritis.

Les invito de aquí a dos semanas, el 14 y el 15, al V Congreso Mundial de Pacientes con Artrosis, que se va a celebrar en Barcelona. Es un congreso totalmente gratuito para los pacientes. Viene lo mejor a nivel nacional e internacional, está dedicado a los pacientes y hay mesas muy interesantes. En Madrid —y también en Barcelona, así, todos contentos— hacemos cada año el congreso en el Comité Olímpico Español, para el tema del deporte. Lo hacemos con todas las federaciones, lo hacemos junto con el doctor Villalón, que también colabora con nosotros, y con el señor Blanco. Y después con todas las federaciones hacemos un congreso específico de pacientes, sobre todo, para evitar el tema de las lesiones. No hace falta que les comente que la lesión condral es la segunda más frecuente después de la lesión muscular.

Y yo les quería hablar, después de esta pequeña presentación, como primicia —porque esto lo vamos a presentar en dos semanas y lo verán en la prensa—, de la Cavipa y el Odpar. La Cavipa es una encuesta sobre la calidad de vida de los pacientes con artrosis en España. Es un análisis de la percepción de la calidad de vida de los pacientes con artrosis de rodilla y cadera y sus factores asociados. ¿Qué dice la Cavipa? De hecho, creemos que la Cavipa es la primera encuesta realizada en España por pacientes y para los pacientes. Evidentemente, la metodología es correcta. El comité ético en este caso es el hospital La Paz de Madrid, hay un equipo de investigación, pacientes implicados, etcétera. Y los resultados se evidencian en el gran impacto que la artrosis produce en nuestros pacientes. Por tanto, las necesidades de los pacientes recaen sobre tener más información, la empatía, comprensión y tratamientos. Fíjense lo que nos ha salido de forma resumida. Y esto es un pequeño aperitivo, porque lo verán en prensa de aquí a dos semanas. En España, según nuestra encuesta, hay pacientes que tardan de media tres años en ser diagnosticados de artrosis. Es sorprendente, porque la artrosis se diagnostica de forma fácil. El 94 % padece comorbilidad. La más común es la depresión y la ansiedad. Esto no se tiene en cuenta nunca. Una persona con artrosis tiene depresión y ansiedad, y toma muchos ansiolíticos y muchos antidepresivos. Y esto no sale en la encuesta. Tienen muy mala calidad de vida. El 30 o 40 % han implementado medidas higiénico-dietéticas, pero muchas, como no hay un seguimiento, se pierden; es decir, todas estas medidas higiénico-dietéticas, que los médicos llamamos nivel de evidencia 1a, por desgracia, al no implementarlas se pierden. El 60 % sufre limitaciones de su actividad diaria y un 33 % ha cogido baja laboral y realmente tienen muy mala salud. La primera palabra que les viene a la mente cuando piensan en artrosis es dolor. Por lo tanto, han de tener más información y demandan más información y más tratamientos. Para la artrosis tenemos muy pocos tratamientos. Es una enfermedad muy pobre a nivel terapéutico. Muy pobre. La mayoría percibe su salud como regular y algunos realmente mal.

La Odpar la hemos hecho junto con Aecosar. Es lo mismo. La otra era una encuesta con más de 200 pacientes y esta es con dos *focus group*. Es diferente. Las pacientes que participaron en estos dos *focus group* cumplían el tratamiento. Ya saben que en la osteoporosis el cumplimiento es importante, pero consideran que la información que reciben es escasa y se sienten a veces abandonadas e incomprendidas.

Sí que es verdad que también ha coincidido con la COVID, que ha sido todo un problema. Pero, sobre todo, las demandas que hacen ellas —y digo ellas porque la mayor parte eran mujeres— son: más información, comunicación y atención. Sin embargo, cuando algunas de ellas han tenido fracturas, dicen que han sido atendidas correctamente a nivel hospitalario; o sea que el sistema sanitario es correcto a nivel hospitalario. Sin embargo, todas coinciden en que la osteoporosis afecta muy negativamente a la calidad de vida y al estado de ánimo de las pacientes. Por tanto, esto es reciente y lo verán ustedes en dos semanas en toda la prensa, en el momento del congreso.

Voy a las conclusiones. Es necesario promover un cambio. Fíjense que estamos hablando de 10 millones de personas con un coste de 9000 millones de euros. Y no sé qué palabra utilizar, pero nos llama la atención que el Estado se gaste 9000 millones de euros, que es mucho dinero —cuando digo el Estado me refiero a las comunidades autónomas—, y, sin embargo, los pacientes están descontentos. Entonces alguna cosa hemos de mejorar, porque nos gastamos 9000 millones y la gente está descontenta. ¿Qué tenemos que hacer? Esto es lo que venimos a explicarles a los pacientes, en este caso, en representación de las asociaciones de pacientes, como OAFI o Aecosar. El paciente busca tener voz y ser escuchado. De hecho, nosotros tenemos reuniones con la Agencia del Medicamento, con el Ministerio Sanidad cuando convenga, aunque precisamente no hemos sido recibidos en relación con un tema, pero esperamos que podamos serlo. Estamos, por ejemplo, en la Agencia Europea del Medicamento; estamos colaborando con la FDA, o sea que tenemos cada vez más voz. Por tanto, el paciente tiene que estar implicado.

Otro tema muy importante es la calidad de vida. Es fundamental. Se debe mejorar el modelo asistencial para que comprenda y respalde al paciente. Tenemos un modelo asistencial. Yo me he formado en el modelo asistencial español porque soy médico y tenemos una sanidad que ha sido excelente y no la voy a criticar, ni mucho menos. Pero en estos momentos, debido a la COVID y a la cronicidad, las cosas han cambiado. Por tanto, es muy importante que el paciente sea partícipe, que el paciente se implique. Y este tendrá con el médico, con la enfermería, un gran colaborador.

El tema de la seguridad es también muy importante. La artrosis es una enfermedad que no va sola. Hay pacientes que toman siete, ocho, nueve o diez medicamentos. Y nosotros sabemos el número de muertos que hay en España por AINE. En España hay casi 2000 muertos al año por AINE. En Estados Unidos son 16 000. Y 140 000 hospitalizaciones en Estados Unidos. O sea, quiero decir que tomar antiinflamatorios de forma crónica es algo con lo que hay que tener mucho cuidado. Es así. Por lo tanto, tenemos que vigilar muchísimo el tema de la seguridad. Es muy importante que los medicamentos, como es una enfermedad crónica, no les produzcan estos problemas. Hemos de mejorar la información y la comunicación. En ese sentido, OAFI y Aecosar jugamos un papel clave como representantes de los pacientes. Es muy importante que participen en las decisiones terapéuticas. Debemos poner al paciente en el centro. También hemos de corresponsabilizar a los pacientes y darles herramientas para que puedan sentirse responsables de su cuidado y tratamiento. El paciente también tiene obligaciones. Y estamos convencidos de todo esto, porque este modelo lo estamos aplicando en Estados Unidos y en los países nórdicos. Por tanto, en nuestro país, que es España, vamos a aplicarlo, porque sabemos que puede ayudar muchísimo a este tsunami que se llama aparato locomotor. Podemos ayudar mucho a mejorar todo lo que es el proceso asistencial.

En cuanto a la propuesta, supongo que algunos datos les habrán impactado. Pues bien, esto va a ir a más. Tengan en cuenta que en los últimos veinte años se ha multiplicado la población en España de gente con artrosis. España es el segundo país más longevo del mundo. Antes de la COVID teníamos 17 000 centenarios. Y esto quiere decir que somos un país muy longevo. Por tanto, se ha de tener muy en cuenta el tema del aparato locomotor. ¿Qué le propusimos al Ministerio de Sanidad? Algo que con la COVID ha quedado parado: El modelo Arthro 360. Es una propuesta de un nuevo modelo asistencial para las personas con artrosis y osteoporosis. ¿En qué consiste? Este es un modelo que firmamos junto con las asociaciones de primaria, con Semergen, con SER, con SEMFYC, con la Sociedad de Traumatología del Deporte, con la Sefac, Sociedad de Farmacia Comunitaria, con la Escuela de Enfermería y también con la SECA. Este modelo nos va a permitir dar voz a los pacientes de artrosis y osteoporosis a través de asociaciones como OAFI y Aecosar; promover la participación de los pacientes en las políticas de salud pública; participación del paciente en el cuidado de la salud y en la toma de decisiones; y reducir el tiempo de espera para el diagnóstico. Por ejemplo, hemos visto claramente que cuando al paciente le haces el diagnóstico rápido no solamente está mucho mejor y más contento o contenta, sino que además el coste se reduce notablemente. No podemos tener a la gente dando vueltas, o con lo que llamábamos cuando yo estaba en primaria, el síndrome de El Corte Inglés, que era aquella famosa bolsa de El Corte Inglés cargada de pruebas porque nadie le había hecho el diagnóstico al paciente. Esto no lo podemos consentir. Tenemos que intentar hacer el diagnóstico rápido y las medidas que correspondan. Son muy importantes

las medidas farmacológicas y no farmacológicas para desacelerar la artrosis y mejorar las condiciones de vida de los pacientes. No les he comentado el tema de las prótesis, pero ya se pueden imaginar que en España estamos al primer nivel en prótesis de rodilla y cadera. El tema de las prótesis es muy importante, y no solamente las prótesis, sino volver a cambiarlas, porque la prótesis tiene un tiempo medio de vida de diez años. Habrá gente a la que le podrá durar veinte, pero volver a poner otra prótesis es otro problema. Hay que tener muy en cuenta las comorbilidades desde un punto de vista farmacológico, en especial con la toma de antiinflamatorios y analgésicos mayores, que sabemos que puede ser un problema. Y, por supuesto, hacer más investigación. Asimismo, una mayor sensibilidad social y comprensión para los pacientes y sus problemas.

Voy a concluir. Es importante empoderar a los pacientes con artrosis en el manejo de su enfermedad para asegurar unos estados más efectivos. Desde las asociaciones de pacientes OAFI y Aecosar puede darse este apoyo adicional que el paciente reclama. El paciente lo está pidiendo. Si entran ustedes en nuestra web y vienen al congreso se darán cuenta de la cantidad de gente que está pidiendo esto y cómo mejoran, simplemente, siendo escuchadas, haciendo actividad física, etcétera. Con esto mejoraremos la calidad de vida del paciente. Nosotros tenemos datos de que tan solo aplicando estas medidas, que no suponen ningún coste, porque lo pueden hacer los propios pacientes, podríamos ahorrar unos 100 millones de euros, y no estoy exagerando. Simplemente habiendo pacientes que tengan formación y empoderados, ayudando en enfermería o ayudando a los médicos en áreas de atención primaria. Porque el médico no tiene tiempo de seguir a un paciente, de hacerle adelgazar, de hacer la rehabilitación. Esto lo tenemos en el programa y lo estamos practicando en los países nórdicos. La idea es poder presentarlo aquí en España. Por ello necesitamos su apoyo. Yo antes oí a un senador que hablaba de una propuesta de consenso. Yo no lo sé, porque no soy experto como ustedes, pero sepan que tienen a 10 millones de personas que están esperando que las ayuden. Y no es baladí lo que decimos. Y les invito también a los congresos, para que vean lo que hacemos y cómo participa la gente. Yo creo que es una muy buena oportunidad. Y, además, no supone coste. Porque yo he participado en reuniones y se habla de hacer un programa, pero supone un coste de personal, etcétera. Sin embargo, esto no supone ningún coste. Esto es que la gente tenga información, que conozca su enfermedad y que pueda ayudar a otras personas, el modelo paciente experto que tenemos, etcétera. Yo no sé, presidente, cómo podemos hacer todo esto, pero todo lo que nos puedan ayudar para implementar este modelo, tanto parlamentarios como el propio ministerio, será fundamental. Este modelo se presentó al Ministerio de Sanidad hace unos tres años y el tema quedó parado. Es verdad que vino la COVID y ha quedado parado, pero creo que lo tenemos que resucitar porque es mandatorio.

