

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 210

8 de julio de 2020

XI Legislatura

COMISIÓN DE ESTUDIO PARA LA RECUPERACIÓN E IMPULSO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. Carlos Carnero González

Sesión celebrada el miércoles 8 de julio de 2020

ORDEN DEL DÍA

1.- C-1218/2020 RGEF.14606. Comparecencia del Sr. D. Julio Mayol, Director Médico del Hospital Clínico Juan Carlos y coautor del documento publicado por Fedea "Informe sobre las reformas e innovaciones que requiere el Sistema Español de Salud", a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre reformas, mejoras e

innovaciones que requiere el Sistema Nacional de Salud en la Comunidad de Madrid a la vista de los efectos generados por la crisis del COVID-19. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

2.- C-1255/2020 RGE.15008. Comparecencia del Sr. D. Javier Padilla, Médico de Atención Primaria, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de informar sobre análisis y propuestas de cara al escenario pos-COVID-19 en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

3.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 16 horas y 5 minutos.	11461
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez, la Sra. García Gómez, la Sra. Gómez García y la Sra. Joya Verde, comunicando las sustituciones en sus Grupos.	11461
— C-1218/2020 RGE.14606. Comparecencia del Sr. D. Julio Mayol, Director Médico del Hospital Clínico Juan Carlos y coautor del documento publicado por Fedea "Informe sobre las reformas e innovaciones que requiere el Sistema Español de Salud", a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre reformas, mejoras e innovaciones que requiere el Sistema Nacional de Salud en la Comunidad de Madrid a la vista de los efectos generados por la crisis del COVID-19. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	11461
- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.	11462
- Interviene, en turno introductorio, el Sr. Freire Campo.	11462
- Exposición del Sr. Director Médico del Hospital Clínico San Carlos.	11462-11467
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. García Gómez, la Sra. López Montero, el Sr. Raboso García-Baquero y el Sr. Freire Campo.	11467-11477
- Interviene el Sr. Director Médico, dando respuesta a los señores portavoces.	11477-11486
- Se suspende la sesión a las 17 horas y 41 minutos.	11486

- Se reanuda la sesión a las 17 horas y 53 minutos.....	11486
— C-1255/2020 RGEP.15008. Comparecencia del Sr. D. Javier Padilla, Médico de Atención Primaria, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de informar sobre análisis y propuestas de cara al escenario pos-COVID-19 en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	11486
- Interviene la Sra. García Gómez, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	11486-11487
- Interviene, en turno introductorio, el Sr. Freire Campo.	11487
- Exposición del Sr. Médico de Atención Primaria.....	11487-11494
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. García Gómez, el Sr. Veloso Lozano, el Sr. Raboso García-Baquero y el Sr. Freire Campo.....	11495-11502
- Interviene el Sr. Médico de Atención Primaria, dando respuesta a los señores portavoces.	11502-11511
— Ruegos y preguntas.	11512
- No se formulan ruegos ni preguntas.	11512
- Se levanta la sesión a las 19 horas y 18 minutos.	11512

(Se abre la sesión a las 16 horas y 5 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes, señoras y señores. Vamos a continuar. Lo primero que quería pedir es que comuniquen a la letrada las sustituciones de los miembros de cada grupo que se produzcan para esta tarde; no me refiero a quién va a intervenir sino a las sustituciones. Me dice la letrada que las sustituciones hay que decirlas en alto; si les parece, empezamos por Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Buenas tardes. Gracias, presidente. Vanessa Lillo sustituye a Sol Sánchez.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias. ¿Vox? *(Pausa.)* ¿Más Madrid?

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Por el Grupo Parlamentario Más Madrid, Mónica García sustituye a María Pastor y Diego Figuera sustituye a Hugo Martínez Abarca.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias. ¿Ciudadanos?

La Sra. **GÓMEZ GARCÍA**: A doña Tamara Pardo la sustituye doña Noelia López en la primera comparecencia y don Enrique Veloso en la segunda. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: ¿Grupo Popular? *(Pausa.)* ¿Grupo Socialista? *(Pausa.)* Entonces, si les parece, continuamos. (La Sra. **JOYA VERDE**: *Perdón...*) Dígame, señoría.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gádor Joya sustituye a Ana Cuartero. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias. Pues ya está completo el mapa. Pasamos al primer punto del día.

C-1218/2020 RGEF.14606. Comparecencia del Sr. D. Julio Mayol, Director Médico del Hospital Clínico Juan Carlos y coautor del documento publicado por Fedea "Informe sobre las reformas e innovaciones que requiere el Sistema Español de Salud", a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre reformas, mejoras e innovaciones que requiere el Sistema Nacional de Salud en la Comunidad de Madrid a la vista de los efectos generados por la crisis del COVID-19. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Invito al señor Mayol, si es tan amable, a ocupar su lugar como compareciente. *(Pausa.)* También quiero dar la bienvenida al doctor Padilla, que ya está con nosotros. Damos la bienvenida al doctor Mayol, agradeciéndole sinceramente que haya hecho un hueco en su agenda. Agradezco al señor Mayol que haya tenido la amabilidad de compartir con nosotros sus conocimientos y experiencia, que con toda seguridad van a ser muy útiles. Le resumo el funcionamiento, que

seguramente ya conoce: el grupo que ha propuesto su comparecencia la enmarcará durante tres minutos y el resto de los grupos también pueden hacer uso de ese turno breve; después, usted tiene quince minutos para exponer sus ideas; posteriormente, los grupos tendrán diez minutos, al igual que usted para que resuma y responda a las preguntas y comentarios de los grupos. Está bien entendido que esta presidencia será generosa con su último turno. Así que el grupo proponente tiene la palabra por tres minutos.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor presidente. Doctor Mayol, muchísimas gracias por estar presente en esta comisión y por haber accedido a venir a vernos y compartir con nosotros todos sus conocimientos y que puedan ser útiles al objeto con el que está convocada esta comisión. Es usted un hombre que ha tenido una trayectoria muy prolongada, absolutamente ejemplar, en la sanidad pública. Dispone usted de una perspectiva, desde una atalaya, que le viene dada por su experiencia, por su tiempo en el sistema y por su entrega a la sanidad pública de todos los madrileños. Pero no le convocamos por eso, aunque solamente por ese motivo sería razón más que suficiente para que viniera usted aquí a contar y hacernos las estimaciones que creyera conveniente, en realidad, le convocamos porque es usted coautor de un informe de la Fundación Fedea que nos ha parecido que hace aportaciones y propuestas interesantes, que creemos que merecen la pena escuchar. Con ese fin le hemos propuesto a usted que venga, para que nos las cuente en persona y haga aquellas matizaciones y sugerencias que considere que pudieran ser de provecho para esta comisión. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor portavoz. ¿Los otros grupos quieren hacer uso de la palabra en este turno de tres minutos? (*Pausa.*) Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Buenas tardes. Simple y brevísimamente, doctor Mayol, quiero agradecerle que venga a esta comisión a compartir su experiencia y sus ideas; por favor, no las limite únicamente al informe de Fedea. También quiero agradecer al Grupo Popular que le haya invitado aquí, porque tiene usted mucho que aportar. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Doctor Mayol, tiene usted la palabra.

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS** (Mayol Martínez): Señor presidente, señoras y señores, es un honor y un privilegio estar hoy aquí, no es solo por la invitación sino por el reto que supone para alguien que es ciudadano en esta comunidad, y no solo porque tiene un cargo como director médico -en comisión de servicios especiales, porque realmente yo soy profesor titular de Cirugía de la Universidad Complutense de Madrid, pero llevo algo más de cuatro años como director médico-, sino porque me parece que este es un momento crítico para todos nosotros. Me gustaría recordar a todos aquellos profesionales sanitarios, trabajadores sanitarios y conciudadanos que han fallecido y han sufrido como consecuencia de una crisis que no llamaría sanitaria porque es una crisis social, económica y de salud pública que nos ha afectado a todos y que seguramente va a cambiar cómo funcionamos como sociedad.

No voy a hablar como director médico, aunque evidentemente no puedo evitar tener ese gorro y eso aumenta mi experiencia acerca de qué ha pasado en estos meses, sino como coautor de un informe de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada, Fedea, que organizó diferentes grupos de estudio. Uno de ellos, presidido por Javier Vega de Seoane, contactó conmigo para formar parte de ese grupo de expertos y llevar a cabo el estudio. Los coautores son Javier de Vega Seoane, José Luis Bonet, Alicia Coronil, Manel del Castillo, Pere Ibern, Víctor Madera, Pedro Sainz de Baranda y Antoni Trilla; yo soy uno de los representantes de ese grupo. Mi presentación hoy aquí, esta tarde, se va dividir en tres partes: qué se conocía sobre esta crisis, qué hemos aprendido y qué propone este informe. Evidentemente, yo no soy el portavoz del grupo, es un análisis personal y no tengo por qué coincidir al cien por cien con todo lo que dice el informe, pero globalmente, desde luego, lo respaldo.

Empecemos por qué se conocía. ¿Qué se conocía de una crisis como esta? Pues déjenme que les lea un artículo publicado en el año 2009, un editorial, en la Revista Española de Salud Pública que llevaba por título La ética durante las crisis sanitarias: a propósito de la pandemia por el virus H1N1; el autor, Pedro Arias Bohigas, nos decía que desde la epidemia del SARS el mundo ha estado preparándose para una pandemia de gripe con las siguientes asunciones: sería causada por un virus de mediana o alta virulencia; empezaría en el sudeste asiático; como consecuencia de lo anterior, posiblemente habría ciertas dificultades para disponer de datos de calidad, incluyendo el conocimiento detallado del virus, hasta que los países occidentales estuvieran afectados; se produciría más probablemente durante las estaciones de otoño e invierno, solapándose con la temporada de gripe estacional y, sin embargo, hasta el momento parece que solo hemos acertado en el hecho de que se trata de una pandemia de gripe -decía-. Este es un artículo -lo he leído literalmente- de 2009; el mundo estaba esperando que esto ocurriera de una manera u otra.

¿Qué se conocía además? ¿Qué sabíamos de los sistemas sanitarios, de los sistemas de salud más que de los sistemas sanitarios? Pues en esto tengo que citar a Sir Muir Grey, con el que llevamos trabajando tiempo, que dice que los sistemas de salud en todo el mundo, da igual que el modelo sea Bismarck -como en Alemania, Corea del Sur o Francia- o Beveridge -como el nuestro, el de Reino Unido o el de los países nórdicos-, afrontan cinco grandes problemas que son comunes: el primero de ellos es la enorme variabilidad en calidad y resultados en salud de cada uno de esos sistemas. El segundo son los efectos adversos, el daño que causa la intervención por parte de los sistemas; toda decisión sanitaria tiene efectos a favor y en contra, beneficios y daños, y no es menor - y hay toda una estrategia para disminuir el daño- lo que ocurre como consecuencia de la actividad sanitaria. El tercero es el gasto de recursos en intervenciones que no generan ningún beneficio al paciente, de manera que no es que tengamos pocos recursos, es que a lo mejor no los estamos utilizando de la manera adecuada. El cuarto problema es que todo esto de gastar inadecuadamente lleva a desigualdades e inequidad: sobrediagnosticamos y sobretratamos a los que menos lo necesitan, e infratratamos e infradiagnosticamos a los que más lo necesitan, de manera que al final podemos generar un resultado negativo como consecuencia del daño de las intervenciones en personas que no se benefician de ellas o producir una sensación de falsa seguridad. Finalmente, el quinto problema común a todos nuestros sistemas de salud es la dificultad -si no la falta- de

prevención, de capacidad de prevenir enfermedades, y esto ha sido parte del problema que hemos tenido durante este tiempo.

¿Qué hemos aprendido? El informe lo detalla, pero voy a intentar hacer un resumen. ¿Qué hemos aprendido a lo largo de estos meses? Primero, que el reconocimiento de la magnitud de lo que estaba pasando ocurrió demasiado tarde o por lo menos lo suficientemente tarde como para no pusiéramos las medidas adecuadas en el momento preciso. En esto seguro que influyeron sesgos cognitivos por no haber sufrido las pandemias de SARS ni de MERS y por habernos preparado para posibles pandemias por virus causantes de fiebre hemorrágica, que tienen un comportamiento totalmente diferente al de un virus como el actual. Lo dicho: se eligieron intervenciones correctas, pero probablemente, por ejemplo, en Madrid, tarde, porque no pensábamos que los asintomáticos iban a causar la diseminación del virus que se produjo; no teníamos suficientes recursos disponibles ni planes de contingencia robustos; la implementación de las medidas no fue lo suficientemente rápida.