Nada más. Simplemente quiero mostrar mi agradecimiento a mi equipo. Hoy he venido con la responsable de comunicación, Alba Gómez. Y después, a las miles y miles de pacientes que colaboran con la OAFI y con la Aecosar. Y digo miles porque es un ejército. Y si vienen al congreso, que les invitamos a que vengan, van a ver cómo disfrutan, cómo hacen su actividad, cómo mejoran. Gente que viene muy mal. Tengan en cuenta lo que les comentaba, que las mujeres vienen con artrosis, pero vienen con depresión y ansiedad. Esto es un problema. Toman muchas medicaciones. Y es una enfermedad grave.

Por lo tanto, les agradezco en lo que nos puedan ayudar. Y, repito, muchísimas gracias por darnos voz. Es una gran satisfacción estar aquí. Les agradezco de verdad que tengamos voz los pacientes. Nosotros vamos a continuar en ese sentido. Porque, quién no tiene a alguien con artrosis, o alguno de ustedes. Pues bien, hay cosas para la artrosis. Y en España tenemos un referente, que somos nosotros, modestia aparte —no tengo abuela, por desgracia—. Pero, eso sí, luchamos mucho, trabajamos mucho y estamos con los pacientes de verdad. Miren, toda esta gente son pacientes que tenemos en la fundación. Tenemos en Madrid, ahora van a venir autocares a Barcelona. En fin, un montón de gente que tiene esta enfermedad. Un montón. Nos está escuchando mucha gente y les doy las gracias por el apoyo. Les agradezco mucho que nos hayan permitido estar aquí. Muchas gracias al doctor Román, al doctor Pose y a todas sus señorías.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doctor Vergés.

Desde luego, en el Senado, de momento, estamos recibiendo información, y luego tenemos mecanismos, como las mociones de los grupos, para poder tomar decisiones con respecto a los problemas.

Vamos a escuchar a los portavoces. Como antes, un turno muy breve. El señor Marín tiene la palabra.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Bienvenido, señor Vergés. Quisiera mostrarle mi felicitación y enhorabuena por la información que tienen ustedes presente en su página web. Creo que es una de las mejores páginas web de información médica en plan divulgativo.

Escuchando su intervención me ha sorprendido mucho que no se refiera a un tema que actualmente está en candelerero, como es el de la suspensión de los SYSADOA. Esa decisión fue tomada por el Gobierno, por Sanidad, el 20 de julio de 2020, con fecha de entrada en vigor el 1 de noviembre de 2020. Según ustedes, esa resolución fue firmada por una persona que carecía de la habilitación legal para actuar como titular de la Dirección General de cartera, consumo, salud y farmacia. Ante eso, ustedes han presentado un recurso de alzada. A fecha 1 de septiembre de 2021, los SYSADOA siguen estando financiados por la Seguridad Social. Mi pregunta es: ¿Cómo está la situación actual? ¿Han recibido contestación a ese recurso de alzada?

Y, por otro lado, usted ha comentado antes la importancia del diagnóstico precoz. Como traumatólogo, sé muy bien la importancia de ese diagnóstico precoz. A nosotros, por desgracia, nos llega ya esa artrosis muy avanzada y la única solución, como usted ha comentado antes, es la prótesis de rodilla o la prótesis de cadera, con toda la repercusión que eso trae. Y efectivamente, como usted bien ha indicado, la mayoría de los pacientes son mujeres que, aparte de la artrosis, están sometidas a cuadros de depresión, ansiedad, etcétera, por esa incapacidad funcional que les ocasiona ese dolor y la limitación de cara a su actividad diaria. Quisiera que comentara eso.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal no hay nadie.

El Grupo Vasco tampoco está.

Por el Grupo de Esquerra, el senador Rufà tiene la palabra.

El señor RUFÀ GRÀCIA: Gracias, presidente.

Benvingut al Senat, doctor. Agraeixo la informació que ens ha aportat. La cantidad de números y cifras, si no conoces el tema a fondo, asusta; asusta la cantidad de pacientes que hay; asusta también el presupuesto que se destina. Una de las tareas que tenemos que hacer es mejorar la prevención a todos los niveles. En lo que podamos, intentaremos trabajar en esto. Lo trasladaremos a nuestros compañeros del Congreso de forma que, si surge alguna iniciativa, nos pondremos en contacto con ustedes directamente. Creo que es una buena solución este tipo de comparecencias que nos dan a conocer la magnitud de algunas de las enfermedades que todo el mundo ha tenido cerca de casa.

Por tanto, le agradezco su presencia y el trabajo que realiza su equipo.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Rufà.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el senador Román Jasanada.

El señor ROMÁN JASANADA: Gracias, señor presidente.

Doctor Vergés, le felicito a usted, a OAFI y Aecosar por la labor que hacen en defensa de los intereses de millones de pacientes, por esa lucha por poner al paciente en el centro.

De su presentación llama la atención, sin duda, el impacto social, sanitario y económico de esta patología que afecta, sobre todo, a mayores, y también el impacto de género que ha puesto de manifiesto.

Me ha gustado que haya puesto en valor la labor que realizan las asociaciones de pacientes en cuanto a la educación, la información, las labores preventivas, la participación del paciente y también la participación en proyectos de innovación, de investigación, todo enfocado para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El senador Marín le hablaba de la cuestión relacionada con el expediente de desfinanciación de los fármacos que se han utilizado hasta el momento en esta patología. Sin duda, esta es una enfermedad que no tiene cura, es una enfermedad crónica, una enfermedad degenerativa, con un componente inflamatorio; no obstante, cualquier tratamiento, farmacológico o no, que conlleve la desaceleración de la evolución de la artrosis es bienvenido. Tuvimos la oportunidad de conocer este expediente de desfinanciación. Usted mismo mantuvo una reunión con mi grupo, hace ya algunos meses, en la cual nos daba la posición de la asociación de pacientes ante este expediente que inició el Ministerio de Sanidad en el año 2020.

Sin duda, sobre los fármacos existen detractores y existen defensores, y no es misión del Parlamento decir si un fármaco es eficaz o es seguro porque para eso están los organismos acreditados; en España es la Agencia Española del Medicamento. Pero el Senado sí puede valorar el procedimiento y también controlar al Gobierno en este procedimiento. Por eso, quiero hacerle algunas preguntas; una de ellas se deriva de la que le ha formulado el senador Marín. En este proceso de desfinanciación de los fármacos, los conocidos como SYSADOA, fármacos como el condroitín sulfato, la glucosamina, etcétera, ¿han dado participación a la asociación de pacientes?

En segundo lugar, ¿qué impacto de género y de coste económico, a juicio de la asociación, puede tener la desfinanciación de estos fármacos? Por su conocimiento del tema, ¿considera que esta desfinanciación obedece a criterios de eficacia y seguridad —era un fármaco previamente aprobado por la Agencia Española del Medicamento— o solo es un recorte económico a los pacientes con artrosis?

En tercer lugar, también por su conocimiento y su colaboración con proyectos de investigación relacionados con artrosis, ¿conoce trabajos científicos que avalen el uso de los fármacos SYSADOA en pacientes con artrosis de manos o de rodillas, sobre todo, en pacientes con comorbilidades?

Y, por último, quisiera saber si su organización, a la hora de emitir una opinión, puede tener algún tipo de conflicto de intereses en este tema de los SYSADOA o es una organización absolutamente independiente y sin conflictos de intereses con la industria farmacéutica.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senador Román.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Mercedes Otero.

La señora OTERO GARCÍA: Gracias, señor presidente. Buenos días.

Le doy la bienvenida y las gracias por sus explicaciones, señor Vergés. Nos permiten conocer la realidad y las diferentes problemáticas relacionadas con la enfermedad de la artrosis.

Como saben, a mi grupo parlamentario le mueve la mejora de la atención prestada por el Sistema Nacional de Salud a todos los pacientes, por lo que conocer de primera mano sus demandas y necesidades nos ayuda a desarrollar nuestra labor parlamentaria con mayor efectividad y acierto. Sabemos que las enfermedades reumáticas son, a menudo, malinterpretadas como una parte inevitable del envejecimiento y como enfermedades de personas de edad avanzada en las que no hay lugar para una intervención o un tratamiento efectivo. Sin embargo, es claro que se debe poner el foco en la prevención y en la promoción de la salud, con el objetivo de reducir el riesgo de desarrollar algunas de estas enfermedades o de su carga de enfermedad. Sobre todo, está claro que la mejora en el diagnóstico y en el tratamiento precoz, así como los tratamientos efectivos, conducen a una mayor calidad de vida de las personas que las padecen, cuestiones que se abordan en la estrategia en enfermedades reumáticas y músculo-esqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Además, me gustaría dejar claro que la artrosis afecta a la esfera no solo física, sino emocional de la persona y el entorno social en que se rodea. Solo la artrosis de rodilla supone la cuarta causa a nivel global de años perdidos por discapacidad. Por tanto, sabemos del impacto que estas enfermedades suponen en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Muchas gracias, de nuevo, por sus aportaciones.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Tiene la palabra para contestar a todos los grupos y daremos por finalizada la comparecencia.

El señor PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN INTERNACIONAL DE LA ARTROSIS, OAFI (Vergés Milano): Muchas gracias. Me han hecho buenas preguntas.

Senador Marín, gracias por lo de la web. La verdad es que es muy importante la comunicación. Damos mucha importancia a que la comunicación llegue directamente a los pacientes. Eso es muy importante.

No he sacado el tema de los SYSADOA porque la invitación era para hablar de la artrosis y la osteoporosis y en la OAFI estamos haciendo muchas actividades. Por eso no he sacado el tema de los SYSADOA, pero le agradezco la pregunta que usted me hace y, también, el doctor Antonio Román. Voy a contestar a los dos. Miren, los SYSADOA, en realidad, son cuatro medicamentos, pero los que tienen eficacia son el condroitín y la glucosamina; la diacereína es un medicamento que tiene poca evidencia. Nosotros —para hacer un poco la historia, pero breve— siempre hemos colaborado mucho con el Ministerio de Sanidad. Le voy a decir más: nosotros presentamos la fundación en el Ministerio de Sanidad, en la sala Ernest Lluch. Yo siempre he colaborado mucho con el ministerio porque es fundamental. Además, yo hice la especialidad de farmacología clínica en Montreal y estuve trabajando en la agencia canadiense del medicamento. Cuando estaba allí, ayudaba en lo que podía a la agencia española; me refiero a que, como español, les ayudaba. Por tanto, hay una relación siempre muy buena con el Ministerio de Sanidad. Entonces, la cartera de servicios nos pidió a OAFI que hiciéramos una valoración de estos fármacos y la OAFI, con total independencia, pedimos a las sociedades médicas, a las Ceutics, Semergen, SEMG, SER, Setrade, que un grupo de expertos evaluara no si eran eficaces y seguros, no, sino su posicionamiento, dónde los pondríamos. Este grupo hizo un Delphi —esto está publicado—, que decía, claramente, que el condroitín sulfato funcionaba muy bien en artrosis de rodilla y manos y comorbilidades; es decir, con pacientes que tienen problemas

de isquemia coronaria o de ictus no tenemos otra alternativa, cosa que es lógica, son pacientes que no pueden tomar AINE. Nosotros mandamos el informe a la cartera de servicios y nos encontramos después con que un informe que era favorable a estos dos medicamentos, repito condroitín y la combinación, en indicaciones precisas, por motivos que no conocemos bien, dijeron que había que desfinanciarlo. Esta es la historia. ¿Qué hicimos nosotros? Nosotros hicimos una cosa que me parece que hemos sido los primeros en hacer —agradezco al Ministerio Sanidad que se hiciera— y es que nos presentamos como pacientes en el expediente, porque el expediente nos lo permitía, para ver, exactamente, por qué se producía esta desfinanciación. Entre otras cuestiones, la Agencia del Medicamento continúa diciendo que esos fármacos son eficaces y seguros, o sea, son fármacos que están aprobados por la agencia, no están cuestionados porque, si no, la agencia los retiraría, que es la función de la agencia española. Entonces, nosotros dijimos: Cuidado con estos dos medicamentos, repito, el condroitín en estas indicaciones y la glucosamina en pacientes con comorbilidades. A partir de aquí, el ministerio tiró adelante la desfinanciación. Nosotros fuimos allí, hicimos unas alegaciones, porque teníamos derecho a hacer unas alegaciones, no se nos tuvo en cuenta y por eso presentamos un recurso de alzada para que esto se tuviera en cuenta. El tema está así. Esperemos que el Ministerio de Sanidad, por el bien del ministerio y de los pacientes, lo reconsidere porque estamos hablando de que son dos fármacos —el condroitín y la glucosamina en indicaciones precisas— para los que no hay alternativa terapéutica. Nosotros lo hemos estudiado mucho. La afectación era de casi 3 millones de personas, especialmente mujeres, mujeres mayores, polimedicadas y que, además, cobran una pensión pequeña. Por tanto, nosotros haríamos un gran perjuicio y pensamos que es un error. El coste que representaría es muy alto, porque esto colapsaría el sistema de rehabilitación a nivel nacional, ya lo sabemos, y, aparte, habría más prótesis. En fin, es una medida que no nos parece correcta, que económicamente está mal entendida y es un error. Fíjese, nosotros, igual que las sociedades médicas en general, defendimos estos fármacos en estas indicaciones precisas y en comorbilidades. Y para responder a la pregunta del senador y doctor Román, en dos semanas vamos a presentar datos de la propia agencia. Es muy fuerte, pero como no se han desfinanciado, esperemos que el ministerio lo tenga en cuenta. La Agencia Española del Medicamento, con el grupo de Alcalá de Henares y los farmacólogos y reumatólogos, ha publicado un estudio antes del verano, donde, según la Bifap, de la Agencia Española del Medicamento, se demuestra que el condroitín sulfato en pacientes con artrosis e infarto reduce un 40 % el infarto. Por tanto, no es que vaya bien para el infarto, no, pacientes que tienen artrosis y con comorbilidades, con riesgo cardiovascular. Después, se ha hecho otro trabajo que se va a publicar dentro de poco, también con las bases de datos que tenemos de la Bifap, que es una gran base de datos nacional, donde se muestra que el condroitín reduce un 23 % el ictus. O sea que estos fármacos, a diferencia de los AINE, que pueden producir ictus —y todos los médicos sabemos que cuando das un antiinflamatorio tienes que vigilar que no suba la tensión arterial—, estos fármacos no. Con estos datos esperamos que el ministerio nos reciba y que este tema se cierre en estas indicaciones de las que hablábamos por el bien de los pacientes. Por consiguiente, hoy por hoy continúan y esperemos, por el bien de nuestros pacientes, que esto no siga adelante porque sería una auténtica aberración. Como comentábamos antes, no tenemos tratamiento, los analgésicos menores no funcionan en pacientes con artrosis; entonces, nos vamos a los AINE, a los derivados de la morfina, a la morfina, o sea, no tenemos. Por lo tanto, yo creo que este es un tema en el que creemos que tenemos razón y la cartera servicios habría de reconsiderarlo porque pensamos que no tiene razón. Esperamos que nos reciban. En su momento, pedimos reunión al ministro y después a la ministra y a la directora general y no nos recibieron —entendemos que fue debido a la COVID—. Nosotros estamos aquí para ayudar a los pacientes y para llegar a acuerdos.

Agradezco al senador Rufà sus palabras. Mucho gusto en conocerle. En la OAFI tienen todos ustedes un fiel aliado. Igual que con el Ministerio de Sanidad, estamos con las comunidades autónomas para ayudar en lo que podamos. Los pacientes también formamos parte del sistema sanitario. Por lo tanto, muchas gracias por sus comentarios.

El doctor Marín también me había hablado del diagnóstico precoz. Es fundamental. Nosotros tenemos un programa, que se llama OAFI Children para los niños y niñas, que, prácticamente, no cuesta nada. Se hace una visita al crío o a la cría, se ve si tiene un pie cavo o un pie varo; a partir de aquí, se deriva al traumatólogo o pediatra para que lo revise, le aconsejamos una actividad física para que esta niña o este niño mejore y no se encuentre a los 25 o 30 años ya con problemas articulares debido a que tiene una displasia de cadera, un pie cavo o un pie varo, etcétera. Las famosas revisiones —la primera plaza que tuve de médico fue en el Ayuntamiento de Barcelona— las hacíamos en los colegios y podíamos ver a niños y niñas que los derivábamos. Menos resonancias y más ver a los pacientes y más tocarlos y más verlos y más orientarlos. No estoy en contra de las resonancias, pero se hacen muchas más de la cuenta de lo que yo pienso.

Senadora socialista, Mercedes, muchas gracias. Nosotros estamos por la labor. Les invito a que vengan al congreso y verán los cientos y cientos de pacientes mujeres que tenemos, cómo llegan a la fundación, llegan con depresión, con ansiedad, no pueden moverse, y les explicamos lo que tienen que hacer. La rehabilitación ha de hacerse en casa. Si se puede hacer la rehabilitación en casa, ¿por qué tienes que hacerla en el hospital? Es decir, o lo quieres hacer o no lo quieres hacer. Por tanto, una vez que a un paciente se le explica, el paciente puede hacerlo en su casa, no tiene por qué ir a hacer una rehabilitación al hospital que está colapsado. Aprende a hacer una rehabilitación en casa, pero, claro, le tenemos que enseñar a hacer la rehabilitación. Hay muchas cosas que podemos hacer, muchas. Y tenemos los programas. Pero, fíjese, acabamos de aplicar el programa, pero los médicos y las enfermeras del sistema sanitario están como están, y creo que podemos ayudar muchísimo a los pacientes, incluso asociaciones de médicos que están por la labor de vender las asociaciones de pacientes: Mire, yo esto no se lo puedo hacer, vaya usted a la asociación tal que ahí le explicaran cómo tiene que perder peso, le controlarán el peso, le harán la rehabilitación, para que no esté esperando la mujer una lista de espera, que tiene bloqueada por el médico de familia o el especialista. Esto lo podemos hacer, lo estamos haciendo en los países nórdicos y está dando buenos resultados. Incluso lo estamos haciendo en Estados Unidos, con la Arthritis Foundation, es el programa Arthro 360, que es un programa fantástico. Podemos colaborar con nuestros pacientes y podemos ahorrar. Aparte, como le digo, la gente después vendrá y les aplaudirá, dirán: Gracias, senadores, por ayudarnos. Como digo, hay mucha gente que tiene dolor y tiene depresión y ansiedad, que se encuentra mal —no sé si conocéis a alguien—, y podemos mejorar mucho.

Yo no sé si me he dejado alguna pregunta. Quizás me he enrollado un poco. ¿Ha quedado algo por contestar?

El señor PRESIDENTE: Yo creo que no.

El señor PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN INTERNACIONAL DE LA ARTROSIS, OAFI (Vergés Milano): Muchas gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE: Le agradezco su comparecencia. Yo creo que los miembros de la OAFI pueden estar orgullosos porque entusiasmo no le falta y creo que es un aval suficiente para que continúe como presidente de la OAFI.

Fue un placer tenerle aquí.

El señor PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN INTERNACIONAL DE LA ARTROSIS, OAFI (Vergés Milano): De verdad, presidente, le agradezco mucho que nos haya invitado hoy aquí, y a todos los grupos. Nosotros estamos para ayudar a los pacientes, somos pacientes y conocemos el sistema sanitario, que esa es la ventaja. Y sabemos los problemas que tiene la Administración. Yo también he sido médico, he estado en el sistema sanitario y sé que hay un 30 % de los pacientes que rechazan los fármacos, que prefieren convivir con la enfermedad, pero el 70 % de los pacientes es receptivo a estos tratamientos.

Les he dejado a su disposición toda la presentación y están invitados al congreso en Barcelona y al de Madrid en marzo. Quedo a su disposición. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Aprovecho para recordar a los portavoces que después de la comisión tenemos reunión de Mesa y portavoces.

Hacemos un descanso de un minuto para despedir al doctor Vergés. (*Pausa*).

- COMPARECENCIA DEL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (SEMFYC), DON SALVADOR TRANCHE IPARRAGUIRRE, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR SOBRE LA MATERIA PROPIA DE SU COMPETENCIA. (Núm. exp. 715/000484)
AUTOR: MARÍN GASCÓN, JOSÉ MANUEL (GPMX)

El señor PRESIDENTE: Señorías, continuamos con las comparecencias.

Comparecencia, a solicitud del señor Marín Gascón, del presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Semfyc, don Salvador Tranche Iparraguirre, para informar sobre esta materia y por el tiempo que considere oportuno, porque vamos bastante bien de tiempo y no queremos que se quede nada en el tintero. Sin más preámbulos, tiene la palabra el presidente de la Semfyc.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, SEMFYC (Tranche Iparraguirre): Gracias, presidente. Gracias, senadores.

Gracias por la invitación, que yo creo que llega en un momento muy muy pertinente. Estamos en un momento crítico para la atención primaria y me parece muy pertinente que se aborde esto en esta Cámara, además en un momento muy oportuno porque, por la información que tenemos, los días 30 y 31 el Consejo Interterritorial de Salud va a abordar el tema de la atención primaria, con lo cual todavía mejor.

Hoy hay que festejar que es el Día de la Cultura Científica y que en esta mañana se haya hablado de medicina de precisión y de osteoartrosis y que ahora también hablemos desde el ámbito científico, pero también del impacto social, económico y en la salud de la atención primaria me parece que es una oportunidad.