Y no consiste en buscar culpables, consiste en buscar soluciones; si nos pasamos la vida buscando culpables, perderemos tiempo para buscar la solución: como cirujano, a mí lo que más me interesa es encontrar la solución al sangrado, no por qué sangra el paciente. Todos los problemas que todos hemos sufrido afectaron a Salud Pública, a Atención Primaria y, finalmente, a hospitales e instituciones, pero no solo a residencias de ancianos sino también a pacientes institucionalizados en otros dispositivos, porque tenemos que ver el sistema de manera conjunta. Además, los suministros de materiales, de dispositivos y de equipos nos hacían fuertemente dependientes de países que estaban sufriendo también una crisis; de hecho, el mercado se convirtió en lo que se convirtió, con Alemania cerrando sus fronteras para no sacar respiradores porque pensaban que ellos los tenían que utilizar. Esto genera enormes tensiones en el sistema. Aquí tengo que citar a Rafael Bengoa, que dijo que no necesitábamos más respiradores, lo que necesitábamos es que la gente no se infectara; eso lo suscribo totalmente. Evidentemente, una vez que se han infectado, necesitamos los respiradores, pero parece que tiene más sentido luchar por que nuestros conciudadanos no se infecten, porque es la única manera de asegurarnos de que no van a morir como consecuencia de la infección.

Todo esto nos lleva a reconocer algunas necesidades no cubiertas en nuestro sistema: primero, la necesidad de entrenarse en toma de decisiones bajo presión en escenarios de incertidumbre y no estructurados; la mayoría no estamos preparados para eso. Una parte muy importante en el entrenamiento de un cirujano es cómo se aprende a responder cuando todo el mundo querría salir corriendo, si no, empiezas a echar la culpa al instrumentista, al anestesista... Hay cirujanos que tienen ese tipo de comportamientos, ¿no, Mónica? ¿Quién tiene la culpa? Al final, llegas a casa y tiene la culpa el perro. Pero esto es un problema y saber tomar decisiones bajo presión es algo que se entrena, que no surge simplemente por la buena intención de las personas.

Segundo -este es el más grave de todos-, no es que haya diecisiete sistemas sanitarios, es que hay una falta absoluta de interoperabilidad técnica, semántica y organizacional; no llamamos lo mismo a lo que aparentemente debería ser lo mismo y eso hace muy complicado todo lo demás.

Necesitamos un marco ético para gestionar las crisis; de hecho, el artículo que he mencionado hablaba sobre esto. En el año 2009 ya hacíamos una reflexión -que les puedo leer con más detalle- que hablaba de que todo lo que nos ha pasado iba a pasar: hablaba del conflicto entre los derechos individuales y la protección de la salud colectiva; de la necesidad de priorizar a los pacientes que reciben tratamientos especializados; de que las vacunas tardarán en producirse; a título individual, de que los profesionales sanitarios también se enfrenten a dilemas éticos; del miedo al contagio propio; de que los recursos dedicados a monitorizar la pandemia, a informar y educar a la población y a transmitir información a los profesionales serán detraídos de los que se utilizarían para enfermedades o problemas de salud en otros casos, y de que la gestión de la información también implica aspectos éticos, porque qué se dice o qué no se dice tiene una enorme repercusión en cómo se gestiona la pandemia y esto es un problema importante.

Además, tenemos un problema de flexibilidad productiva tanto a nivel nacional como a nivel regional. Hay que recordar que Madrid era la cuarta región más rica de Europa por producto interior bruto, pero la flexibilidad a la hora de cambiar la producción no parece que haya sido adecuada.

Tenemos problemas con la innovación, para convertir el conocimiento en acción. Esta es una región con una enorme cantidad de conocimiento, pero tener mucho conocimiento no garantiza que uno sepa ponerlo a funcionar. Ese es otro reto importante.

Finalmente, necesitamos ciclos de mejora continua: tener resultados fiables, analizar qué ha pasado y corregir, porque si no será imposible avanzar.

Por eso, me gustaría terminar esta parte con una cita textual de este informe: "Esta pandemia nos ha enseñado que la prevención, la planificación y la visión de largo plazo son piedras angulares, ya que no solo habrían evitado la pérdida de vidas, sino también un menor coste emocional y económico. España afronta un reto sin precedentes en tiempos de paz, que puede materializarse en una destrucción de un gran número de puestos de trabajo y de empresas, y una contracción del producto interior bruto este año que podría superar el 10 por ciento".

Lo siguiente es qué propone este informe, qué proponemos. Mi reflexión es que no podemos instalarnos en una cultura de pasividad, de espera e inacción, esperando que alguien venga a solucionar los problemas; tenemos la obligación de responder a esta crisis. Nuestra sociedad tiene que reaccionar y tomar medidas y las riendas en el diseño, la planificación y la implementación de medidas que nos saquen de las crisis económicas y de salud a las que nos enfrentamos. Voy a pasar a los tres epígrafes de propuestas: reformas coyunturales, reformas estructurales del sistema sanitario y reformas del entorno público.

En cuanto a las reformas coyunturales, no puede ser de otra forma, proponemos reforzar Salud Pública y Atención Primaria; si no ponemos el foco ahí, se van a producir problemas, seguro, y reforzarlo no solo supone poner más recursos, también supone modificar el funcionamiento, la organización, pasar de modelos verticales en silos a modelos en red, a modelos de colaboración. Sin duda, Salud Pública, aquella parte del sistema sanitario que se ocupa de la salud de la población en

general, no ha recibido la atención necesaria y deseable -afirma el informe-, siempre con una escasez importante de medios y de visibilidad política y social. Algunas condiciones necesarias que menciona el informe son coordinación eficaz con el European Center for Disease Prevention and Control, cuyo papel también debe ser revisado a fondo en el seno de la Unión Europea; crear una estructura en red, presente en todas las comunidades autónomas; dotarse de personal especializado y de recursos materiales informáticos comunes; potenciar las redes de vigilancia epidemiológica; mejorar sustancialmente la capacidad de laboratorio de realizar diagnóstico rápido, que incluya microorganismos no habituales en aquellas situaciones en las que se considere necesario; impulsar la red de unidades de aislamiento de alto nivel, y aumentar su peso específico -el informe se refería a España- en materia de salud pública en los organismos europeos. El informe dice que es urgente disponer de planes de preparación para afrontar la evolución de esta pandemia y otras crisis sanitarias que puedan producirse en el futuro.

En cuanto a la dotación de recursos ante emergencias, el sistema debe dotarse de una reserva estratégica -es evidente- de equipos de protección individual, pruebas diagnósticas, equipamientos de electromedicina y suministros médicos para poder hacer frente a nuevas situaciones como la que hemos vivido. Los hospitales deberán disponer de planes de contingencia para la ampliación rápida de recursos en urgencias, plantas de hospitalización y UCI. Y más allá de la respuesta a la actual situación, el incremento de riesgo de una nueva crisis sanitaria, ligado a la globalización, hace necesario una reflexión sobre la conveniencia de disponer de mecanismos que garanticen la producción propia de algunos materiales necesarios en situaciones similares.

En cuanto a las reformas estructurales, el informe habla de flexibilización de la gestión, con tres aspectos: gestión del presupuesto, evitando las rigideces de las partidas presupuestarias que no aportan valor a la gestión del centro sanitario; gestión de los ingresos, introduciendo incentivos para facturar los servicios prestados a ciudadanos extranjeros comunitarios o con seguros; finalmente, gestión de los recursos humanos, eliminando las limitaciones que los centros asistenciales tienen para seleccionar, incentivar o desvincular a los profesionales, lo que dificulta la capacidad de traer y retener el talento.

En cuanto a la innovación en modificaciones estructurales, la epidemia del COVID-19 ha incorporado en semanas algunas innovaciones organizativas, fundamentalmente el trabajo en equipo, que resultaban extremadamente difíciles de hacer previamente. Evidentemente, aquí tengo que aportar mi experiencia como director médico. Hemos tenido grupos de profesionales dirigidos por un internista con cardiólogo, neumólogo e incluso cirujano ortopédico; los traumatólogos, que suelen ser las personas con peor fama en cuanto a la implicación -pobrecitos-, han trabajado como nunca. ¿Por qué? Porque había confianza. ¿Y cómo se genera confianza en nuestro sistema? De dos maneras: primero, con la congruencia de objetivos, estaba muy claro que todos buscábamos los mismos objetivos, y, segundo, con la simetría, eso que Taleb llama jugarse la piel, y es que todos nos jugábamos lo mismo, porque, en cuanto las personas notan que alguien se juega más que otro, que alguien pone más que otro, se genera desconfianza. Este es un problema importante en nuestras sociedades y más en un modelo de transformación digital. Todos debemos dejar claro que todos

tenemos que jugarnos lo mismo y rendir cuentas por lo que hacemos, porque si no generaremos desconfianza.

Además, señalamos la necesidad de atención a la dependencia y a la atención residencial a la dependencia. Esto ha sido un problema que no podemos ocultar, porque tenemos que considerar que el ciclo asistencial es completo, desde que el paciente consulta por primera vez en Atención Primaria o es visto en Salud Pública hasta el final. Si no conceptualizamos así el sistema de salud, estaremos fallando a nuestra sociedad.

Finalmente, se propone una agencia independiente de evaluación de resultados y tecnologías sanitarias, porque evidentemente hemos tenido necesidad de coordinar la validación de tecnologías. De repente ha surgido la producción aditiva, la manufacturación aditiva, pero ¿quién valoraba esto? ¿Quién validaba que, en ausencia de otra cosa, lo que teníamos a mano era bueno para lo que necesitábamos?

Por último, las reformas en el entorno público. En cuanto a las reformas del entorno público, el informe dice, pese a la unanimidad en que los servicios públicos saldrán reforzados de esta crisis, que esta crisis debería ayudarnos a pensar en un nuevo modelo de organización. El sistema de salud ha funcionado siempre con silos, hay silos entre Primaria y hospitales; dentro de los hospitales, hay silos entre los servicios e incluso, dentro de los servicios, entre las unidades: si hay cirugía colorrectal, no se habla con cirugía de la pared abdominal; cirugía de la pared abdominal no se habla con cirugía hepatobiliopancreática... Eso, que probablemente tiene múltiples factores como causa -uno de ellos es el reduccionismo científico-, tiene que cambiar si queremos mejorar los resultados para los ciudadanos en el ciclo asistencial completo. Probablemente, eso nos permitiría redirigir recursos no eficientemente gastados en un hospital a Atención Primaria, a la que seguro que hay que dedicar más esfuerzos, ¡seguro!, y lo digo como director médico de un hospital, no me cabe la menor duda. No pido que se den menos recursos a los hospitales, lo que pido es que Atención Primaria tenga una dotación adecuada de personas y recursos para hacer posible responder, y no solo a esta crisis, recuerden que en otoño vienen el virus respiratorio sincitial, la gripe y lo que pase con SARS-CoV-2, más todos aquellos ciudadanos pacientes que no han podido recibir tratamiento durante este tiempo y que no pueden seguir viendo demorada su asistencia mucho más. Con esto termino. Muchas gracias, señor presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctor Mayol. Entonces, empezamos el turno de los grupos. Tiene la palabra la señora portavoz de Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie, señora Lillo.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes y muchas gracias, señor Mayol; bienvenido a esta comisión de estudio. La verdad es que ha sido interesante escuchar esta intervención y el informe -del que también disponemos- para profundizar en algunos temas. Sin querer agotar todo el tiempo -eso espero, aunque al final, siempre que lo decimos, lo agotamos, pero creo que hoy lo importante es escuchar a los comparecientes-, me gustaría hacer

una serie de preguntas para que concretase alguno de los elementos que ha dicho usted y que están recogidos en el informe.

El propio informe habla de las deficiencias -la detección y la prevención- y, luego, de las buenas prácticas que se han puesto en marcha durante esta pandemia; una de ellas es la coordinación de la sanidad privada y pública, y pone de ejemplo a la Comunidad de Madrid, de la que habla particularmente. Entonces, aquí pediríamos que nos pudiese dar más detalles, ejemplos prácticos, que hablen de esa coordinación entre la sanidad pública y privada, porque es cierto que durante este tiempo, a través de mi grupo parlamentario y de otros grupos, ha habido una reivindicación y una petición de información sobre esa coordinación y ese mando único. Con el tiempo hemos visto que en ciertas fechas se han dado situaciones, lamentablemente por lo que ha pasado con los protocolos de exclusión sanitaria de personas mayores, en las que se nos decía que había UCI libres en la sanidad privada. Cuando se habla de mando único, quiero explicar a qué nos referimos. Puede ser un mando único y que de manera única se entienda que en la sanidad privada se van a reservar ciertas camas o UCI para aquellos que tienen un seguro privado. Entendemos que eso puede ser mando único, pero no responde al interés general, que debería ser defendido siempre, y sobre todo en una situación, con una crisis sanitaria y en un estado de alarma, en la que por ley tiene que prevalecer el interés general frente al particular. Pues sobre esa coordinación entre la sanidad pública y la sanidad privada queremos que nos hable. Además, habla de coordinación de UCI desde un mando único, pues queremos que dé más detalles también de la experiencia, y no solamente del mando único, sino también de qué instrucciones se dan y de si realmente se ponen los recursos a disposición de toda la población sin hacer diferencias por el sistema que cada uno haya elegido.

Sobre Salud Pública, nos alegramos del reconocimiento, es decir, de la importancia de Salud Pública y de Atención Primaria, pero creo que es de justicia recordar nuestro caso concreto, puesto que estamos en la Comunidad de Madrid. La Comunidad de Madrid tenía una Dirección General de Salud Pública que fue desmantelada y eliminada en 2008; de hecho, desde su recuperación en 2015 ha estado infradotada de recursos. También queremos saber cómo la ha podido afectar y, en general, creo que hay que hablar sobre cómo ha afectado la situación en la que la sanidad madrileña estaba para hacer frente a esta pandemia, evidentemente. Esto se evidencia cuando dice que todo el mundo está de acuerdo en que los servicios públicos saldrán reforzados y que tenemos que valorarlo, pero también creo que nos armamos de más razones con el planteamiento de cómo ha afectado la situación o la falta de inversión en ciertos elementos para hacer frente a esta pandemia. Además, en el caso de Salud Pública, en la Comunidad de Madrid no fue hasta el 14 de mayo; de hecho, hay una reestructuración de la consejería con una nueva viceconsejería. Entendemos que el compromiso tiene que ir más allá de poner una viceconsejería nueva y de hablar de un plan COVID, sobre todo cuando hemos preguntado qué presupuesto y qué plan a largo o medio/largo plazo hay, y no sabemos nada. Entendemos que se tiene que poner en marcha. Más allá de que en el BOCM aparezca que se crea una viceconsejería, realmente se tiene que dotar de recursos y de una estructura acorde a las necesidades. También queremos saber qué opina sobre esa cuestión.

Sobre el marco ético que ha planteado, también creo que es un punto importante. Aquí voy a recordar las palabras que han dicho los propios compañeros y compañeras de la Comisión de Sanidad, que son profesionales sanitarios. Han hablado de dificultades al tener que tomar decisiones, de actuar en esas situaciones de estrés y de que al final parece que la responsabilidad recae sobre el individuo o que es el criterio individual el que decide que se actúe de una u otra manera, al no haber generado esos marcos que hacen que por lo menos no recaiga todavía más presión en el desarrollo o en la tarea profesional en momentos tan delicados. Entonces, queremos saber qué propuestas hace en ese entorno o qué considera que podríamos trabajar desde la Comunidad de Madrid.

Sobre Atención Primaria, nos alegramos, y mucho, de hablar e incidir en la importancia del refuerzo en Atención Primaria. Además, creo que esto también es un ejemplo de cómo hemos tenido que hacer frente a la pandemia en la Comunidad de Madrid. Es decir, estábamos a la cola en esas inversiones, muy por debajo de la media, en un once y pico por ciento frente al catorce y pico del Estado, y menos del veinte por ciento recomendado por la OMS. Y ya no es solo cómo estábamos antes del COVID, sino las decisiones que se tomaron cuando estamos en COVID, con ese cierre de más de cien centros de salud para dotar de personal, con los profesionales de Atención Primaria, al hospital de campaña de Ifema. También queremos saber qué valoración hace de esa cuestión.

Para terminar, porque al final agoto todo el tiempo, queremos saber las consecuencias que tiene el COVID o cómo abordar, para hacerle frente, lo que ha supuesto COVID para todas las personas que tienen patologías que no son COVID, que es con lo que ha terminado la intervención, porque evidentemente esto ha supuesto una paralización en el tema de las listas de espera y otra serie de consecuencias para esas personas, que no pueden esperar más a tener esa asistencia garantizada. También nos gustaría que pudiese hablar un poco al respecto de qué esfuerzo o dónde tendríamos que poner los esfuerzos para intentar llegar, como mínimo, a normalizar -no sé si la palabra sería normalizar- lo máximo posible la situación que se ha generado. De nuevo, quiero agradecerle su intervención.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo. Por el Grupo Parlamentario Vox, la señora Joya.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, presidente. Muchas gracias, doctor Mayol, por su presencia y su comparecencia; ha sido muy interesante todo lo que nos ha contado. Igualmente, quería hacerle una serie de preguntas y observaciones.

En primer lugar, a usted le he oído y leído opinar sobre el papel que ha representado la Organización Mundial de la Salud a la hora de prevenir esta pandemia; quería preguntarle si usted cree que la Organización Mundial de la Salud ha hecho todo lo que ha estado en su mano para alertar verdaderamente del peligro que suponía esta pandemia. Es cierto que ha dado avisos, pero, en su opinión, cuando una entidad como la Organización Mundial de la Salud percibe que los países no estaban respondiendo o que no se estaban dando cuenta del peligro que verdaderamente suponía esta pandemia, ¿cree que se ha implicado hasta el fondo para no dejarlos a su suerte: yo avisé, yo

avisé, pero no me hicieron caso? ¿Se ha implicado a fondo, al máximo, para verdaderamente concienciar a los países de lo que les venía, si es que la Organización Mundial de la Salud tenía claro lo que venía? Creo que entiende cuál es mi pregunta: a veces con avisar no vale y más si uno avisa y ve que los países no están respondiendo. En mi opinión, la Organización Mundial de la Salud se ha quedado un poquito corta a la hora de implicarse en alertar a los países, o sea, si tú estás alertando y ves que los países no se están enterando, tienes que hacer algo más.

Dicho esto, y volviendo a España, ha hablado usted de la falta de interoperabilidad; no puedo estar más de acuerdo, empezando por los servicios. Todos sabemos lo que es hacer una interconsulta, muchas veces en un mismo hospital. Si los propios departamentos y servicios no nos comunicamos, ¡qué no pasará entre los hospitales! En este sentido, quería preguntarle cómo valora usted el funcionamiento de la relación entre los hospitales, hablo de todos, tanto de hospitales públicos como de privados, en esta epidemia. ¿Cómo ha funcionado la comunicación? ¿Verdaderamente ha funcionado como dijo el señor consejero que iba a ser Madrid, como un solo hospital? ¿Cree que ahí podemos reforzar? ¿Y qué fallos cree que ha podido haber de comunicación a efectos de recursos entre ellos? Luego, por supuestísimo, qué duda cabe, la interoperabilidad entre niveles asistenciales, es decir, la falta de comunicación entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria es histórica, ¡es histórica!; siempre han funcionado como dos niveles asistenciales prácticamente independientes. Yo, personalmente, he trabajado en Hospitalaria y en Primaria y sé que los profesionales de Atención Hospitalaria en cierta medida no son conscientes de lo que sus compañeros de Atención Primaria representan, es decir, en Hospitalaria muchas veces no se conoce, ¡no se conoce!, Atención Primaria. Los profesionales de Atención Hospitalaria funcionan un poco de espaldas a Primaria y no conocen a muchos de los compañeros ni cómo funciona Primaria. ¡Esto no se puede permitir! Esto es algo con lo que hay que acabar, porque nuestro sistema sanitario peca de hospitalocentrismo. De hecho, es cierto que en esta epidemia, tal vez por falta de tiempo y de previsión o porque el tsunami ha llegado como ha llegado, nos hemos pertrechado en los hospitales a recibir a los enfermos, cuando habría que haberse volcado en Primaria, porque hubiera sido un elemento de contención fundamental, en primer lugar, para evitar esos desplazamientos a urgencias; ha habido mucha gente que ha llegado a urgencias y hubieran podido ser atendidas en los domicilios, en atención domiciliaria Y, además, porque se hubiera podido llevar a cabo un control evolutivo que hubiera evitado que mucha gente llegase a los hospitales en una fase de la enfermedad ya prácticamente irreversible. Entonces, hay que valorar Atención Primaria, hay que valorar a los profesionales de Atención Primaria, hay que volcarse en Atención Primaria y, verdaderamente, hay que reconsiderar Atención Primaria. Un sistema sanitario que no tiene su base en una Atención Primaria sólida y fuerte, al final, es un sistema que se desmorona, porque uno de los pilares fundamentales para la buena salud de la población es Atención Primaria.

Quería preguntarle por la atención geriátrica. Mirando hacia el futuro, ¿cómo concibe la atención a la población geriátrica en el sistema? Es decir, ¿cree que se debe invertir en hospitales monográficos especializados en geriatría o que deben seguir siendo los hospitales generales los que asuman la población geriátrica? En este sentido, ¿cómo cree usted que el sistema sanitario debe adaptarse a la nueva situación de la población que tenemos, que es una población de edad avanzada

y envejecida? ¿Cuál es su opinión respecto a cómo cree se puede mejorar la atención médica en las residencias? ¿Tiene algún concepto o alguna idea de lo que podría ser un modelo?

Luego, otros niveles. Por supuesto, hemos hablado mucho de Salud Pública; hay mucha gente y muchos ciudadanos que han empezado a oír hablar de Salud Pública ahora. Pero no nos podemos olvidar tampoco de la sanidad exterior; la sanidad exterior ahora juega un papel fundamental. La mayoría de la población conoce la sanidad exterior si ha tenido que viajar al extranjero y ha tenido que ir a vacunarse de algo o a que le receten un medicamento extranjero, poco más, pero ahora cobra un papel muy importante en un mundo globalizado como en el que estamos. En este sentido, también querría preguntarle qué valor le da usted al control en fronteras. ¿Cree que es inevitable que el virus se nos escape? ¿O cree que se puede reforzar, que el control en fronteras verdaderamente es eficaz? ¿O es de los que piensa que el virus, sí o sí, va a entrar por donde sea, porque la epidemia va donde la llevan y no hay nada que hacer?

Para terminar, sobre el sistema de manejo de publicación de datos estadísticos -la transparencia a todos los niveles, ¡a todos los niveles!-, me gustaría saber cómo valora usted cómo se han transmitido los datos, cómo manejan los datos, cómo los va a manejar el propio sistema sanitario y si estamos preparados para manejar el volumen de datos que tenemos acumulados y almacenados ahora mismo y que tendremos que ir analizando a lo largo de estos meses que vienen. Nada más. Muchas gracias. Yo también he acabado con el tiempo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. Por el Grupo Parlamentario Más Madrid, tiene la palabra la señora García.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, presidente. Lo primero, bienvenido, señor Mayol. Nos interesan sus tres facetas, no solo la de coautor del informe de Fedea, también las de director médico y profesional. Le hago una comparación: cuando decimos que no vamos a usar nuestro tiempo es como cuando un cirujano dice que ya está cerrando (*Risas.*); más o menos, es el mismo concepto.

Usted ha empezado hablando de un informe sobre ética del año 2009; efectivamente, creo que una de las cosas que ha faltado en esta epidemia es haber sido capaces de aunar, a través de los comités de ética o de estructuras superiores, unos protocolos que pudieran haber facilitado la profesionalidad de los clínicos. Lo que pasa es que aquí, en la Comunidad de Madrid, tenemos un problema, y no solo en la Comunidad de Madrid sino también en muchas comunidades, y es que no estábamos preparados para la pandemia, igual que tampoco estamos preparados para la gripe. Usted sabe, como director médico de un hospital, que todos los años en la época de gripe nuestras urgencias y nuestros hospitales en la Comunidad de Madrid se colapsan; luego ya teníamos un apriorismo. Podíamos haber hablado del Ébola y haber pensado en el SARS, en el MERS y en todo eso, pero a una epidemia bastante previsible que tenemos aquí todos los años tampoco hemos sido capaces de darle respuesta, así que era muy difícil que a esto le diéramos respuesta.

Usted nos ha hablado de cinco puntos, que son muy interesantes. Sobre la variabilidad de los resultados en salud, efectivamente, si no medimos los resultados en salud, es muy difícil que seamos capaces de hacer un benchmarking para saber cuál es la exactitud y cuáles son los mejores procedimientos para nuestra salud. Evitar efectos adversos tiene que ver también con un coste de oportunidad. Lo que nos estamos gastando -usted ha hablado también del gasto innecesario- en unos sitios no lo estamos gastando en otros, y esto se aplica a todo: a la tecnología, a las privatizaciones, a los lucros, etcétera; es decir que se aplica a todo. Todo aquel dinero destinado a salud que no se destina a salud, al final, se pierde; es lo que se llama en economía coste de oportunidad. Y habla también de la capacidad de prevención; efectivamente, aquí, en esta comunidad, nos desprendimos de la Dirección General de Salud Pública en el año 2008, la hemos recuperado en el año 2015, pero no hemos sido capaces ni siquiera de conseguir los profesionales que había en el año 2008, luego partimos de un déficit.

¿En qué hemos aprendido? Usted dice que llegamos tarde; yo coincido con esto. Y me gustaría que nos hiciera una valoración, dentro del hospital -porque de alguna manera a mí es una cosa que me inquieta-, sobre qué no vimos. ¿Qué no vimos en las urgencias? Por supuesto, en Atención Primaria no fuimos capaces de verlo. Y en Salud Pública no fuimos capaces de verlo; de hecho, los informes epidemiológicos del día 9 de marzo hablaban de que no había transmisión comunitaria, cuando obviamente la había; luego no teníamos los radares conectados. ¿Pero qué pasaba en los hospitales? ¿Qué pasaba en las urgencias? ¿Hubo un aumento en la frecuentación? ¿Se cruzó la frecuentación con la gripe? ¿Hubo más aumento de ingresos respiratorios? Hay algo que se nos ha escapado, y es algo que seguramente no tenga nada que ver con lo que ha dicho usted de que, de alguna manera, no estábamos preparados para esto. Queremos saber qué datos se nos han escapado para aprender y que no se nos vuelvan a escapar. No podemos tener las urgencias colapsadas y pensar que un aumento de la frecuentación de las urgencias nos va a dar una alarma, porque es imposible, porque ya las tenemos colapsadas. Y no podemos tener los hospitales en periodos de gripe colapsados, porque efectivamente un aumento de la frecuentación o de las patologías respiratorias no nos van a dar la alarma. Entonces, ahí partimos de una deficiencia.