Soy Salvador Tranche, soy médico de familia, soy doctor en Medicina; trabajo en el centro de salud del Cristo, en Oviedo, Asturias; he participado en muchos eventos con la industria farmacéutica, con sociedades científicas, con el ministerio, con comunidades autónomas; desde hace más de diez años pertenezco a la junta permanente de la SEMFYC y desde hace cinco soy presidente de la sociedad. También soy profesor asociado del servicio de medicina preventiva de la Facultad de Medicina de Oviedo, y no milito en ningún partido político, con lo que espero que eso sea explicación de que no hay un conflicto de interés *a priori* (*Risas*), aunque siempre está en el pensamiento crítico, evidentemente. Pero lo importante no soy yo, sino a quién represento. (*El señor compareciente apoya su intervención con una presentación digital*). Represento a la sociedad científica médica más numerosa del país, a más de 22 000 médicos de familia que trabajan en el sistema sanitario, tanto público como privado, que engloba casi 2000 tutores de medicina familiar y comunitaria, que tiene más de treinta y cinco grupos de trabajo y que el año pasado hemos formado casi a 40 000 médicos. Evidentemente, es una sociedad sin ánimo de lucro y muy muy basada en la defensa del sistema sanitario público y de la medicina de familia.

Que venga yo aquí a hablar de la importancia de la atención primaria es sencillo, y todos ustedes estarán de acuerdo en que la atención primaria es muy importante, muy importante: hay más de 3000 centros de salud en nuestro país, más de 10 000 consultorios periféricos, hacemos más de 400 millones de consultas, tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias. Pero esto, con ser importante, no es lo más importante. Por supuesto, es un sistema que tradicionalmente es el mejor valorado por los ciudadanos; siempre que comparan los diferentes ámbitos asistenciales, la atención primaria es la mejor puntuada, como estos datos del ministerio demuestran. Pero, insisto, siendo todo esto muy importante, lo realmente importante es el valor de lo que hacemos. Es bien conocido que una atención primaria fuerte consigue que los sistemas sanitarios públicos sean más eficientes y que una atención primaria fuerte reduce las desigualdades debidas a niveles de renta casi en 2 puntos. Y eso sigue siendo importante, pero todavía hay cosas más importantes del valor de lo que hacemos.

Esta diapositiva —que no sé si se ve bien— muestra que un médico de familia más por cada 10 000 habitantes —este es un estudio publicado en JAMA hace dos años— reduce la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, por cáncer y por enfermedades respiratorias y aumenta la expectativa de vida en casi dos meses. ¿Qué pasaría si hiciéramos lo contrario, si quitáramos los médicos de familia? En este estudio —también americano, hecho con el Medicare y Medicaid en aquellos ciudadanos que, por la razón que fuera, perdieron su médico de familia— se descubre que perder el médico de familia aumenta las visitas a los servicios hospitalarios, a los servicios de urgencias e incrementa el gasto sanitario en cerca de 200 dólares por persona. De manera que es muy importante el valor de lo que hacemos.

Si nos vamos de Estados Unidos y nos venimos a Europa, es importante lo que hacemos, pero es aún más importante si el que lo hace es el mismo médico. En estos dos estudios, uno de Holanda y el otro del Reino Unido, si de cada diez visitas, seis las hace el mismo médico de familia, se reducen los ingresos hospitalarios un 12 %. Y en este otro, publicado hace escasamente dos o tres semanas, un estudio hecho en Noruega prácticamente con toda la población, más de 4,5 millones de personas, analiza el impacto que tiene el que te siga viendo el mismo médico, ya no seis visitas de diez, sino a lo largo de los años, y es una relación dosis dependiente, es decir, que cuantos más años te vea al médico de familia, menos vas a los servicios de urgencias, menos acudes a la atención fuera del horario ordinario y te reduce tu carga de mortalidad. De manera que también es muy importante que nuestros pacientes nos vean envejecer, que vean envejecer a su mismo médico siempre. El impacto que tenemos, que es lo que conocemos como longitudinalidad, es muy muy importante.

Es importante lo que hacemos, pero también lo que ayudamos a hacer. Yo vengo de Asturias; en Asturias está Fernando Alonso, como ustedes saben, piloto de Fórmula 1, y siempre se dice de Fernando Alonso que mejora mucho los coches. La atención primaria también mejora la atención hospitalaria. Este

es un trabajo hecho en Alemania, con casi 160 000 pacientes que han tenido un infarto de miocardio, y que analiza qué es lo que pasa a los dieciocho meses si les sigue un cardiólogo o no les sigue un cardiólogo. Lo primero que ven es que si no les sigue un cardiólogo, la mortalidad se duplica; pero cuando analizan estos datos en detalle —que es la parte derecha de la diapositiva—, la conclusión es que si solo les sigue el cardiólogo no hay diferencias en mortalidad, la diferencia en mortalidad se produce cuando les sigue el cardiólogo y el médico de familia conjuntamente. Eso es lo que reduce el impacto de la mortalidad de los pacientes con infarto de miocardio a los dieciocho meses, luego mejoramos también la atención hospitalaria.

Entramos ya en cómo estábamos antes de la pandemia. Recordarán que el año 2019 fue un año muy conflictivo para la atención primaria, con muchísimas concentraciones y huelgas, veníamos ya de un momento muy crítico, un momento que cuando hablo de atención primaria siempre lo equiparo a la situación de la medicina de familia, son muy paralelas: la deconstrucción de la medicina de familia, la desaparición de las gerencias de atención primaria, la reducción del número de residentes, la precariedad laboral han tenido un impacto directo sobre la atención primaria. En aquel año 2019, todas aquellas movilizaciones acabaron en un consejo interterritorial monográfico con un plan estratégico de atención primaria pero que, lamentablemente, dos años después, también por la situación de la pandemia, ninguna de las iniciativas del Plan estratégico de atención primaria se ha puesto en marcha.

¿Y qué ha pasado durante la pandemia? Durante la pandemia ha habido muchos cambios organizativos: lógicamente, ha habido una limitación en el acceso presencial a los centros de salud; se han definido circuitos de acceso diferentes de aquellos pacientes que venían con patologías respiratorias de los que no; se ha incrementado sustancialmente la atención telefónica; ha habido un incremento en el teletrabajo. Ha habido también mucha confusión, mucho miedo, mucha afectación psicológica —luego lo veremos en algún dato— y quiero recordar aquí que es la especialidad médica en la que más fallecidos ha habido durante el COVID. Nuestro recuerdo a todos los compañeros, a todos los sanitarios que han fallecido por culpa del COVID.

Ha habido muchos cambios, y luego veremos cómo han afectado. En la primera y en la segunda ola, por cada paciente diagnosticado con PCR, en atención primaria estábamos siguiendo a nueve pacientes con sospecha de padecer COVID —los seguíamos en su casa, en su domicilio, en el centro de salud— porque no teníamos capacidad diagnóstica. Muchísimas iniciativas de dispensación, de consultas, triaje de enfermería, iniciativas que han surgido del debate profesional, que han puesto en marcha cambios de organización, mejoras en la coordinación con el ámbito hospitalario y mejoras de coordinación con la farmacia comunitaria. Muchas muchas iniciativas a lo largo de esos meses. Se ha incrementado entre un 30 % y un 40 % la carga asistencial de los médicos de familia después de la pandemia. Se han incorporado algunos elementos diagnósticos como, por ejemplo, la ecografía en atención primaria, que tiene una sensibilidad y especificidad superior a la radiografía y prácticamente idéntica a la del escáner; con lo cual, eso ha sido muy importante. Hoy en día, a partir de la segunda ola, ya disponemos de medios diagnósticos para hacer el diagnóstico en atención primaria.

Este es un trabajo que se acaba de publicar la semana pasada, relativo a un centro de salud de Granada, en el que analizan el clima laboral antes y después de la pandemia. Como ven, durante la pandemia se ha incrementado la demanda física, a los médicos se les ha pedido mayor esfuerzo físico, mayor incremento en atención domiciliaria, mayor demanda mental —la sobrecarga mental que están padeciendo los pacientes y la que padecemos nosotros es muy importante—; un incremento en el tiempo —el teletrabajo, sorprendentemente, ha incrementado la dedicación en tiempo—; un incremento en el rendimiento; un incremento en el esfuerzo y un aumento importante de los niveles de frustración entre todos los profesionales.

Esta es una encuesta publicada por el CIS en julio de este año. Cuando preguntan qué profesional le ha atendido durante la pandemia, casi el 60 % ha sido el médico de familia. Y cuando preguntan, al final de todas las oleadas, quién le ha atendido, el 80 % han sido el médico y la enfermera de atención primaria. Y cuando preguntan la puntuación, cómo valora usted esa atención, alcanzamos un 8 de 10. Pues bien, a pesar de estos datos, resulta que hemos sido totalmente invisibles durante la pandemia, no aparecemos en el relato de la pandemia. El relato de la pandemia prácticamente ha quedado reducido a los pacientes en las UCI; casi ni la hospitalización, casi ni los neumólogos ni los internistas aparecen en el relato, básicamente, el relato ha quedado en las UCI. Sorprendentemente, al final de la pandemia, en aquellas medidas de reorganización que los profesionales hemos puesto en marcha se está produciendo un retroceso muy importante. Hay en este momento una resistencia notable al cambio. Recordarán, y seguro que lo han vivido todos en cada comunidad autónoma, el debate tan importante que ha habido con

la presencialidad; que los centros de salud están cerrados, que los centros de salud no ven pacientes. Esto no es real, lo que se está produciendo es un cambio en el modelo de atención: antes toda la atención recaía directamente en el médico de familia, cualquiera que fuera el motivo, ahora lo que se estaba planteando es que hubiera un triaje previo, tanto por el personal administrativo como por los profesionales de enfermería, para decidir exactamente qué es lo que necesita el paciente. Si el paciente necesita un proceso administrativo, resuélvase en la unidad administrativa; si el paciente necesita información sobre una vacuna o un seguimiento de pacientes crónicos o de problemas crónicos, ¿por qué no lo van a resolver los excelentes profesionales de enfermería? Este cambio que se está produciendo se ha encontrado con resistencias. Dos meses y medio después, es sorprendente cómo el 60 % de nuestros pacientes quieren consultas no presenciales, y el sistema tiene que adaptarse a eso a pesar de las resistencias que estamos encontrando.

Hay tres elementos que nos preocupan mucho mucho de la atención primaria, que son el clima laboral, la desafección que se está produciendo entre los profesionales —y más después de la pandemia— y el deterioro de la valoración social.

En cuanto al clima laboral, este es un trabajo publicado en abril de este año, hecho en treinta y cuatro países, donde les preguntan a los médicos de familia si piensan que su trabajo es útil, si lo consideran interesante, si las actividades administrativas les consumen o no mucho tiempo, si tienen mucho estrés, si hay un equilibrio entre lo que trabajan y los incentivos. Treinta y cuatro países donde les preguntan por el clima laboral y, si ustedes miran abajo del todo, el 34, España: el país con peor clima laboral entre los profesionales de treinta y cuatro países. Esto explica un poco lo que está lo que está ocurriendo. Este clima laboral está haciendo que muchos profesionales no es que se vayan de nuestro país, es que ni siquiera quieren trabajar en atención primaria y no se presentan a las OPE. No es atractivo trabajar en atención primaria, no es atractivo hacer medicina de familia en estos momentos, algo que es muy preocupante porque el país necesita médicos de familia. Luego, de alguna manera deberemos incentivar eso.

Hay otros elementos más, junto con el clima laboral, que nos preocupan mucho. Uno, el crecimiento exponencial, absolutamente incontrolado, del doble aseguramiento, doble aseguramiento que está muy relacionado con pruebas diagnósticas y no con patología graves. De ese doble aseguramiento —en la diapositiva no se ve bien—, solo el 2 % es patología grave, el resto es patología que fundamentalmente necesita medidas diagnósticas, aparatos diagnósticos, casi es atención ambulatoria.

El segundo elemento, que es muy importante y que está conduciendo a la desafección de la atención primaria, es la externalización de los servicios, el no haber contado con la mayoría de los equipos de atención primaria para la campaña de vacunación. Nos ha preocupado extraordinariamente, por ejemplo, en Madrid, que se hayan externalizado servicios a entidades privadas no sanitarias: El Corte Inglés, AENA, bancos. Pueden ver en la parte inferior de esta diapositiva, en ese circulito, que solo dos equipos de atención primaria podían administrar vacunas de seguimiento. En la mayoría de las comunidades autónomas, la participación de los equipos de atención primaria en la campaña de vacunación ha sido escasa; se han potenciado muchísimo más los vacunódromos y otros dispositivos y no los equipos de atención primaria. Es verdad que la campaña de vacunación ha sido un auténtico éxito, pero hacer perder a la población su referencia en las vacunas, como era la atención primaria, donde venimos vacunando desde hace más de cuarenta años, donde con la vacuna de la gripe, por ejemplo, vacunamos a 12 millones de personas en tres meses, realmente está haciendo que esa población no reconozca a esos equipos de atención primaria como ese punto de referencia para la campaña de la vacunación. Ahora estamos insistiendo mucho a la Administración para que ese pequeño bloque de población que queda sin vacunar, nosotros, los equipos de atención primaria, lo podamos hacer y participar en campañas activas para intentar detectar y animarlos a que se vacunen.

Y el tercer elemento que nos preocupa muchísimo, muchísimo, muchísimo es la falta de atractivo de la medicina de familia a la hora de la elección MIR y el abandono a la hora de elegir las plazas. Ahí abajo se ve que casi el 3 % de los residentes que eligieron MIR este año han renunciado a la plaza, pero hay comunidades autónomas donde ha sido el 5 % y el 6 %. Nos preocupa extraordinariamente que nuestros MIR no quieran hacer medicina de familia.

¿Qué les afecta a ustedes? Ustedes son extraordinariamente importantes. El año pasado, hace ahora catorce meses, se firmó un dictamen de la Comisión de reconstrucción. En atención primaria hay algo más de veinte puntos; solo se han cumplido parcialmente dos y medio: se han incorporado algunos auxiliares administrativos, se han incorporado algunos recursos de salud pública, pero no se ha hecho nada más. Todo aquello que se decía de potenciar con carácter urgente la atención primaria, los recursos, la dotación tecnológica, etcétera, no ha ocurrido, no se ha producido. Catorce meses después, en el ámbito político, aquellas decisiones que se tomaron no se han puesto en marcha.

La idea no es ser negativos, al revés, es traer propuestas, algo que podamos compartir en esta conversación conjunta que estamos teniendo aquí. Ustedes son muy muy importantes tanto en esta Cámara como en su participación en sus respectivos partidos políticos y en su participación en los órganos de gobierno de las comunidades autónomas. ¿Qué es lo que proponemos? Nosotros proponemos cuatro bloques de iniciativas que pasan por la inversión en atención primaria; por recuperar la confianza entre los gestores, los políticos y los sanitarios; por prestigiar la atención primaria y la medicina de familia y por el ámbito comunitario.

En el ámbito de la inversión, en comparación con la Unión Europea, estamos casi 2 puntos por debajo de la media en el número de médicos de familia por población. Estaríamos necesitando entre 6000 y 7000 médicos de familia. Antes de la pandemia, hablábamos de que el nivel de inversión que necesitábamos en atención primaria para reequilibrar la evolución desde el año 2008, desde la crisis, era de, aproximadamente, unos 4000 millones de euros a repartir en cuatro años, y no hablo solo de médicos, sino de todos los profesionales que trabajan en este momento en atención primaria. No es aceptable seguir teniendo los altísimos e intolerables niveles de precariedad que estamos teniendo en la atención primaria. Somos la especialidad con mayores niveles de precariedad en comparación con todas las demás, con menor cobertura de interinidades en comparación con el resto de especialidades. Hablábamos antes de un médico más, con lo cual habría que estabilizar la plaza, pero hablábamos también de hacer posible el mismo médico, porque hay que estabilizar la plaza y hay que estabilizar el puesto de trabajo; no se puede tener a un médico hoy aquí, mañana en Fuenlabrada, pasado en no sé dónde, otro día en Leganés... Necesitamos que esas plazas se estabilicen.

Necesitamos que se reconozca y se maximice el nivel de competencia de todos los profesionales, que los administrativos tengan capacidad de decisión al menos de triaje, que los profesionales de enfermería maximicen sus competencias y puedan decidir, no solo los médicos de familia, no puede ser que todo llegue directamente al médico de familia.

Necesitamos sistemas de información. Nosotros decimos que el sistema de información que tenemos actualmente es un Word de escritorio, porque escribe muy bien en el ordenador —incluso, desde hace muchos años mandamos información del número de derivaciones, número de consultas, peticiones que hacemos al laboratorio—, pero el sistema de información no te permite prácticamente tomar ninguna decisión, ni clínica con los pacientes, ni ninguna actitud proactiva con los mismos; no nos dice qué pacientes tenemos más controlados; no nos dice sobre qué pacientes deberíamos investigar; no nos dice sobre quiénes deberíamos actuar; no nos permite analizar cómo lo estamos haciendo, cómo tengo de controlado a un paciente, por ejemplo, con artrosis, si tengo controlado el dolor de este paciente o no, si tengo a los pacientes con diabetes controlados o no, si tengo a los hipertensos controlados o no. Necesitamos un sistema de información. Yo creo que esta es una de las palancas de cambio más importantes. Por cierto, ayer se publicó un trabajo muy interesante en atención primaria sobre el impacto del COVID en las patologías. Estamos totalmente enfocados en el COVID, pero deben ustedes saber que durante el año 2020, desde que estamos con el COVID, se ha reducido la incidencia de diagnósticos un 50 % de las patologías crónicas. Estoy hablando de hipertensos, diabéticos, dislipémicos, estoy hablando de pacientes oncológicos; el único cáncer que ha aumentado el diagnóstico es el cáncer de pulmón, porque a todos los pacientes con clínica respiratoria les hemos pedido una placa y, claro, cuando les hemos diagnosticado ya tienen una masa pulmonar, pero en todo lo demás se han reducido un 50 % los diagnósticos. Es decir, que tiene un impacto brutal, un daño colateral sobre la patología no COVID.

Lo segundo es que es necesario recuperar la confianza de los políticos, de los gestores con los profesionales, y esto pasa por dar cada vez más autogobierno a los equipos de atención primaria en los centros de salud, igual que a los servicios hospitalarios. Ahora, en la salida de la pandemia, estamos viviendo un retroceso: nuevamente está intentando dominar el gerencialismo diciéndonos cómo debemos tener las agendas, cómo debemos organizar a nuestros pacientes... Esto no funciona. Durante la pandemia ha funcionado muy bien cuando se nos ha permitido organizarnos a nosotros.

Necesitamos ser un poco valientes, probar cosas, por ejemplo, la importancia del asistente clínico, que está funcionando en otros países, incluso en comunidades autónomas como Cataluña, donde, en el ámbito hospitalario, se está probando el papel del asistente clínico, ese que va acompañando al médico o a la enfermera y ayuda a gestionar toda esa parte más burocrática. Algunos lo llaman asistente clínico, otros lo llamamos casi asistente del paciente, porque realmente se convierte en el interlocutor directo del paciente.

Necesitamos que los médicos de familia trabajen en medicina de familia. Ustedes saben que hay un problema serio con la pediatría. Por ejemplo, en nuestro país, en Madrid, el 30 % de las plazas de pediatría están siendo desempeñadas por médicos de familia. Si tenemos a los médicos de familia allí, no

los tenemos donde deben estar, que ya bastante déficit tenemos y necesitamos que estén donde deben estar.

Necesitamos que mejore la cartera de servicios de atención primaria y para eso hay que darnos capacidad de resolución, acceso a todo el catálogo de pruebas diagnósticas. Podemos hacer muchas más cosas pero, insisto, hay que darnos acceso a pedir esas pruebas.

Y cuando hacemos este análisis de la atención primaria, nosotros sugerimos que no se haga como una parte aislada del sistema sanitario. Estamos viendo, por ejemplo, que las urgencias son una segunda atención primaria; cuando el paciente no consigue acceder de buena manera a la atención primaria, se escapa a los servicios de urgencias. Los servicios de urgencias han crecido tremendamente en los últimos años. No es un buen sistema de dar respuesta a las necesidades de los pacientes. A ser posible, deberíamos darla en su ámbito más cercano y con mayor longitudinalidad, que es la atención primaria. Deberíamos tenerlo presente.

Hay otro ámbito que yo creo que estamos olvidando y que es absolutamente relevante. Conviene recordar que el 40 % de los fallecidos durante la pandemia COVID han sido los ancianos, la mayoría de ellos pacientes institucionalizados. La atención a los pacientes institucionalizados debe hacerse desde atención primaria y nosotros proponemos un modelo diferente: hay que reducir la institucionalización en grandes centros, tenemos que ir a centros pequeños insertos en el barrio, mucho más comunitarios, y este soporte deberíamos darlo desde la atención primaria.

Para hacer esto, debemos prestigiar la atención primaria. Nosotros proponemos recuperar las estructuras, las gerencias de atención primaria. Todas las gerencias de atención primaria que se incluyeron en gerencias únicas —desde el punto de vista conceptual suenan bien: una agencia única, que parece que va a mejorar la coordinación entre los ámbitos hospitalarios y primaria— resulta que han dado lugar a que la primaria haya desaparecido totalmente de los órganos de gestión, totalmente, ni siquiera tenemos el mismo nivel que un servicio. No estamos en el hospital, estamos muy dispersos, no tenemos ninguna capacidad de influencia en las gerencias. Necesitaríamos recuperar las gerencias de atención primaria y si esto, política y organizativamente, es imposible, al menos denos un presupuesto cerrado que podamos gestionar, porque todo el ahorro que se ha producido de la farmacia durante la crisis del año 2008 al 2018 se fue a gasto hospitalario, y el ahorro de farmacia se produjo en primaria.