También nos ha hablado usted de que no teníamos recursos suficientes. Efectivamente, en medicina no buscamos culpables, buscamos causas; a través de los procesos causa-raíz, a partir de algo que ha sucedido, que es un evento adverso, somos capaces de llegar a la causa, y queremos llegar a la causa para que no vuelva a suceder. Y en política buscamos culpables; seguramente, en esa búsqueda de culpabilidades perdemos realmente la esencia, que es buscar las causalidades.

Me gustaría que usted también me dijera algo sobre lo que nos ha contado de la toma de decisiones. Mi sensación -es una sensación particular- es que realmente los profesionales sí que hicieron una toma de decisiones rápida, urgente, sobre el terreno y muchas veces basada en la falta de recursos, y que faltó una toma de decisiones rápida de la misma naturaleza desde arriba, faltó una toma de decisiones por parte de los altos directivos, de las capas directivas, porque en las urgencias y en las UVI fuimos capaces de hacerlo, pero no había nada que nos dijera cómo.

Creo que ha habido autogestión, que, como usted bien ha dicho, ha creado realmente un caldo de cultivo profesional para hacer equipos multidisciplinares. Se ha olvidado un poquito de la enfermería; creo que también han tenido un papel absolutamente fundamental, incluso me atrevería a decir que han asumido roles que no les competían, por ejemplo, en las UCI, y, aun así, han dado el 150 por ciento, teniendo en cuenta que no estaba dentro de sus competencias o de su especialidad. Creo que la enfermería ha sido fundamental, así como el resto de profesionales y de voluntarios, que desde fuera nos han traído material, con 3D y los Coronavirus Makers; es decir que ha habido un vuelco total de toda la sociedad.

Nos hablaba también de la interoperabilidad entre las comunidades, pero aquí, en la Comunidad de Madrid, tenemos un problema de interoperabilidad entre los propios hospitales, y usted lo sabe. Tenemos cuatro sistemas informáticos; no vamos a entrar en las causas. Es muy difícil tener un sistema sanitario en el que conviven dos sistemas sanitarios, uno privatizado y otro público, pero además el público tiene tres sistemas informáticos. Es muy difícil que así seamos capaces de interoperabilizarnos.

La gestión del conocimiento. Somos una empresa del conocimiento y, sin embargo, nuestra empresa no nos provee de conocimiento. Entonces, me gustaría que usted hiciera una valoración de cómo tenemos que formarnos realmente, con formación continuada, los profesionales.

Hablaba de las reformas coyunturales en Atención Primaria, en las que obviamente coincidimos; creo que coincidimos todos, otra cosa es que seamos capaces realmente de hacerlo, porque de Atención Primaria se habla siempre de que es la base, es el pilar, pero aquí nadie pone dos euros más para Atención Primaria. En esta crisis Atención Primaria ha tratado a 326.000 pacientes y en la hospitalaria hemos tratado a 43.000, obviamente en grados de gravedad diferentes, pero claro que ha llevado un peso fundamental; por decirlo de alguna manera, Atención Primaria ha llevado más peso que los hospitales; insisto, tiene que ver también con la gravedad de la situación, pero 326.000 según la última página publicada.

Y, sí, la salud pública -ya lo he dicho alguna vez- no gana elecciones; es así. Inaugurando o metiendo una excavadora ahora mismo en Valdebebas puedes hacer una bonita imagen corporativa de trabajo en la sanidad pública, pero con Salud Pública no. Entonces, realmente tenemos que apostar por el "saludpublicocentrismo"; sí, "saludpublicocentrismo", porque básicamente nos ha demostrado que nos va la vida en ello.

Habla usted también del presupuesto y de la rigidez. A su hospital aquí, en esta Cámara, le presupuestamos todos los años entre 60 y 70 millones de euros menos de lo que ustedes gastan; es decir que ya no es solo rigidez sino que no estamos presupuestando bien, estamos haciendo un presupuesto que no tiene nada que ver con la realidad. Les presupuestamos 330 millones de euros y ustedes el año 2017 se gastaron 390 millones; claro, entonces, no es rigidez; al revés, hay una flexibilidad de 60 millones. Lo que pasa es que no sabemos ni dónde ni cuándo, ni cómo nos los gastamos, y no somos capaces de decir: se han gastado 400 millones de euros, ¿cuáles son las

necesidades realmente del Clínico?, ¿del 12 de Octubre?, ¿del Marañón? ¿Cuáles son? Presupuéstémoslas. Ahí partimos ya de la base de que es un presupuesto ficticio o presupuesto fantasma, que es como nosotros lo llamamos.

Las camas. Ustedes tienen 860 camas instaladas y, sin embargo, hay 709 útiles. Estamos construyendo ya un hospital de pandemias y, sin embargo, en cada hospital debemos de tener unas 150 camas menos. En mi hospital debe de haber como 300 camas menos. Quiero decir que, obviamente, durante estos años lo que hemos hecho ha sido una reducción de camas, que podía tener sentido en esas circunstancias, pero que obviamente ahora no tiene sentido, y su hospital tiene 150 camas menos.

Luego, me gustaría que nos pudiera hacer una valoración de la relación de su hospital con las residencias, porque me parece que la respuesta ha estado muy atomizada. De alguna manera cada hospital tenía su red sociosanitaria, no había una red sociosanitaria establecida realmente, no había conexión entre las dos consejerías, pero sí había vínculos de cada hospital con algunas residencias, algunos más cercanos. Seguramente, con las residencias públicas habría facilidad a la hora de hacer un seguimiento a los pacientes o a los residentes, mientras que en otros hospitales o en otras residencias no ha habido esa coordinación, porque no podemos esperar a crear una coordinación sanitaria de la nada en plena pandemia. Entonces, me gustaría que usted nos dijera realmente, desde el Clínico, cómo está y cómo habría que reforzarla. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García. Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, la señora López.

La Sra. **LÓPEZ MONTERO**: Gracias, señor presidente. Señor Mayol, le damos la bienvenida a la Asamblea de Madrid y agradecemos enormemente su comparecencia ante esta comisión de estudio, que sin duda, por su experiencia en el ámbito sanitario y con todo lo que ha expuesto aquí, nos va a ser muy útil para ayudarnos en la difícil tarea de buscar soluciones, y hemos tomado buena nota.

La crisis sanitaria del COVID ha supuesto un desafío de proporciones enormes en todos los niveles y ha tensionado nuestro sistema de salud; esto ha hecho sin duda que se pongan de manifiesto ciertas limitaciones o puntos débiles del sistema sanitario tal y como venía funcionando hasta ahora. Es fundamental, por lo tanto, analizar y aprender de lo vivido para que seamos capaces de volver a enfrentar una situación similar o, mejor aún, poder prevenirla, como bien ha comentado usted en su intervención, para evitar de raíz una tensión sobre el sistema sanitario que además luego trae unas horribles consecuencias socioeconómicas.

Ya nos ha comentado usted aspectos concretos, muy interesantes, que ha ido aprendiendo durante estos meses, como, por ejemplo, que considera que el peor error ha sido la falta de previsión, debido en parte a la falta de conocimiento, como, por ejemplo, que los asintomáticos podían propagar el virus de la forma en la que lo hacen, y también que no existían suficientes planes de contingencia.

Ha hecho hincapié en la prevención; este es un tema clave, ya que ahora es el coronavirus, pero en el futuro puede haber otro tipo de retos, como virus causantes de fiebres hemorrágicas, serovirus, etcétera. Nos ha parecido también muy interesante su consideración sobre el entrenamiento en la toma de decisiones en situaciones de estrés alto.

Ha mencionado también la falta de flexibilidad y la necesidad de convertir el conocimiento en acción. Nosotros creemos que eso pasa necesariamente por apostar de forma decidida por la investigación y la innovación en el ámbito médico; por ello, nos gustaría que nos diese su visión sobre la investigación biosanitaria desde su papel como director médico del hospital, pero también como coordinador de la unidad de innovación del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. La evidencia sobre la importancia de la investigación está en que ahora todos tenemos nuestras esperanzas puestas en las vacunas. Pero también lo más urgente, sobre todo al inicio de una pandemia nueva y desconocida, es ser eficientes, flexibles, rápidos y capaces de encontrar tratamientos efectivos hasta que pueda venir una vacuna, que tardará bastante tiempo, si se encuentra.

Al principio de esta pandemia ni siquiera se conocían con claridad los tratamientos que podían funcionar, aunque, como ha dicho, los expertos nos venían avisando de que en algún momento iba a emerger una pandemia de origen viral de este tipo. En este sentido, precisamente su hospital fue pionero en participar en un ensayo clínico para buscar y evaluar tratamientos, algo lógicamente imprescindible y que redundaba en evitar fallecimientos y en reducir los ingresos y los tiempos de hospitalización. Nos gustaría, si puede, que desarrollase lo que han aprendido durante el desarrollo de estos ensayos clínicos y saber si han servido para mejorar significativamente la salud de pacientes ingresados más tardíamente con respecto a los que acudían a los hospitales durante los primeros días de emergencia del COVID en Madrid.

En este sentido, los institutos de investigación sanitaria se encargan de fomentar la investigación y de ser la plataforma de traslación de los resultados de esa investigación a la práctica clínica en los hospitales; por lo tanto, consideramos que son un motor que hace evolucionar a la sanidad. Su fortaleza reside en que cuentan con equipos multidisciplinares y en que desarrollan proyectos transversales que desembocan en la obtención de conocimientos, aplicaciones y procesos orientados a mejoras en la práctica clínica asistencial, en lo que al final el paciente recibe. A pesar de ello, la investigación biomédica sigue siendo la parte menos conocida del sistema sanitario y, posiblemente, la menos apreciada como urgente por la sociedad, porque sus instalaciones normalmente no son accesibles a los pacientes y su función se desarrolla entre bambalinas, pero desde luego eso no quita para que no sean una parte imprescindible en la mejora sustancial y tangible de la asistencia clínica.

En Ciudadanos estamos interesados en conocer su valoración sobre la necesidad de potenciar aún más la investigación hospitalaria y acercarla cada vez más a la práctica asistencial. La investigación biomédica comprende muchos aspectos complementarios, como la investigación científica básica en placa de Petri, los ensayos preclínicos y su traslación a fases clínicas; la innovación

en la gestión clínica y en los procesos asistenciales, como ha mencionado; la necesaria transformación digital y la investigación en red, en colaboración, que permite sumar esfuerzos con otras instituciones científicas y sanitarias, que también ha citado con referencia a la interoperabilidad, y el soporte de sistemas de recogida y análisis estadístico de los datos médicos. Le preguntamos si usted considera que alguna de estas áreas es prioritaria o si deberían reforzarse todas en su conjunto, y de qué forma concreta podría hacerse. Le solicitamos también una valoración general sobre el papel de la investigación y la innovación sanitaria, para hacer que investigación y asistencia tengan cada vez límites más difusos, que nos hagan tender hacia una medicina más personalizada, eficiente y humanizada.

No quisiera extenderme mucho más, porque lo importante es escucharle a usted hoy. Me quedo con su reflexión de dejar atrás la pasividad y tomar las riendas de la situación. Sin más, para finalizar, le reiteramos nuestro agradecimiento por sus contribuciones en la comisión de reconstrucción. Por nuestra parte, en Ciudadanos nos comprometemos a estar a la altura y haremos todo lo que esté en nuestra mano para aprender de su intervención, para dialogar y para llegar a consensos útiles en beneficio de todos los madrileños que perduren más allá de nosotros; tenemos que transformar esta crisis en una oportunidad para salir reforzados y mucho más fuertes para el futuro. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora López. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Doctor Mayol, muchas gracias. Puede que le parezca gracioso e inverosímil, pero le aseguro que habíamos acordado reducir nuestras intervenciones al máximo para que usted tuviera más tiempo para hablar. El Grupo Popular, siguiendo ya una larga tradición, se va a atener a su palabra; solamente digo una cosa: nos gustaría que abundará en su perspectiva de colaboración pública-privada, con una intención, evidentemente, diametralmente opuesta a la de la señora Lillo. Por lo demás, nada más que agradecer su comunicación en esta comisión. Ha sido un verdadero placer escucharle y un verdadero honor tenerle a usted con nosotros. Quiero reiterarle las gracias por parte del Grupo Popular: muchas gracias, doctor Mayol.

El Sr. **PRESIDENTE**: Decir que ha cumplido usted el compromiso a rajatabla es poco, y no se me ocurre ninguna palabra más. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor presidente. Sin que sirva de precedente, en este caso actuaremos de acuerdo con lo acordado previamente y, si el señor presidente cede mi tiempo al ponente, yo estaré muy feliz y muy contento.