Necesitamos que medicina de familia esté en la universidad. Es sorprendente, porque cuando los alumnos salen de la facultad salen miniespecialistas de muchas cosas, pero sin ningún abordaje integral de cuál es la atención a un paciente de una forma más generalizada. Deberían salir como médicos generales, con buena formación de médicos generales, y salen minitraumatólogos, minigastroenterólogos, minicardiólogos, pero son incapaces de esta visión. Para que la medicina de familia se elija en el MIR debe ser conocida y, por tanto, deberíamos tener presencia en la universidad. He de decir que con el nuevo proyecto de decreto del Ministerio de Educación todavía nos lo dificultan muchísimo más; nos dificultan a todos los clínicos, pero especialmente a los médicos de familia.

Necesitamos una campaña para prestigiar social y profesionalmente la medicina de familia. Hay que decirle a los ciudadanos lo que hacen los médicos de familia, lo que hacen los pediatras, lo que hace la enfermería, lo que hace la atención primaria, la capacidad que tiene de resolución. Hay que prestigiarla si queremos que ese nivel funcione. Necesitamos incentivar para que los alumnos eligen medicina de familia cuando terminan el MIR. Si no, ¿cómo vamos a ocupar la España vaciada?, ¿cómo vamos a ocupar todo el ámbito rural? La gente está desertando de medicina de familia. Luego, hay que hacer ese esfuerzo.

Y, finalmente, está lo comunitario. Ya me he referido a lo sociosanitario. Creo que deberíamos ser valientes e ir avanzando, al igual que en los países nórdicos, a modelos de institucionalización mucho más pequeños, más domiciliarios, más insertos en la cercanía de dónde vive el paciente, no esas grandes instituciones, y ese servicio solo se puede dar con la atención primaria. Creemos que hay que potenciar enormemente la atención domiciliaria, pero, claro, para ir a un domicilio yo tengo que llevar algún dispositivo con el que pueda ver la historia del paciente en el domicilio, con el que pueda revisarla; si es posible, además —si es posible—, debería ir con un transporte del propio centro de salud; debería tener capacidad de prescribir en el domicilio y dar atención en el domicilio a elementos un poquito más complejos que los que estoy atendiendo a día de hoy. El domicilio es muy importante, extraordinariamente importante, no solo para nosotros, sino también para la hospitalización: cada vez se van a reducir más las distancias hospitalarias, cada vez se va a promocionar más la atención hospitalaria sin hospitalización, por tanto, el domicilio es muy relevante. Pero es un domicilio contando con los activos sociales. Hace un momento comentaba el doctor Vergés lo de la atención comunitaria; esos son activos sociales. Lo que pasa que con la discusión de como los médicos de familia no llegan, vamos a poner un dispositivo externo para

que atienda a los paliativos; como los médicos de familia no llegan a los domicilios, vamos a poner un dispositivo externo para que vaya a los domicilios... Esto es fragmentar enormemente la atención. Ponga usted el recurso donde pueda dar respuesta a todo eso.

Evidentemente, hay cosas que nosotros no debemos hacer y que deben hacer los activos comunitarios de nuestro barrio. En mi comunidad autónoma, en Asturias, nosotros en la historia clínica tenemos activos sociales, de manera que, por ejemplo, a los casos con artrosis podemos decirles que vayan al servicio social en el que tienen una actividad destinada a paseos saludables y mejora de su actividad física o tenemos contacto con el gimnasio público para que vayan allí. Son activos sociales con los que debemos trabajar conjuntamente.

Voy terminando. Estos son los cuatro pilares: inversión; recuperar la confianza; prestigiar la medicina de familia y la atención primaria y la importancia de lo comunitario. Estamos en un momento crítico, absolutamente crítico. Hace unos días hablábamos de la encrucijada en la atención primaria. En este momento hay que decidir si hay una apuesta decidida del Sistema Nacional de Salud por la atención primaria o no. Si no la hay, como ustedes ven, la clase media va a abandonar la atención primaria, va a ir cada vez más al doble aseguramiento y la atención primaria va a quedar única y exclusivamente para la población de beneficencia. El señor presidente, que tuvo una plaza de APD en sus años jóvenes, cuando existía la beneficencia y, afortunadamente, aquello se integró en un Sistema Nacional de Salud y la atención a nuestros ciudadanos cambió radicalmente. Si esto ocurre, el Sistema Nacional de Salud va a quebrar, no solo económicamente, sino también asistencialmente, porque primaria va a quedar para beneficencia y los hospitales van a quedar para la gran complejidad, para la medicina de precisión, de la que se ha hablado también esta mañana, para los trasplantes, los grandes costos, porque el resto de la clase media nos va a abandonar y se va a ir a las entidades privadas.

Por eso, nosotros, la SEMFYC, solicitamos un plan de acción para potenciar la atención primera, un plan riguroso que, lógicamente, lleve memoria presupuestaria. Ya no necesitamos diagnóstico, si está todo muy diagnosticado, se sabe muy bien cuáles son los problemas. Ya no necesitamos más planes estratégicos, necesitamos que se ponga el dinero encima y que se ponga en acción. Necesitamos políticos decididos, gestores valientes, que hagamos pruebas y nos confundamos, pero que hagamos pruebas que cambien la situación, porque solo poner dinero tampoco lo resuelve, el dinero tiene que ir acompañado de importantes cambios de organización. Este modelo de atención primaria tan brillante que ha sido el nuestro, que fue muy bueno durante los años 80 y 90, no sirve para el siglo XXI, no sirve para el año 2021. La población es diferente, mucho más anciana, con patología mucho más compleja, que necesitan una atención mucho más inmediata, más rápida, y este modelo no sirve, un modelo tan burocrático como este no nos sirve. Necesitaríamos esos cuatro pilares: inversión; generación de confianza, no solo en atención primaria —muchos de ustedes son médicos—, necesitamos que se recupere la confianza de los profesionales con los políticos y los gestores; prestigiar la atención comunitaria e incluir lo sociosanitario.

La atención primaria es un bien común, un bien social. Insisto en que ustedes son extraordinariamente importantes para que esto se oriente en la dirección correcta. Así que esta es una oportunidad que no podía desaprovechar. Decía Oscar Wilde: «Todo lo resisto menos la tentación». No he resistido la tentación de poder compartir con todos ustedes esta visión de la SEMFYC.

Muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doctor Tranche. Podríamos estar hablando de atención primaria todo el día, pero no es el caso. Vamos a mantenernos en los tiempos que hemos tenido con los otros comparecientes.

Señor Marín, tiene la palabra.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Doctor Tranche, bienvenido. Le agradezco su comparecencia en la Comisión de Sanidad del Senado.

Voy a incidir en varios puntos de la atención primaria, puesto que es de todos sabido que la atención primaria, el médico de familia, es el primer peldaño de todo el sistema sanitario español.

Quisiera que hiciera una valoración de cuál era la situación de la medicina familiar pre-COVID —aunque ya lo ha comentado—, porque ahí teníamos mucho problema de falta de plazas, muchas vacantes por jubilaciones, como usted ha indicado, por esa falta de los recién licenciados en medicina, que no quieren hacer medicina de familia. En concreto, en mi comunidad, en Murcia, tanto por indicación del sindicato médico como del Colegio de Médicos, desde hace ya unos años hacen falta unos 4500 médicos de familia.

Usted ha comentado también el papel del médico de familia como pediatra. Efectivamente, no es lo mismo y se deberían diferenciar ambas especialidades.

Por otro lado, otro tema importante es el de las listas de espera, las demoras. Hay centros de salud en los cuales la cita con el médico de cabecera, el médico de familia, es de hasta dos semanas o, incluso, más. Teniendo en cuenta que es la puerta de entrada al sistema sanitario, si ya empezamos con esas dos o tres semanas de retraso, el cronómetro empieza a correr y, al final, hay personas que para el diagnóstico de su enfermedad tardan año o año y medio. Creo que eso, en España, con el sistema sanitario actual, es inconcebible.

Una pregunta que le hago es si cree que potenciando los medios de los centros de salud —en cuanto a contar, por ejemplo, con un aparato de radiología básica o un laboratorio básico— se podría reducir hasta el 80 % de la patología médica, dejando el otro 20 %, aproximadamente, que sería patología hospitalaria de urgencia, pero la mayoría de las patologías podrían ser resueltas en los centros de salud si contaran con esos medios básicos. A tenor de esto —usted también lo ha comentado—, aumentar la cartera de servicios, es decir, dotar a los médicos de cabecera, a los médicos de familia, con la posibilidad de que ellos mismos pudieran pedir pruebas como ecografías, resonancias, TAC, etcétera, e incluso adelantarse a aquellas pruebas que puedan pedir los especialistas, con objeto de que cuando el paciente vaya al especialista tenga hecha ya, por lo menos, esa prueba básica, porque si no, volvemos a incidir en el tema de las demoras, vamos al especialista, no llevamos ninguna prueba, el especialista las pide y el cronómetro sigue corriendo.

Usted ha incidido también sobre el clima laboral de la medicina de familia en España. Yo le diría que el papel del médico de familia tiene hoy en día demasiada carga burocrática. Si se pudiera deslindar del médico de cabecera esa carga burocrática que tiene en la actualidad, ese médico de familia podría dedicarse a su trabajo, de puro médico; al mismo tiempo, si quitamos esa carga burocrática, le podría facilitar la realización de cursos de formación, de trabajo de investigación, es decir, lo que sería un trabajo puramente médico y no burocrático. Creo que eso también aumentaría o mejoraría ese mal clima laboral que hay ahora.

Ha comentado también el plan estratégico. Por regla general, los planes estratégicos, programas, etcétera, son como un canto al sol: queda muy bien estructurado, aquí tenemos el programa, cien folios, todo muy bonito, pero, realmente, no se realiza. Usted ha comentado que del plan actual —creo recordar— solo se ha realizado un 2 %, lo otro, para qué. Hay que volver a incidir en realizar planes creíbles y realizables que mejoren y potencien la atención primaria.

También ha mencionado el tema de la medicina rural. En la actualidad, se habla mucho de la España vaciada, pero ¿cómo vamos a recuperar esa España vaciada si no creamos los medios necesarios? Es decir, ¿cómo puede ir una familia a un pueblo vacío o con poca población si no tiene los medios básicos, en este caso los medios sanitarios, y los más cercanos los tiene, a lo mejor, a 100 kilómetros de distancia? Eso es un sinsentido.

Yo creo que, en principio, para empezar, con esto estaría bien.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Tuvo usted suerte de que estaba yo ocupado (*Risas*).

Continuamos con el Grupo Parlamentario Esquerra Republicana. Tiene la palabra la senadora Mirella Cortès Gès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente.

Buenos días, señor Iparraguirre. Sin duda alguna, estamos de acuerdo con la exposición que usted ha realizado en esta Cámara, en el Senado, en esta Comisión de Sanidad, muy importante. Sin duda alguna, nosotros entendemos también que la atención primaria es el gran pilar de la salud pública, es imprescindible y es importante, es el primer punto de acceso presencial en el sistema sanitario público. Las profesionales y los profesionales de la atención primaria son la pieza angular de la salud, y así lo entendemos. ¿Por qué? Porque no solo son el primer escalafón, sino también para la prevención, la curación, el seguimiento de las enfermedades y la rehabilitación. Como usted ha dicho en su intervención, es muy importante que el papel de la atención primaria sea también generar confianza entre profesionales y pacientes, no solo médicos, porque aquí entran profesionales de todo tipo.

Por tanto, estamos de acuerdo con todo ello y, como usted sabrá también, en Cataluña tenemos gran parte de las competencias en salud traspasadas y, por eso, el Govern de la Generalitat de Catalunya, en su plan de Gobierno actual, prevé el incremento de más de 5000 millones de euros en cinco años en el presupuesto de salud, y de estos 5000 millones, el 25 % va a estar destinado a la atención primaria, es decir, 250 millones de euros más en la atención primaria, porque entendemos todo lo que he dicho y he

expuesto anteriormente. ¿Y para qué los utilizarán? Pues para más profesionales en todo el ámbito de la atención primaria y para dotar de más material y de más instrumental, es decir, para impulsar todavía más la atención primaria.

Celebramos que usted hoy haya hecho esta intervención, con la que podemos estar de acuerdo en todos los puntos, y también con el último punto que usted ha desarrollado, cuando ha dicho: y cómo nos gustaría podernos trasladar también al sistema público ferroviario, etcétera. Sería ideal.

Por lo tanto, muchas gracias por su intervención y bienvenido a la Cámara.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, Mirella.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el senador Raboso.

El señor RABOSO GARCÍA-BAQUERO: Muchas gracias, señor presidente.

Bienvenido, doctor Tranche. Le agradezco muy sinceramente su intervención ante esta que es la casa de todos los españoles, el Senado de España.

He seguido con mucha atención su exposición y yo quería trasladarle algunas consideraciones del Grupo Popular. Yo creo que una cosa que se deduce inmediatamente de toda su exposición es que la atención primaria necesita ser revisitada desde un punto de vista estatal, porque existe una realidad muy heterogénea entre autonomías y no solamente entre autonomías, sino entre ambientes de ejercicio, no tiene nada que ver el ejercicio urbano con el ejercicio rural, y eso requiere una perspectiva global, una labor de homogeneización y el planteamiento de soluciones muy innovadoras. Es evidente que la situación de atención primaria, desde mi punto de vista, y yo la he seguido muy atentamente, se ha movido poco en los últimos cuarenta años prácticamente, y ahora es necesario darle un impulso y poner, no un parche, no arreglos parciales ni locales, sino una redefinición del papel de la atención primaria, que, por supuesto, como todos sabemos y siempre decimos, es el pilar esencial de la sanidad, etcétera, y eso es un discurso que repetimos todos en numerosas ocasiones, es absolutamente real, pero ese paso lo debemos dar ya por superado. Estamos todos de acuerdo en eso, pero es necesario hacer una redefinición de la atención primaria y del papel, del rol de la atención primaria en la sanidad y en la sociedad. Por tanto, nosotros seríamos partidarios de tomar iniciativas en ese sentido.

Yo creo que uno de los principales problemas que tienen la atención primaria —y traslado la opinión del Grupo Popular— es la falta de profesionales. España necesita más profesionales de medicina familiar y comunitaria y se preparan pocos profesionales, pocos residentes de medicina familiar y comunitaria para las necesidades que tenemos. Usted, yo y muchos de los presentes somos médicos del *baby boom*, quiero decir que dentro de diez años muy pocos estaremos en ejercicio y estaremos paseando a nuestros nietos en los columpios, y alguien tendrá que suplirnos, a mí en otorrinolaringología, a usted en medicina familiar y comunitaria. Yo creo que eso ahora mismo no se está previniendo y es una labor fundamental del ministerio tomar las medidas necesarias, certificar y homologar los centros necesarios para atender las necesidades de este país dentro de poco, un país que, además, tiene una fuerte competitividad a la hora de captar profesionales desde la Unión Europea, porque somos profesionales muy bien formados en este país y somos profesionales muy cotizados fuera de nuestras fronteras, por ello, deberíamos atender a esa realidad y deberíamos hacer la profesión médica mucho más atractiva, en concreto, la de medicina familiar y comunitaria todavía más. Por tanto, me gustaría conocer cuál es su opinión acerca de esta falta de profesionales y las soluciones que usted consideraría oportunas.

Me ha llamado también la atención —y me ha dolido— la crítica que ha hecho usted acerca de involucrar al máximo posible de instituciones y actores sociales para la vacunación en Madrid. Tengo que decirle que en Madrid se vacunaron muchos millones de personas, en algunos centros, por ejemplo, en el Zental, solamente se vacunaron 1,6 millones de personas y se vacunaba 24 horas al día. El esfuerzo de vacunación ha sido enorme, porque Madrid no solamente tiene casi 7 millones de habitantes, sino que aquí hay un millón de personas que no están empadronadas, pero que requieren vacuna exactamente igual y se les ha vacunado de la misma forma. Desde ese punto de vista, tengo que decirle que la decisión de involucrar a otros centros de vacunación que cuentan con sus propios servicios médicos, sean públicos o no, se tomó, precisamente, para descargar la atención primaria. Quiero decir que, en un determinado momento, en Madrid era una prioridad estratégica para la sanidad despejar al máximo posible la atención primaria para que se dedicara a lo que se tenía que dedicar, que era a resolver muchos de los problemas que usted ha puesto de índole asistencial, desde el punto de vista de retención de diagnósticos, etcétera, y de verdad que esa fue la motivación principal para que eso fuera así. Ese es el motivo por el cual se han habilitado centros especiales, en el entorno público o no, para realizar vacunaciones.

Por lo demás, hay otro aspecto que usted ha mencionado que me parece clave. Usted dice que hay que prestigiar la medicina familiar. Yo creo que todas las administraciones de España hacen un esfuerzo por prestigiar la medicina familiar y comunitaria, pero es cierto que, desde nuestro punto de vista, la atención primaria es víctima de una agitación política que no le hace ningún bien. Yo, personalmente, creo que uno de los calificativos más negativos que se puede decir de una persona o de una institución es decir que es conflictivo, porque, prácticamente, es una acusación que no tiene defensa, y ahora mismo existe una percepción no ya profesional, sino incluso social de que en torno a la atención primaria hay numerosos conflictos, lo cual, evidentemente, desanima a aquellos estudiantes que tengan planteamientos de estudiar medicina familiar y comunitaria o a aquellos residentes que inician la residencia y, como usted ha dicho, desertan. Hay que prestigiar, estoy completamente de acuerdo. Pero, mire, yo creo que la caridad empieza por uno mismo y yo creo que para las instituciones como, por ejemplo, la que usted preside y que tiene un papel estelar en la medicina familiar y comunitaria o como otras asociaciones y otros actores sociales, el mensaje debe ser que hay unos problemas que nos tenemos que poner a resolver, pero esto es medicina familiar y comunitaria y esto es un bien social de primer nivel en este país. Ese mensaje está faltando por parte de muchos de los actores que prefieren una agitación política y a ustedes yo les veo inmersos en eso, sin que sean capaces de sacar la cabeza por encima de ese enorme barullo político, y a mí me parece que eso es una de las cosas que más daño está haciendo ahora mismo a la medicina familiar y comunitaria. Es una cosa insólita, es, quizás, la única especialidad médica que está inmersa en un debate político intensísimo. Yo creo que eso debería estar inmerso en un debate muy técnico, en el que tuvieran, por supuesto, una institución como la suya y los propios profesionales la voz cantante acerca de qué es lo que hay que hacer, pero menos debate políticamente interesado.

El señor PRESIDENTE: Vaya terminando, senador.

El señor RABOSO GARCÍA-BAQUERO: Por lo demás, no tengo mucho más que decir. Le agradezco su presencia aquí por parte del Partido Popular, estamos encantados de recibirle siempre y ya sabe dónde nos tiene para darle apoyo siempre.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Raboso.

Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la senadora Susanna Moll.

La señora MOLL KAMMERICH: Muchas gracias, presidente. Buenos días. En primer lugar, doctor Tranche, evidentemente, le agradecemos su presencia, su intervención y la valiosa información que nos ha proporcionado.

Para el Grupo Parlamentario Socialista, la atención primaria de salud es la base y el eje vertebrador de nuestro Sistema Nacional de Salud. Parece que estamos todos de acuerdo en que es un pilar básico para promover y cuidar la salud de toda la población y, sobre todo, para garantizar una atención cercana y equitativa y de base comunitaria. Usted lo ha explicado con gran claridad y convicción.

La pandemia ha evidenciado, aún más si cabe, esta cuestión y la crisis sanitaria ocasionada por la misma ha supuesto un factor de tensión muy importante. La atención primaria ha dado respuesta a la atención y diagnóstico de los pacientes COVID leves y moderados y, al mismo tiempo, se ha continuado atendiendo al resto de pacientes con toda la normalidad asistencial posible y desarrollando tareas de vigilancia de salud pública. Además, cabe destacar el papel que la atención primaria ha jugado en el proceso de vacunación, que, aprovechando su implantación en todo el territorio y su cercanía a la ciudadanía, ha demostrado una gran capacidad en este proceso de vacunación. Yo puedo hablar especialmente de mi comunidad, Baleares, donde se ha hecho, desde luego, desde la salud pública en todos los ámbitos. Por todo ello, no podemos expresar más que nuestro agradecimiento a todo el personal sanitario por su implicación, por su compromiso y profesionalidad en esta crisis. Usted hablaba de invisibilidad y de falta de reconocimiento, pero yo, desde luego, percibo desde esta bancada, en cualquier caso, pero también desde la ciudadanía, un gran respeto y reconocimiento hacia esa labor. *(Varios señores senadores del Grupo Parlamentario Socialista golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano).*

Somos conscientes de todas formas de que hay que avanzar y por eso el Gobierno va a desarrollar el marco estratégico de atención primaria, donde sabemos que ustedes también aportaron. El Ministerio de Sanidad trabaja para reforzar la capacidad asistencial a través de cinco ejes principales, no planes estratégicos, que usted dice que ya los tenemos, sino tres proyectos de reorientación estratégica, un proyecto de mejora organizativa y un proyecto de renovación tecnológica. Pero, en primer lugar y por orden

de prioridad, está claro que el foco de ampliación de los refuerzos de la atención sanitaria lo tenemos que poner en la atención primaria. Por tanto, este Gobierno va a seguir priorizando el impulso de una atención primaria y comunitaria que sea la base de la atención a la salud de las personas, que fortalezca nuestro Sistema Nacional de Salud y nuestra capacidad asistencial ante las crisis de salud y sociales que puedan surgir, y lo hará junto a las comunidades y ciudades autónomas, impulsando de forma urgente el marco estratégico de atención primaria y comunitaria aprobado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el año 2019. Y, por otro lado, promoveremos también una modificación del estatuto marco, definiendo nuevos modelos de contratación y reducción de la temporalidad, para lograr una mayor flexibilidad y reforzar así las zonas de difícil cobertura, de manera especial en el ámbito de la atención primaria de salud.

Simplemente, reitero nuestro agradecimiento y, evidentemente, los senadores de mi grupo parlamentario están a su disposición.

Muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Susanna Moll.

Para concluir con el debate, tiene la palabra el doctor Tranche, de quien ya sabemos de su capacidad para resumir.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, SEMFYC (Tranche Iparreguirre): La verdad es que ya he dicho que es un privilegio estar aquí, pero también es un privilegio ver que coincidimos plenamente en el diagnóstico; o sea, prácticamente todas las intervenciones han ido poniendo el énfasis en el diagnóstico.