Únicamente quiero hacer unas precisiones, doctor Mayol. En primer lugar, muchas gracias; lo que ha comentado es muy interesante y muy valioso. Ha citado el informe de Fedea; honestamente, lo había leído; tuve que consultar en la Wikipedia eso de la redarquía, que no estaba en mi diccionario, pero tanto el informe como usted hacen una suerte de diagnóstico de los problemas

comunes a todos los sistemas. Me faltan dos cosas importantes, que le ruego que haga: primer punto, diagnóstico, cuáles son los problemas específicos del sistema sanitario español y, dentro del sistema sanitario español, Madrid, que, por ejemplo, es la comunidad que menos invierte per cápita y que tiene una ley de buen gobierno que no cumple. Son elementos de diagnosis. No podemos aplicar una terapia general. Segundo punto, sobre algunas de las terapias que plantea el informe, por ejemplo, la potenciación de Salud Pública y de Atención Primaria, ¿cuál sería su traducción aquí, a la realidad concreta de Madrid? ¿Qué opina, por ejemplo, del hospital de pandemias? Sé que le pongo en un apuro, no necesito que me responda a esto, porque lo tenemos claro y todos los diputados también saben exactamente qué opinamos nosotros y qué opinan los expertos. Por último y más importante, al final de este ejercicio vamos a tener que concluir y consensuar unas recomendaciones para que el Gobierno las cumpla, ¿cuáles serían sus sugerencias a este grupo? Tomaré nota cuidadosísimamente. Muchas gracias de nuevo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Doctor Mayol, tiene usted la palabra. Yo iba a ser flexible, pero, si soy flexible, aparte del tiempo que le han cedido, va a estar usted todo lo que quiera; usted verá.

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS** (Mayol Martínez): Intentaré atenerme lo máximo posible al tiempo y no consumirlo; además, hay otra persona que está esperando participar.

Las reflexiones que han hecho, evidentemente, a mí lo que me hacen concluir es que todos estamos interesados en lo mismo, que es conseguir un sistema de salud que responda a los retos actuales en un contexto muy variable, en el que tenemos, como dije antes, epidemias cíclicas y recurrentes: para la gripe hay planes de invierno todos los años y este año no va a faltar, para el virus respiratorio sincitial tampoco va a faltar y además ahora tenemos qué va a pasar con SARS-CoV-2.

Empezando por lo primero, me consta que hubo coordinación público-privada en las UCI, porque el coordinador de las camas de UCI es el intensivista de mi hospital. Era parte del Comité de Emergencias, que en este caso presidía yo, y me consta que se trasladaron pacientes de hospitales públicos a hospitales privados tanto para hospitalización convencional como para UCI. No es que me lo cuenten, lo he visto. Y no se puso ninguna objeción por parte de hospitales privados, al menos en el que yo conozco -ya saben que alrededor del Hospital Clínico hay muchas clínicas privadas de tamaño medio, aparte del de enfrente, que es nuestro lógico competidor-, y se trasladaron. Eso fue importante, porque nos permitía asumir pacientes en nuestra UCI, por ejemplo, de Alcalá de Henares; nosotros también recibíamos pacientes de otros hospitales públicos. Evidentemente, eso no solo lo hicimos con pacientes hospitalizados en UCI sino también con los de hospitalización convencional, y a una clínica que está muy cerca de nuestro hospital mandamos pacientes. No tengo datos, así que no puedo decir que esto fuera ideal. ¿Que se podía haber hecho mejor? Seguro que lo podíamos haber hecho mejor. Pero la ley dice que en estado de alarma todos los recursos disponibles en el sistema pasan a estar bajo un mando único, no podría ser de otra forma; nadie puede estar en contra de eso.

Todos los recursos tienen que utilizarse y nunca podré decir, no se me ocurriría, que esto es solo para los que tienen seguro, de ninguna manera!

Igual digo -y lo hago claramente- que al principio no teníamos máquina para hacer PCR y el hospital de enfrente nos hacía las PCR para poder responder en cualquier momento; era al inicio, cuando teníamos que pedir permiso para hacerlas. Recuerden que al principio no podíamos hacer todo lo que queríamos; de hecho, teníamos que consultar, analizar los contactos y ver de dónde venía el paciente. De manera que colaboramos. ¿Idealmente? Seguro que no. ¿Que se puede mejorar? Indudable. Lo cierto es que países donde la provisión es privada, como Alemania o Corea del Sur, han tenido un comportamiento, y otros, como Reino Unido o Francia, han tenido otro. Creo que hay muchos más factores, ¡muchos más factores involucrados! Y tenemos que ir a un análisis mucho más fino para aprender. Entonces, todos los recursos en un momento como este tienen que estar a disposición de la autoridad para responder con unos criterios uniformes, y tenemos que definir bien esos criterios para que haya transparencia y que no quepan dudas.

El informe sobre ética -además, me viene bien para contestar a varias preguntas-, ese editorial del año 2009, decía: "La gestión de la información también implica aspectos éticos. La información epidemiológica detallada puede ser usada con fines perversos: algún gobernante podría recomendar a los ciudadanos no viajar a determinadas zonas de otro país, con el consiguiente impacto económico". Esto tiene que ver con cómo vamos a controlar la sanidad exterior, y es peligroso. Tenemos el ejemplo de algún gran país, ahora mismo el más grande, con lo que le está pasando y los problemas que tiene. Pero, en contraste, la información limitada conduce al desconocimiento de los profesionales y ciudadanos sobre los riesgos a los que pueden estar enfrentándose. Por eso, es importante tener un marco ético que nos permita, al menos, saber a qué estamos jugando.

Decisiones, Ifema, COVID, listas de espera. Decía Michael Ryan, presidente ejecutivo de la OMS -eso me llevará después a otra cosa-, que en un momento de pandemia como este la velocidad gana siempre a la perfección; si esperamos a tener la solución perfecta para actuar, puede que sea tarde. Hay que prepararse. ¿Pero cuál es el problema que tienen ustedes cuando toman decisiones como estas? Que si sobreactúan, que es lo que hay que hacer en las pandemias, y no pasa nada, a ustedes les van a reclamar y, si esperamos a tener la solución perfecta y actuamos tarde, entonces tenemos una tragedia. Para ustedes esto es una toma de decisiones muy compleja y para los gestores del sistema también es muy complejo, porque de una o de otra manera los que tienen que tomar decisiones no están en una buena situación, porque esto no solo tiene implicaciones en vidas directas por el COVID sino también en la crisis económica que se genera a continuación.

Sobre la OMS, claro, mis impresiones son las de un observador con mucha distancia. La OMS tiene problemas por cómo se financia, quién la financia y los conflictos de intereses en la financiación. Cuando Trump dice: "como no me gusta lo que dicen, retiro la financiación", uno puede ver que el hecho de que estén muy juntos la organización y el financiador es un problema, porque eso también introduce sesgos cognitivos. Pero la OMS anunció con tiempo suficiente que declaraba la pandemia, o

que iba a hacerlo, otra cosa es que no quisiéramos verlo, que pensáramos que esto no nos iba a pasar o que dijéramos: no nos va a pasar lo que a China; no nos va a pasar lo de Italia, ¡ahí va, nos ha pasado! ¿Puede ser más contundente la OMS? Puede ser más contundente en las palabras, pero tiene poca capacidad operativa para ir más allá. No puede imponer ciertas cosas a los Estados, cuando además los Estados tienen participación en cómo se financia. Pero Michael Ryan fue siempre muy claro; el presidente también, pero el director ejecutivo fue muy claro con la situación en la que estábamos.

Ifema. Todos los países han respondido intentando encontrar una solución, como EEUU en Chicago con el McCormick Place, y puso a un general de no sé cuántas estrellas a coordinarlo. Todos han respondido, pero la cuestión es si respondíamos a tiempo o ya íbamos por detrás del virus. El problema era no habernos infectado. Han hablado de aplanar la curva para que no se sature el sistema sanitario; si se satura el sistema sanitario, entonces, no hemos hecho muy bien lo de aplanar la curva, porque no puede ser de las dos maneras. Evidentemente, el confinamiento funcionó, ¡funcionó!, y seguro que ha salvado muchas vidas, la cuestión es en qué momento teníamos que haberlo hecho, pero desde luego el confinamiento funcionó. Lo que pasa es que es cierto que ya había mucha gente que había circulado previamente. Entonces, la OMS induce sesgos en las personas que toman decisiones a nivel nacional. Claro que tiene un papel, pero tenemos que ver el ciclo completo.

Geriatría, las residencias. Tengo que decir -y lo voy a hacer claramente- que, desde el principio, yo nunca he recibido una orden para no aceptar pacientes de residencias de ancianos en mi hospital. ¡Nunca la he recibido! Nadie me ha llamado ni me ha puesto por escrito: usted no puede ver a estos pacientes. De hecho, empezamos a recibir pacientes que venían con sospecha de infección antes de que se declarara la pandemia -el coordinador de la unidad de urgencias nos avisó, Juan González Armengol, que es el presidente de Semes-, y, de esos pacientes, unos ingresaron porque tenían sospecha y otros no. ¿Que se podía haber mejorado la asistencia? No cabe ninguna duda a nadie. ¿Que requiere repensar todo esto y dedicar recursos? Sin duda. ¿Que los hospitales son los que tienen que proveer la asistencia geriátrica? Tendríamos que verlo. Yo no tengo tan claro la organización del sistema, tal y como lo tenemos montado ahora, y está Javier ahí atrás; creo que hay una parte de Atención Primaria y comunitaria que tiene que estar implicada. Hacer eso del hospitalocentrismo, de mando a mis geriatras, en un determinado momento y en un determinado contexto tiene sentido, pero no sé si ese debería ser el modelo final. Yo veo un modelo final en el que el sistema sanitario está gestionado por generalistas, no por titulares especialistas, sino por generalistas, por gente con conocimiento general en Primaria y en hospitales, y los superespecialistas solo intervienen para situaciones poco prevalentes y de mucha complejidad. Y de lo de utilizar a gente de gran entrenamiento con capacidades muy especiales, yo veo a hospitalistas -que pueden ser geriatras, más internistas, más algunos otros especialistas médicos- conectados con médicos de Atención Primaria y que estos garanticen la continuidad, y que el especialista en cirugía robótica del colon simplemente -aunque no es simple- entre cuando tenga que aportar su conocimiento para resolver determinados problemas. Esto no es parte del informe, es parte de cómo veo la organización.

Por eso, los geriatras deben participar y hay que estructurar la relación con Atención Primaria para ver cómo lo hacemos.

La sanidad exterior es importante. No creo que se deba estigmatizar a las personas por su procedencia. Lo cierto es que tomar la temperatura, como hacen los chinos, y hacer PCR continuamente no creo que vaya a ser la solución. Sinceramente, no creo que sea ahí donde tengamos que poner nuestro esfuerzo. Tendremos que ponerlo en la vigilancia, en la identificación de casos y en la capacidad que tienen Primaria, Comunitaria y Salud Pública para identificar y tomar medidas sobre esos pacientes.

Publicación de datos. Al final, la interoperabilidad es un problema. Los datos son imprescindibles para tomar decisiones siempre que uno tome decisiones basadas en datos. Simplemente almacenar datos durante mucho tiempo -como ha pasado con el CMBD-, para no utilizarlos y además no creérselo, no está bien, pero, claro, estaba apoyado por la idea de que, si no hago nada, no pasa nada. Eso ha pasado hasta ahora, y como no hemos hecho nada, de repente vemos que el CMBD -conjunto mínimo básico de datos- tiene determinados problemas que no nos permiten analizar lo que realmente pasaba en nuestros centros y que hemos estado reportando. Entonces, esto es un cambio cultural; es un cambio cultural que, además, nos puede dar capacidades para desarrollar analíticas de datos avanzada y toda la inteligencia artificial en el futuro, porque, si no lo hacemos con datos veraces y fiables, haremos lo que los americanos dicen claramente con rubbish in, rubbish up, si metes mierda, sale mierda, para ser muy claros y muy español: si metes datos que no son veraces, las decisiones pueden ser equivocadas, y ¿quién va a luchar contra una decisión que impone una máquina? ¡Esto es importante saberlo! Esos datos son, entre otros -hay muchos más-, los que reportamos obligatoriamente para analizar qué estamos haciendo, que de alguna manera genera la financiación que obtenemos. Eso es importante.

Pasamos a los Comités de Ética. En el Comité de Emergencia nosotros incorporamos desde el primer momento a la presidenta y a un miembro del Comité Permanente de Ética del hospital, porque sabíamos que tomar decisiones tenía riesgos, porque ya se sabe que, cuando tienes que tomar decisiones, hay que hacerlo. Si PCR o no RCP, si parada cardiorrespiratoria y no resucitación cardiopulmonar..., han sido siempre decisiones básicamente clínicas, aquí además teníamos una limitación de recursos con una avalancha en urgencias que sobrepasaba todo lo que habíamos visto nunca, y había que tomar decisiones. Estaban en el Comité de Emergencia porque tenían que tener voz para decidir si lo que estábamos haciendo se estaba yendo de lo éticamente aceptable. Seguro que ahí también se pueden cometer errores, pero queríamos incorporarlo.