Falta de profesionales, sin duda alguna, faltan de profesionales. Muchos profesionales se han marchado, pero muchos profesionales que hacen medicina de familia no acaban en medicina de familia. Desconozco el porcentaje, pero no es irrelevante el porcentaje de los que optan a una segunda especialidad. Muchos de los médicos de familia que estaban destinados a atención primaria se acaban yendo a los ámbitos de urgencias, a la pediatría o a otros ámbitos, y es que es muy difícil convencer a alguien de que trabaje en un sitio donde las condiciones son las que son. Es verdad, ¿cómo vamos a vender a nadie un producto del cual estamos todo el día hablando mal? En Asturias, en mi centro de salud, los alumnos de sexto de medicina hacen una rotación de seis semanas y es la rotación mejor evaluada de toda la carrera, pero cuando terminen dicen: Me ha encantado, esto es fantástico, pero yo no voy a hacer esto, trabajar en estas condiciones..., de ninguna de las maneras. Sin hablar luego, lógicamente, de la presión social: yo con este número cómo voy a elegir medicina de familia. Saben ustedes, como yo, que si el 200 elige medicina de familia le aplauden el MIR, porque ha dejado una plaza vacante para elegir otra especialidad.

Esto hay que prestigiarlo. Las condiciones laborales, ahora mismo, son absolutamente horribles, absolutamente horribles. La pandemia no ha hecho sino agravar una situación previa que ya teníamos, con un déficit tremendo de profesionales, pero es que durante la pandemia esto todavía ha sido mayor, sin contar la cantidad de profesionales que están en situación de incapacidad temporal, con afectación, fundamentalmente, de tipo mental, psiquiátrica, etcétera, cosa que en los sistemas sanitarios estamos entre un 10 % y un 12 % de profesionales sanitarios en IT. Eso es muy difícil de aguantar.

Hace unos días manteníamos una reunión con el Ministerio de Sanidad, al que felicitamos en su momento por tomar la iniciativa precisamente en esto, en cómo prestigiar la medicina de familia. Evidentemente, hay que incrementar el número de plazas MIR, pero no es suficiente, porque ya hemos visto cómo un porcentaje de ellos renuncia a la hora de elegir, luego renuncian cuando terminan la especialidad, y, por tanto, tenemos que ir mucho más allá; por ejemplo, tiene que haber cambios retributivos. Si el país cree que necesita médicos de familia porque necesita un sistema sanitario público, universal, accesible y equitativo, tiene que incentivar que los alumnos elijan medicina de familia y, además, que estemos trabajando como médicos de familia en la zona urbana y en la zona rural más limítrofe. Hay que poner muchas cosas encima de la mesa. Hay que prestigiar a los tutores, porque aquí tutorizas a los alumnos, a los residentes, a cambio de nada, ni siquiera te lo puntúan. Hay que mejorar todas esas condiciones si queremos dar respuesta. Por tanto, hay que incrementar el número de plazas MIR, pero también prestigiar la especialidad.

Pero todo esto no se va a conseguir si no hay un cambio radical de las condiciones de trabajo. De verdad les digo que la temporalidad es absolutamente brutal. Ayer estaba con un residente y, con la carencia que tenemos de profesionales, su contrato es de cuatro meses. Le renuevan los contratos cada cuatro meses. Pero, además de renovarles cada cuatro meses, si encima está en el ámbito de atención primaria y no está en urgencias del hospital, cada día le mandan a trabajar a un sitio diferente, y, además, sin ninguna

programación. Esta semana igual estás aquí, pero de repente te llaman y te dicen que el miércoles tienes que irte a no sé dónde a pasar consulta, con lo cual la mayoría de nuestra gente, en cuanto puede, se marcha. Si puede hacer una consulta de pediatría, fantástico, porque la consulta de pediatría es muchísimo más amable que la consulta del médico de familia, con lo cual, a su vez, estamos creando también un monstruo, porque estamos colocando médicos de familia que están haciendo de pediatras a lo largo de años y, cuando llega un pediatra que quiere esa plaza, al médico de familia se le echa a la calle. Así que estamos creando aquello famoso de los Mesto, que algunos recordarán. De manera que hay que cambiar también las condiciones de trabajo; más médicos, mejor clima laboral, mejores contratos. De verdad que no se puede hacer ahora mismo nada si no hay un cambio en las condiciones de trabajo. Pero aun cambiando las condiciones de trabajo y poniendo dinero encima de la mesa, yo ya he dicho que para llegar a las cifras medias de Europa estaríamos hablando de entre seis y siete mil médicos. Esto es una quimera ahora mismo, salvo que hiciéramos una llamada a todos los que están fuera y vinieran, y cambiáramos las condiciones de trabajo. Durante tres o cuatro años no lo vamos a conseguir porque, además, todavía estamos en el *baby boom*, jubilándose mucho más que entrando.

Por tanto, hay que cambiar las condiciones de trabajo, pero esto tiene que ir ineludiblemente asociado a cambios de organización. No basta con poner más médicos de familia, poner más enfermeras, poner más trabajadores sociales; si no hay cambios de organización profundos, dentro de seis meses estaremos igual. Hay que hacer cambios y ese abordaje debe ser nacional, estatal. Luego estarán, evidentemente, las diferencias de cada territorio, incluso dentro de cada territorio, diferenciando lo que es una zona urbana de lo que es una zona rural. Por eso yo hablo mucho de la posibilidad de gestión, de autogobierno, de capacidad de gestión de los propios equipos de atención primaria tomando, además, siempre como referente la comunidad en la que estás atendiendo. Ahora bien, debe haber un esquema general sobre cuál es exactamente el modelo que queremos de atención primaria. El personal no sanitario ha de tener un protagonismo mayor; los profesionales de enfermería han de tener un protagonismo extraordinario, pero igual también tenemos que empezar a hablar de incorporar otros profesionales en atención primaria: nutricionistas, psicólogos, etcétera, si es que estamos apostando por este modelo. Yo creo que la decisión pasa ineludiblemente por tener estas ideas, que además son muy coincidentes en todo, pero luego hay que poner dinero. O sea, lo que todo el mundo tiene es el discurso de que la atención primaria es primordial, pero a la hora de decidir incluir la memoria económica, todo el mundo se olvida y esto va a otros sitios. Ha pasado con los fondos europeos, que nos tiene muy preocupados; todo va a digitalización, pero ya veremos qué fondos pueden aparecer también en recursos de atención primaria.

Listas de espera. Estamos en un momento dramático. Durante la primera oleada, como muy bien decía, fundamentalmente la patología aguda sufrió sobremanera: los infartos, que se demoraron muchísimo; apendicitis, que llegaron tardísimo. En este momento estamos con patologías tiempo dependientes con un enorme impacto, fundamentalmente enfermos oncológicos. Estamos viendo cánceres muy evolucionados. Ya he dicho que hemos dejado de ver el 50 % al disminuir la incidencia en un 50 %. Estamos viendo cánceres muy evolucionados, pero también vamos a ver otras patologías no detectadas. Durante la pandemia se han suprimido todos los programas de prevención poblacionales; los de cáncer de mama y los de colon han estado suspendidos hasta hace bien poco. Por consiguiente, en esas dos grandes patologías, en la atención a crónicos y en la detección de las patologías tiempo dependientes y las preventivas, ahora eso lo vamos a pagar muchísimo.

Y también hablamos de atención primaria, pero tenemos los hospitales y los medios diagnósticos como los tenemos. Cuando yo pido ahora una ecografía, tardan cinco meses. El paciente se enfada conmigo porque tardan cinco meses, pero yo no puedo hacer más. Evidentemente, tengo que mejorar la cartera de servicios porque tengo más capacidad. En Murcia hay una experiencia preciosa llevada a cabo por el servicio de cardiología, que formó en cardiología a los médicos de familia. En el servicio son 7, pero ahora dicen que son 150 porque son los 7 de cardiología más los 150 médicos de familia que por telemedicina transmiten toda esta información. Yo creo que la telemedicina, la teledermatología, la telecardiología, la retinografía, etcétera, pueden ayudarnos muchísimo a incrementar la capacidad de resolución de la atención primaria. La mayoría de nuestros ciudadanos, si su problema se les resuelve ahí, no quieren ir a otro sitio, no quieren tener que esperar, pues la demora es muy importante. Por lo tanto, hay que incorporar tecnología, hay que darnos acceso, como muy bien decían, a la posibilidad diagnóstica.

Me queda un tema que es la politización. El nivel de crispación es difícil de contar, pero lo que les cuento sobre el clima laboral se traduce en el tremendo nivel de crispación que tenemos dentro de los centros de salud. Estamos muy irritados con todos los representantes políticos por este discurso que siempre hay: son ustedes muy importantes, la puerta de entrada en el sistema, pero luego nunca se incorporan

recursos, ni los más mínimos. Antes de la pandemia ya estábamos mal, hubo un plan estratégico, pero no se desarrolló nada. Durante la pandemia no hemos estado; totalmente desaparecidos. Incluso hemos tenido una desafección con las vacunas. Es verdad que en alguna comunidad autónoma como Baleares o Murcia hubo un esfuerzo muy importante en atención primaria. También hay que decir que hay muchas desigualdades entre comunidades autónomas, tremendas. ¿Por qué no se ha contado con nosotros? En Madrid, el discurso: como están tan saturados, vamos a externalizar el servicio; nos hace un daño enorme. Si están tan saturados, pon el recurso ahí y que lo resuelvan, porque ya no solo son las vacunas, es que haces perder la referencia a la comunidad. Y eso es muy importante. Tenemos que trabajar en el sentido de que el ciudadano vea que ese es su referente cercano porque eso es muy bueno para todos. Ahí debe hacerse el énfasis.

No quiero terminar con una idea pesimista, todo lo contrario. Estamos en un momento en el que podemos cambiar esta situación. No podemos esperar mucho más. Tenemos palancas de cambio, sistemas de información, recursos, cambios en la organización. Tenemos palancas de cambio, pero debemos hacerlo ya, si no, de verdad estaremos abocados al desastre más absoluto. Desastre mío y suyo, de todos y cada uno de ustedes porque, dentro de poco, no vamos a estar, pero estarán nuestros hijos, estarán los siguientes. Por tanto, de verdad, les pido su ayuda en esta Cámara, pero también en sus respectivos partidos políticos y en las comunidades autónomas donde están presentes y gobiernan, porque ahí es donde de verdad se ejecutan todas las políticas. Es en las comunidades autónomas donde está la gestión real del sistema sanitario.

Así que, muchísimas gracias, me siento muy privilegiado y la SEMFYC se siente muy privilegiada por haber contado con su escucha y su participación.

Muchas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Quiero agradecerle mucho su comparecencia en esta comisión. Creo que ha sido una comparecencia que nos da un dibujo en profundidad de la situación asistencial del médico de familia; en definitiva, de una parte muy importante de la asistencia sanitaria, que es la asistencia primaria. Para nosotros ha sido un placer. Yo aprendí muchísimo. Gracias de nuevo.

Se levanta la sesión.

Eran las catorce horas y treinta y nueve minutos.