Esto afectaba también a la investigación, porque surgieron muchos proyectos de investigación, Solidarity entre ellos. ¡Muchos! Todo el mundo venía con un proyecto de investigación. A veces hemos llegado a tener más proyectos de investigación que pacientes ingresados en el Clínico; ahora no tenemos ninguno. Había que ver si esos proyectos de investigación eran éticamente aceptables y a qué preguntas relevantes intentaban responder, porque investigar por investigar no tiene sentido. Nosotros no investigamos sin motivo, investigamos para resolver problemas. Es cierto

que la investigación es un buen motor para mejorar la práctica clínica, motiva y además permite estructurar la cabeza para tomar decisiones de una determinada manera, pero no todo vale en investigación, evidentemente.

¿Qué no vimos? Lo vimos todo, pero lo vimos muy tarde, lo vimos más tarde de lo que deberíamos haberlo visto. Salud Pública no lo veía al principio, pero no solo no lo veía Salud Pública de la Comunidad de Madrid en lo que le afecta, sino que desde arriba no veíamos que esto fuera a ser más importante de lo que parecía. Teníamos que haber hecho muchas más PCR, teníamos que haber aumentado nuestra capacidad diagnóstica y la capacidad diagnóstica tenía que haber estado en Primaria para responder rápidamente, identificar a los pacientes y tomar medidas. Nunca nos habíamos enfrentado a esto. Por eso, en algunos momentos vimos urgencias absolutamente llenas. Si conocen la estructura del Hospital Clínico, saben que es un poco peculiar, lo que probablemente nos permite crecer más que otros hospitales. Incluso vaciamos la zona de consultas y metimos gases medicinales para poder ampliar. Al final, eso está preparado para el plan de flexibilidad de contingencia, en caso de que vuelva; no lo terminamos de utilizar.

Que conste que yo no he estado en primera fila, por mucho que digan. Yo soy el director médico del Hospital Clínico San Carlos, pero no he estado en primera fila; he pasado por allí, pero no he entrado. Han estado enfermería, los auxiliares de clínica, los celadores y los administrativos, o sea, ni los médicos ni las enfermeras jugamos solos; si no están todos los demás, esto no funciona. Cuando uno se pasaba por urgencias, lo más impresionante era escuchar solamente el ruido de los gases y del oxígeno y a todo el mundo tosiendo, pero en silencio, aceptando una situación que era tremenda, itremenda!

Continúo. Evidentemente, lo que tenemos que hacer es ingeniería inversa. ¿Cuál es el resultado que no queremos volver a tener y qué pasos deberíamos dar para no llegar al mismo sitio? Esto es un reto para ustedes, pero, claro, no es fácil, porque tenemos que tener los datos. Tenemos los datos de la Comunidad de Madrid, que pueden tener diferencias con otros. Pero con los datos que tenemos aquí, si los hemos recogido bien -al final los hemos recogido todos igual, ial final!-, podemos aceptar los sesgos que tienen esos datos y reconstruir qué ha pasado y dónde nos hemos equivocado.

Lo he dicho antes: los sistemas informáticos no son el problema si en esta comunidad conseguimos avanzar en algo que no se fije en la herramienta sino en el dato, que es lo importante; pero hasta ahora hemos construido un sistema basado en herramientas: ¿tú qué tienes, Selene o HCIS?; así, entre nosotros. ¡Ninguna herramienta es buena!, ninguna herramienta sirve para todo, y el modelo tenemos que cambiarlo. Sé que esa idea está desde hace años en la comunidad, pero no es fácil, porque nadie lo termina de ver; nadie termina de ver cuál es la ventaja de invertir en algo que no va a dar un rédito político a corto plazo, que es la estructura de datos, el lago de datos. Y cada uno ve esos datos en función de la herramienta que ha elegido y de la manera que ha elegido. En ese sentido, primero, las nuevas soluciones a las que se va orientando el sistema deberían dar al paciente, al ciudadano, no al paciente, la capacidad de interaccionar con la información para tener la autonomía que le corresponde para decidir sobre su propia salud y evitar los efectos adversos. Eso requiere que

ustedes se pongan de acuerdo; es crítico. Cuando consigamos eso, las herramientas darán lo mismo. Mientras tanto, estamos pagando dinero a alguien que nos vende una herramienta, que es la que él quiere vender y no la que nosotros necesitamos. Eso es importante.

La enfermería juega un papel esencial. Recuerden que la enfermería en algunas partes se usa para todo, pero a mí un reumatólogo contratado no me sirve operar rodillas. Eso vale cuando se mantiene una determinada estructura de personal, pero ahora, además de mantener lo otro, tengo pacientes esperando para operarse de la rodilla. ¿Cómo lo hacemos? Porque tampoco tenemos un banquillo de personas en paro, pero totalmente entrenadas, para que, cuando se vayan cien personas de vacaciones, yo diga: que entren los sustitutos. Tenemos que pensar en cómo vamos a generar las vacaciones. No podemos concentrar todo. Es importante empezar a reflexionar, porque la gente buena no está en paro y la que está en paro termina buscando una salida; además, los que están en paro dicen: no, ese mes no. Por ejemplo, en el servicio de psiquiatría del Hospital Clínico, de vez en cuando, cuando llega el verano, se piden excedencias, con todo su derecho, pero ¿dónde consigo yo ocho psiquiatras para un mes? En ningún sitio. Tenemos que pensar en otra estructura, porque tenemos que garantizar el servicio de manera continua a la vez que los derechos de los trabajadores. Tenemos que cambiar la organización. Por eso, hablaba de las redes: las redes son la manera más potente para cambiar cómo hacemos las cosas; por eso, lo de la redarquía. Al final, es muy difícil que arriba sepan cómo funcionan abajo, porque, como decía Mónica, el que está abajo, que es el que tiene el conocimiento, sabe perfectamente cómo tratar a un paciente con COVID. El que está arriba puede tener otros conocimientos muy válidos, pero es difícil que conozca las peculiaridades y cómo se funciona abajo para poder decirle cómo tiene que hacerlo. Hay que crear un marco que sea aceptable y viable, pero tenemos que dar cierta autonomía para que terminen actuando los que tienen el conocimiento.

Evidentemente -refiriéndome a lo que decía José Manuel Freire previamente-, hay que rendir cuentas sobre la profesionalización de los gestores, pero tiene que ser de una manera mucho más rápida. No podemos tardar tanto tiempo en encontrar reemplazos a los equipos directivos, seleccionados adecuadamente, igual que hacemos con el resto de profesionales. Hay algún problema. Si los procesos se hacen muy lentos, se producen vacíos de muy difícil gestión. Ahora mismo yo estoy en una situación como esta con un director médico -me está afectando-: tengo que plantearme nuevas plazas de subdirección, pero no puedo por situaciones particulares. Hay que afinar mucho ese procedimiento, pero estoy totalmente de acuerdo con que la flexibilización no supone la ausencia de garantías en el proceso de selección ni la falta de rendición de cuentas. La rendición de cuentas es un principio básico en un sistema democrático.

Conocimiento y formación. Yo creo que dedicamos mucho tiempo a formarnos superespecializadamente; aprendemos mucho sobre la técnica de cómo dar el punto y dedicamos muy poco tiempo a entender a las personas, a estudiar cómo responder a otras personas. Uno de los problemas que yo veo, como director médico -aquí hablo como director médico-, es que deberíamos mejorar el trato a nuestros pacientes y a nuestros ciudadanos, seguramente, por muchas razones: una es la sobrecarga de trabajo en algunos casos, otra por ciertas costumbres mantenidas a lo largo

de mucho tiempo, porque al final nuestros residentes aprenden del ejemplo que ven en sus mayores, y esto es importante porque hay que seguir garantizando lo de la personalización, no negar la experiencia ni negar la agencia de los ciudadanos, y todavía tenemos un cierto paternalismo en la relación con los pacientes y con los ciudadanos. Yo recuerdo un artículo tradicional, de Juan Gérvas, en El País, en el año 1993, en el que hablaba de la crisis de la Atención Primaria, y yo llevo viendo artículos en El País sobre la crisis en la Atención Primaria desde el año 1993. Juan Gérvas, que no es... Algo no hemos hecho bien, pero no unos u otros, todos; algo no hemos hecho bien porque, si eso es cierto, no hemos solucionado el problema, cuando todos estamos de acuerdo en que la Atención Primaria es esencial en un sistema de salud como el nuestro.

¿Problemas de presupuesto? No voy a entrar. Se ha dicho. Que la sanidad no está adecuadamente financiada es un clásico, no creo que yo tenga que entrar a repetirlo y, además, no es...

Investigación e innovación. Yo lo defino como: investigación es utilizar dinero para generar conocimiento e innovación es utilizar el conocimiento para generar valor. Mientras tengamos un sistema sanitario basado simplemente en la producción de servicios y, cuantos más servicios, mejor... ¿Es eso lo valioso para los ciudadanos y los pacientes? Deberíamos transformar el modelo en un modelo de generación de valor. Para eso, primero tenemos que saber qué es valioso para todos los agentes que forman parte del sistema sanitario; es, como dice Sir Muir Gray, un valor de asignación de recursos. ¿Cómo deciden los decisores si me gasto más en cáncer o en enfermedades respiratorias? ¿Con qué herramientas toman esa decisión?

Luego, está el valor científico-técnico: yo soy cirujano ortopédico, opero a una persona porque le duele la cadera y no puede andar; si yo le pongo la prótesis adecuada, el paciente se va pronto a casa, no se ha infectado y no tiene complicaciones. Yo, desde el punto de vista científico-técnico, he hecho lo que se esperaba de mí, lo puedo publicar y me lo van a validar como los mejores resultados científico-técnicos del mundo, pero, si yo soy el paciente, lo que quiero es que seis meses después –si fui a operarme porque me dolía la cadera y no podía andar- no me duela la cadera y pueda andar, porque, si no, estamos gastando recursos en algo que da malos resultados. Tenemos que publicar los resultados, es evidente que tenemos que hacerlo, incluso aunque duela, y va a doler; va a doler porque es muy duro verse y no ser el mejor. Y enseguida todos vamos a decir: no, es que mis datos no son esos. Por eso tenemos que tener unos datos comunes y que todos analicemos los mismos datos, no cada uno unos datos diferentes. ¿Para qué? Para que podamos responder a por qué en este sistema, en el que al paciente se le ve adecuadamente en Atención Primaria, se le deriva en el momento preciso, se le opera en el momento preciso y se le rehabilita en el momento preciso, tienen estos buenos resultados, mientras que en otros no los tienen. Y no consiste en castigar al que no los tiene; no estoy hablando de castigar, estoy hablando de introducir las medidas correctoras –vete a aprender, reorganiza tu asistencia- que permitan generar el mayor valor por cada euro que nos gastamos. Eso es muy importante. Y, para eso, la investigación, primero, modifica la manera de pensar. Hay algún trabajo, metodológicamente no muy correcto, que dice que los hospitales que investigan tienen mejores resultados que los que no investigan. Es un trabajo metodológicamente...

Asociación no es causalidad; habría que ver muchas otras cosas más, pero es cierto que lo publicaron, aunque habría que leer un poco más. Pero sí que la innovación –y la innovación no es solo la gran innovación de meter el Da Vinci; esa no es la gran innovación-, la gran innovación, es cómo reorganizo mis procesos asistenciales, no solo para ser eficiente sino para generar valor, porque ser muy eficiente haciendo las cosas que no deberíamos hacer es peor; hay que ser eficiente haciendo las cosas que debemos hacer, garantizando –como dije al principio- la experiencia y la agencia de los pacientes, de los ciudadanos.

Los institutos de investigación son herramientas muy potentes para hacer eso. Probablemente deberíamos mejorar la interoperabilidad entre nuestros institutos en Madrid. Yo soy vicepresidente de la Fundación –tengo bastantes gorros- y además tengo un grupo de investigación y creo que deberíamos colaborar más. La red Itemas, por ejemplo, para innovación tecnológica –que fue promovida desde el Instituto de Salud Carlos III hace unos años-, nos permite intercambiar ciertas buenas prácticas, aunque colaborar en innovación es siempre complicado porque hay una cierta competición, pero, por ejemplo, toda la experiencia en COVID de estudios colaborativos en mi hospital ha funcionado muy bien y hemos terminado generando un lago de datos –datos, primero, pseudoanonimizados y, posteriormente, anonimizados- que nos permite hacer investigación, después de haber pasado por todos los filtros adecuados y por el Comité de Ética de la Investigación, para responder a preguntas relevantes de investigadores. Los institutos deben potenciarse y debemos invertir más en investigación.

Madrid es una autonomía fundamentalmente orientada al conocimiento, debe invertir más en generación de conocimiento y más en transferencia de conocimiento. ¿En qué áreas? Primero, en toda la ingeniería computacional. Se menciona en el informe toda la parte de tecnologías de la información en la comunicación o la parte de ingeniería computacional, que es un área en la que tenemos que estar porque están todos los grandes y hay todos los agentes necesarios para hacerlo en Madrid. Segundo, toda la parte de biotecnología, tanto para diagnóstico como para dispositivos; ahí deberíamos invertir, claramente, como tracción, además, de recuperación económica. Y, tercero, en toda la fabricación –el special manufacturing-, en toda la producción aditiva, porque hemos visto que se respondía, pero no lo teníamos bien organizado; deberíamos empezar a organizarlo y utilizar el sistema sanitario como motor para arrastrar el progreso de esas áreas. Hay quien utiliza al Ejército para eso, pues, en vez de Darpa, algún tipo de organización que nos permita identificar problemas y necesidades no cubiertas y llevarlas al tejido productivo para que arrastren al tejido productivo. Creo que por eso me hablaba de datos.

Practica asistencial. Una de las cosas que tenemos que hacer es cambiar la manera práctica asistencial y eso creando redes.

El Sr. **PRESIDENTE**: Perdone, doctor, permítame que le interrumpa para decirle que llevamos ya más de treinta minutos.

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS** (Mayol Martínez):
Acabo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Todavía estamos en el tiempo que nos habíamos dado para esta comparecencia y, francamente, me cuesta mucho trabajo cortar al doctor Mayol.

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS** (Mayol Martínez):
Acabo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Porque estamos todos escuchando muy atentamente, pero...

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS** (Mayol Martínez): Sí,
por eso, iba a...

El Sr. **PRESIDENTE**: Bien. (*Rumores.*) Entonces, como va usted a responder, tiene unos minutos más; adelante, doctor.

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS** (Mayol Martínez):
Estaba contestando a cada uno. Colaboración público-privada. Primero, es lo que tenemos. La privada en Madrid supone un caso importante y no podemos no utilizar los recursos; en este momento no nos sobran, hay que utilizarlos.

Finalmente, tenemos que terminar de desarrollar la ley; es esencial, es esencial, terminar de desarrollar esa ley para un funcionamiento adecuado en nuestras organizaciones. Eso daría, en parte, respuesta a eso de la flexibilidad de la gestión que se plantea.

En cuanto al hospital de pandemias, voy a responder. Yo creo que aumentar en mil camas la capacidad de nuestro sistema en caso de pandemia no nos va a ayudar mucho, pero sí nos ayuda mantener un sistema adicional libre de pandemia. Si ahora viene otra, el virus respiratorio sincitial, la gripe, el SARS-COVID y todo lo que tenemos acumulado, necesitamos sitios limpios. No necesitamos mil camas más para COVID, porque no nos van a solucionar 24.000 o 25.000, para eso utilizamos todos lo privado; necesitamos sitio para responder. Y ya sé que esto es sobreactuar, y lo dije al principio: el problema de sobreactuar es que si luego no pasa nada... Esto no quiere decir que no haya que hacer una inversión del mismo calado o mayor en Atención Primaria. No supone eso, no estoy diciendo: vamos a invertir en hospitales y no vamos a invertir...; no, tenemos que crear un sistema que nos permita responder a muchos platos girando a la vez en la pista del circo. Y, cuando pase, no vamos a decir: ¿qué ha pasado con los pacientes en lista de espera? Nosotros mantuvimos tratamientos quirúrgicos, oncológicos y pacientes preferentes durante la pandemia, con 128 camas UCI y quirófano para pacientes no COVID. Pero, si viene otra grande, con todas esas cosas juntas no vamos a poder. Necesitamos un recurso para Código Ictus, Código Aorta, Código Infarto, Código... Necesitamos un sitio limpio. Yo lo dejo ahí, como reflexión.

He respondido a la que era más complicada, que era cómo afronto yo esto. Yo lo afronto desde este punto de vista: necesitamos la implicación de todos en una gestión profesional de todo el

sistema sanitario, no de los hospitales, de todo, y todos tenemos que rendir cuentas de lo que hacemos. Lo dije al principio, tenemos que publicar los datos y los resultados aunque nos duela, porque solamente cuando demos a los ciudadanos la capacidad de preguntarnos sobre lo que está pasando nos sentiremos impulsados a generar cambios que a veces a todos, incluidos los profesionales, nos cuesta mucho hacer porque rompe nuestra zona de confort, sale de lo que hacemos habitualmente. Yo creo que, más o menos, de manera resumida, he respondido a todos de una manera u otra. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Mayol, por su presencia, por su intervención. El informe, evidentemente, es de acceso, así que, si usted tiene alguna documentación más que pueda estar en el acervo documental de esta comisión, le agradeceríamos mucho que nos la transmitiera, a través de las letradas, para que todos los miembros puedan tener acceso a ella. Muchísimas gracias y buenas tardes. ¿Quieren ustedes que hagamos un pequeño receso de cinco minutos? *(Pausa.)* Pues entonces a menos cuarto intentemos estar aquí otra vez, por favor. Gracias.

(Se suspende la sesión a las 17 horas y 41 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 17 horas y 53 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Si les parece, seguimos ya con la última comparecencia.

C-1255/2020 RGE.15008. Comparecencia del Sr. D. Javier Padilla, Médico de Atención Primaria, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de informar sobre análisis y propuestas de cara al escenario pos-COVID-19 en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Señor Padilla, bienvenido. Muchísimas gracias. Ya ha escuchado usted, con motivo de la última comparecencia, el método de funcionamiento, así que voy a darle la palabra al grupo proponente, por tres minutos, para que enmarque su presencia en esta comisión. Señora García, tiene la palabra.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias. Lo primero que quiero hacer es dar la bienvenida a Javier Padilla, médico de Atención Primaria, con formación en salud pública, en gestión sanitaria y en economía de la salud, y autor de varios libros, siempre enmarcados en temas de salud, que recomiendo. Quería explicar que básicamente le hemos llamado, primero, por sus conocimientos, por su experiencia en la crisis del COVID y también porque es usted un conocedor, un estudioso de los sistemas sanitarios, de la salud pública, de la Atención Primaria y de los sistemas de salud en general. También tiene inclinaciones políticas, que esta mañana le han reprochado, pero no veo ninguna pega en que los profesionales tengamos implicaciones políticas y también tengamos nuestras inquietudes para que nuestro sistema sanitario, nuestro sistema de salud, disponga de las mejores decisiones en base a las vivencias y a las experiencias de los propios profesionales. Como es usted médico de

Atención Primaria, me gustaría que nos hiciera un análisis de cuál es la implicación de Atención Primaria, de cuál ha sido la implicación de salud pública, de cuáles son los retos que tenemos en nuestra comunidad, sobre todo porque podemos hablar del sistema sanitario español, pero, como bien sabemos, ya ha habido una comisión de reconstrucción en el Congreso, pero aquí estamos centrados en cuáles son las realidades y el diagnóstico de nuestra sanidad y de nuestra salud en nuestra comunidad. Así que, sin más, le doy la bienvenida. Muchísimas gracias por acudir a esta comisión.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora García. Pregunto si otros grupos quieren hacer uso de este turno breve, pregunto de menor a mayor: ¿Unidas Podemos?, ¿Vox?, ¿Ciudadanos?, ¿Partido Popular?, ¿Grupo Socialista, señor Freire?

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor presidente. Bienvenido, doctor Padilla. Muchas gracias por acceder a esta petición. Yo le doy una bienvenida especial porque usted es un profesional culto, leído, escrito y además comprometido con la sanidad pública. Entonces, casi para adelantar lo que podrían ser mis comentarios finales, le voy a repetir las preguntas que usted oyó al compareciente anterior. Nos interesa de ustedes, las personas que comparecen aquí, no su opinión sobre el mar y los peces, su predicción del pasado o cómo valoran los prejuicios que cada uno de nosotros tenemos, no; nos interesa que nos iluminen sobre qué cosas habría de hacer la Comunidad de Madrid, en concreto en su campo de conocimiento, que no es solo Atención Primaria, que es salud pública, que es política sanitaria en general, para superar la crisis, para avanzar a corto plazo con el reto que tenemos de una pandemia que todavía está aquí, a medio plazo y, por supuesto, a largo plazo. Esto es lo que esperamos de usted. Muchas gracias, de nuevo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Freire. Doctor Padilla, tiene usted la palabra.

El Sr. **MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Padilla Bernáldez): Buenas tardes y muchas gracias a todas las personas asistentes. Antes de nada, quería empezar con un pequeño comentario: esta mañana me mandaban una noticia de La Razón publicitando mi intervención –cosa que agradezco– y atribuyendo al Grupo Popular cierto malestar por mi comparecencia debido a mi vinculación con Más Madrid. Nunca he ocultado mi filiación política ni la partidista ni la que me ubica en la férrea defensa de la sanidad pública no solo como un servicio público, sino como mecanismo para hacer frente a las desigualdades sociales, siempre desde el contexto virchowiano de que la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala. Yo entiendo que haya para quienes militar suene a ejército y no a compromiso, pero desde esa militancia múltiple, continuada y siempre vinculada al rigor técnico y a la honestidad profesional e intelectual es desde donde muchos miramos el mundo, interaccionamos con la política de partido, pero no nos desprendemos de unas biografías, de las que estamos orgullosos y desde las que llevamos analizando la realidad y construyendo propuestas. Entonces, mi intervención no va a ser un clickbait mediático sino un decálogo más, uno de propuestas que vienen de muchos sitios, especialmente de esos sitios llamados independientes a los que la consejería les ha girado la cara en muchas ocasiones negándose a recibirlos, como puede ser, por ejemplo, el colectivo AP se mueve, que ha estado generando mucho

contenido en los últimos años y cuyas propuestas creo que harían que tuviéramos ahora una sanidad mejor. Así que, comencemos.

Está claro que la crisis del COVID ha trascendido el carácter puramente de crisis sanitaria y es lo que hemos venido a denominar un compañero y yo una crisis matrioshka; una crisis sanitaria que está recogida dentro de una crisis económica, que está recogida dentro de una crisis ecológica, que además interacciona con una crisis generalizada de cuidados. Por eso creo que, a la hora de pensar en la reconstrucción, y a la hora de pensar en la reconstrucción del sistema sanitario, tenemos que tener en cuenta esa especie de interconexión, esa especie de red que conecta todas estas crisis, para no volver a caer en errores previos.

Se ha hablado mucho de la respuesta a la crisis sanitaria y poco de las condiciones que presentó el sistema previo a esta crisis. En una situación como una pandemia, o una crisis de salud pública, la respuesta que se da en el momento es heredera y dependiente de la situación en la que estábamos con anterioridad. Las respuestas no se crean de la nada y, por ello, mirar al sustrato es igual de relevante que mirar a la respuesta en sí. Creo que de eso podríamos hablar después, si acaso.

El aspecto en el que me voy a centrar en estos minutos va a ser el de la Atención Primaria. Después podemos comentar –si queremos– algunos casos más relacionados con salud pública o con el ámbito de Atención Hospitalaria. La gran pregunta sería por qué hablar aquí de Atención Primaria; por qué hablar de Atención Primaria en una de las pocas comparecencias, dentro de esta comisión de recuperación, que se va a destinar al ámbito de la sanidad. Por un lado, porque es el lugar en el que se han atendido más de 300.000 casos probables –y recalco lo de probable porque quiere decir que no teníamos capacidad diagnóstica en Atención Primaria para decir que fueran confirmados– de COVID en nuestra comunidad, pero principalmente porque creo que podemos afirmar que muchos de los problemas de la respuesta sanitaria en nuestra comunidad han estado relacionados con problemas crónicos de la Atención Primaria que, de repetirse, harán que la situación sea insostenible. La Comunidad de Madrid –y no ha sido la única en España, aunque cada comunidad ha tenido una respuesta bastante plural– ha intentado dar una respuesta a la pandemia dejando de lado la acción de lo que deberían ser, de acuerdo con el tipo de sistema que tenemos, sus puntos fuertes: la salud pública y la Atención Primaria. Un sistema sanitario que sea del tipo Sistema Nacional de Salud, es decir, un sistema sanitario que no actúa con exceso de capacidad, no puede centrar en los hospitales su respuesta a una situación de alto incremento de la demanda, porque los hospitales se van a saturar con rapidez y vamos a llegar a la situación en la que hemos estado. Por ello, creo que la respuesta, en una segunda oleada, tiene que ser claramente enarbolada desde el ámbito de lo comunitario y capitaneada por la salud pública y por la Atención Primaria.

En relación con lo primero, desde que se recuperó la Dirección General de Salud Pública, y con los datos existentes en las estadísticas de gasto sanitario público publicadas por el ministerio, desde 2016 el gasto en personal en salud pública ha ido cayendo. En Atención Primaria –y podemos retomar lo que ha comentado antes el doctor Mayol, en palabras del doctor Gervas– la crisis hace

tiempo que pasó de ser algo coyuntural y la crisis es algo estructural. La crisis de la Atención Primaria es una cosa muy repetida y casi es una característica ya casi más que un problema pasajero. La Comunidad de Madrid no es solo la que menos gasto sanitario tiene en porcentaje de producto interior bruto o la segunda con menos gasto sanitario en euros por habitante –solo por detrás de Andalucía; Andalucía, que tiene en torno a un 40 por ciento menos de producto interior bruto per cápita- sino que, además, es la que menos gasta en Atención Primaria, es la que menos gasta entre los que menos gastan, tanto en porcentaje como en euros por habitante. Según la última estadística del gasto sanitario público, 147 euros por habitante al año en Atención Primaria; 147 son también los euros por habitante que se gasta en España en cosmética y peluquería por cada persona; 208 per cápita y por año es el gasto de cada persona en alcohol y tabaco; 147 euros por habitante en Atención Primaria.

La crisis del COVID ha dejado claro que hay dos valores esenciales relacionados con el sistema sanitario que han salido fortalecidos y que son los que quiero recalcar antes de pasar a la parte más propositiva. Por un lado, la importancia de lo público como aquello que siempre va a estar ahí cuando todo lo demás dé un paso atrás. El otro día participé en un debate para un canal de televisión ruso junto con un representante de Aspe –de la asociación de la sanidad privada en España- y nos hablaban de que tan solo el 25 por ciento de los ingresos que habían tenido durante la época del COVID habían provenido de fuentes públicas; ingresos de personas, no ingresos sanitarios. El papel de la sanidad privada ha sido subalterno, incluso cuando se puso –digamos- a disposición –por decreto ley, no por voluntad propia- bajo el mando de la sanidad pública. Sin embargo, estamos hablando de Atención Primaria y salud pública y de lo público como ejes fundamentales, pero las únicas partidas de gasto que aumentaron entre los años 2009 y 2016 en nuestra comunidad autónoma fueron la de gasto hospitalario y la de conciertos con la sanidad privada. Estructura, sustrato, lo que comentábamos antes. Por otro lado, la universalidad de la sanidad pública. En uno de esos libros que comentaba antes la señora García, el subtítulo es: Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo. Creo que seguramente eso podría servir como epígrafe o como título que poner a cualquier intervención que hiciéramos en el marco del COVID o en el relato de lo que ha ocurrido. El mantenimiento de barreras a la asistencia en el ámbito de la salud, que han sido señaladas y –digamos- denunciadas por colectivos como Yo Sí, Sanidad Universal o como Reder, incluso en el ámbito de la pandemia del COVID, además de ser profundamente injusto con la población cuyos derechos se ven vulnerados, aumenta las vulnerabilidades que todos tenemos como sociedad. La universalidad es un motor de mejora de salud, es un motor de desarrollo económico y es un motor de cohesión social. La universalidad del sistema sanitario es de las pocas cosas que podemos decir que son un win-win.

Para que mi intervención orbitara en torno a propuestas concretas, traigo tres ejes fundamentales en torno a los que las he desarrollado. El primero es lo que ha de ser hecho antes de la nueva oleada; lo segundo es lo que se debería hacer durante el próximo año; y, lo tercero, lo que debería ocurrir antes de que termine la legislatura, siempre que antes de que termine la legislatura no sea antes del próximo año. No podemos volver a las jornadas de 60 pacientes, a las salas de espera rebosantes de personas, a las necesidades de atención presencial, cuando son otros los medios de

comunicación que pueden abordar esos procesos a los que antes se exigía presencialidad, a la falta de tiempo para atención en domicilio y residencia y, como no podemos volver a ello, es preciso construir desde ya una Atención Primaria pos-COVID; un marco de Atención Primaria pos-COVID en el que yo no incluyo hospitales monográficos y en el que creo que el refuerzo de la Atención Primaria va más allá de los profesionales sin especialidad porque, con toda la buena gana y con todo el cariño con el que los acogemos, creo que tenemos que aspirar a un refuerzo de la Atención Primaria, y especialmente en el ámbito de la medicina, que vaya un poco más allá.

Antes de pasar a las propuestas, cabe preguntarse para qué queremos estas propuestas, para qué queremos la Atención Primaria. Si la queremos solamente para esa función tan cacareada que es la contención, ser un muro de contención, entonces seguramente valga con contratar a unos cuantos profesionales más, proveerles de equipos de protección y esperar que no se vaya minando su salud y que vayan aguantando. Sin embargo, si lo que queremos es una Atención Primaria que no solamente sea primaria sino que sobre todo sea atención, tenemos que ejercer ese papel fundamental y característico de los sistemas resilientes; una Atención Primaria que sea capaz de atender a lo que viene nuevo mientras sigue atendiendo a todo lo demás. Durante una década hemos estado hablando de sostenibilidad, después el término sostenibilidad parece que nos cansó y pasamos a hablar de solvencia, y ahora parece que ha venido la pandemia y el término que nos ha venido de lleno ha sido el de resiliencia. Sobre resiliencia recomiendo leer a Helena Legido-Quigley, que ha escrito bastante al respecto y para quien, básicamente, uno de los puntos fundamentales es este: cómo conseguimos seguir haciendo lo que tenemos que ir haciendo –porque la gente sigue enfermando de lo mismo- y a su vez compartimentar aparte, en todos los niveles asistenciales, para poder atender esto nuevo que nos llega. En este caso, si queremos esto, ser atención y no ser solo contención, vamos a necesitar de un nivel de interés y de un nivel de actuación sobre la Atención Primaria que probablemente no hayamos visto nunca antes en nuestra comunidad.

Entonces, en el primer bloque, el de antes de la próxima oleada, primer punto: garantizar la oferta de contratos de un año de duración mínimo a todo el personal eventual ya contratado, así como a todas las médicas y enfermeras que van a terminar la especialidad en los próximos cuatro años. Viendo la pirámide demográfica de nuestros profesionales, sabemos que los vamos a contratar. ¿Por qué no les ofrecemos la estabilidad necesaria para que no solamente les vayamos a contratar sino que además aseguremos que se van a querer quedar, que es uno de los problemas? Mención especial a la necesidad de priorizar a las enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria, formadas para ello y relegadas en las bolsas de trabajo y en las ofertas públicas de empleo frente a la generalidad de las compañeras enfermeras.

Segundo punto: elaborar un plan que especifique bajo qué circunstancias y de qué manera se realizarán los cambios en el sistema sanitario, especialmente en Atención Primaria, cuando los casos vuelvan a aumentar, que volverán a aumentar. No hay un plan y ya vamos tarde. El sistema educativo tiene un plan, con diferentes supuestos, con diferentes escenarios, que nos podrá parecer mejor o peor, pero que toda la gente, no solamente la gente que trabaja en el sistema educativo sino la gente que vamos a llevar –en mi caso, vamos a empezar a llevar- a nuestros hijos e hijas al sistema

educativo, sabemos y podemos conocer. En Sanidad, de momento eso no está y lo que sí sabemos es que nos pillaré construyendo un hospital monográfico, pero sabemos poco más.

Tercer punto: es necesario desarrollar con carácter de urgencia la figura de personal administrativo sanitario. Este es un histórico de las reclamaciones en el ámbito de la Atención Primaria, especialmente en el ámbito de los administrativos de la salud. Han de tener competencias específicas, han de tener remuneración acorde y han de tener capacidad para ordenar y gestionar la demanda. Han sido clave, pero podrían haber sido mucho más clave y deberán ser más clave en una nueva oleada.

Cuarto aspecto: dotar a los centros de salud de la autonomía que se les dio. Intentar huir de esa ilusión de control gerencialista, que suele ser muy atractiva desde el punto de vista –digamos- político y gestor, pero que no va a hacer ningún bien a la gestión y al manejo de los centros sanitarios. Los equipos de Atención Primaria tienen una enorme capacidad creativa y de resolución, y eso hay que implementarlo y hay que potenciarlo. No puede ser que ahora volvamos otra vez a la cadena de mando de medidas verticales que intentan homogeneizar. A los centros sanitarios, creo que con muy buen criterio, se les dio autonomía para autoorganizarse, y acabaron autoorganizándose de formas muy similares porque, entre otras cosas, lo que hicieron fue ir aprendiendo un poco en red. No les quitamos, no les detraigamos esa autonomía.

El quinto punto en este último aspecto, y último punto en este bloque: dotar a los centros de salud no solo de capacidad para realizar PCR sino también serologías, pensando que, si se confirmara su utilidad clínica –estoy hablando de serologías de sangre venosa por el método de Elisa, no de test rápidos- podrían ser de gran utilidad a la hora de intentar discernir qué cuadros clínicos son o no susceptibles de ser COVID que pueden necesitar una PCR o no. Además, y más importante y seguramente lo que más estamos demandando desde el ámbito clínico, realización de un plan de actuación para el abordaje de la época de virus respiratorios otoñales e invernales dentro del contexto de la pandemia. ¿Qué va a ocurrir cuando cada uno de mis diez compañeros del centro de salud veamos todos los días quince o veinte cuadros de fiebre y algo de tos? ¿Vamos a realizar 150 o 200 PCR en un centro de salud? ¿Cómo vamos a hacer? ¿Cuáles son las medidas de aislamiento que vamos a hacer? ¿Vamos a aislar a 200 por una media de tres contactos estrechos: 600 u 800 personas, esperando los resultados de la PCR? Creo que este es un melón que hay que abrir en la Comunidad de Madrid, y obviamente en todos los servicios autonómicos de salud, que todavía no se ha abierto, y en eso sí que vamos tarde porque ya sabemos los que estamos trabajando ahí que ya empieza a haber algún cuadro con fiebre, porque hay virus que no se van en ningún momento.

Segundo bloque, para realizar durante el próximo año, el sexto punto, el más histórico: comprometer un blindaje de la financiación de Atención Primaria, hasta el 20 por ciento, a lo largo de esta legislatura, suponiendo al menos 270 euros por habitante, lo cual equivaldría a aumentar el gasto sanitario público hasta 1.350 euros por habitante, que quedaría por debajo de la media española, pero creo que, considerando las particularidades de densidad poblacional, podemos estar por debajo de la media española y a pesar de eso tener un gasto sanitario solvente y adecuado. Introducir,

además, a la hora de repartir el dinero entre los diferentes centros, variables relacionadas con los determinantes sociales; no es lo mismo atender a pacientes con la complejidad clínica y social en el barrio de Salamanca que hacerlo con la complejidad clínica y social en municipio de Parla, donde estuve trabajando. Sabemos que Madrid es una de las regiones más desiguales del Estado español, sabemos que Madrid es una de las regiones más desiguales de Europa y sabemos que la desigualdad enferma y mata, aunque entiendo que haya quien piense, dentro del ámbito de las palabras de Margaret Thatcher, que debemos mostrar orgullo por la desigualdad.

Séptimo punto: reformar las agendas de Atención Primaria introduciendo criterios de agenda inteligente. En el año 2020, 2021, no puede ser que sigamos teniendo una agenda consistente en equis pacientes, ya sean esos equis, 15, 20 o 55. A nosotros lo que nos interesa es ver complejidades; es decir, que cuando un paciente se va a citar, el sistema informático le asigne un tiempo determinado dependiendo de cuál es su complejidad clínica y social determinada por unos criterios básicos en base a las historias clínicas electrónicas. El número de pacientes no puede ser lo que siga determinando nuestra carga asistencial; esto es un histórico, se ha pilotado, no hay mejor momento que este para empezar a ponerlo en marcha.

Octavo punto: dotar de presupuesto a las reformas y nuevas construcciones de centros de salud que llevan incluidas en el listado de necesidades estructurales más de una legislatura. Hay que aumentar la capacidad. En su momento era necesario aumentar la capacidad, puede ser aumentando ese número de 150, 200, 300 camas de algunos hospitales que no están implementadas, puede ser generando nuevas infraestructuras, como puede ser la adaptación del hospital de Ifema en la última pandemia, pero lo que no puede ser es que en cuatro meses construyamos un hospital monográfico y que yo esta mañana haya estado trabajando en un edificio prefabricado; un edificio prefabricado que desde hace más de una legislatura completa tiene prometida, e incluida en una clasificación de alta prioridad de actuación, su reubicación. Ayer tuiteaba algo similar a esto y un montón de compañeros en situaciones similares contaban: lo nuestro es un garaje sin ventanas, etcétera, etcétera. Con lo que también esas condiciones tienen relación con la posible transmisibilidad de la infección. La arquitectura: en este caso, el fondo contiene la forma y el fondo y la estructura de los centros sanitarios también determinan la capacidad de que los centros sanitarios sean focos iatrogénicos de contagio, ya sean los hospitalarios o ya sean los de los centros de salud.

Y, por último, el tercer bloque, de antes de que acabe la legislatura. Aquí quería destacar dos aspectos. Por un lado, el noveno punto, potenciar el rol de las denominadas unidades de apoyo, que son fundamentales para que no todo pase por dos binomios, el binomio médico-fármaco y el binomio médico-enfermera, con especial hincapié en el papel de los fisioterapeutas, para no farmacologizar la patología musculoesquelética, y con el papel de los trabajadores y las trabajadoras sociales, para no medicalizar problemas que son sociales. No son extras dentro de la Atención Primaria, sino que son partes centrales de esta y, además, deberían seguramente estar así de representadas y complementarlas con otras profesiones, como se está empezando a poner en marcha en otros sistemas.

Y el décimo y último punto de este decálogo sería elaborar un plan presupuestado para el sobredimensionamiento de la Atención Primaria. En efecto, no puede ser que en verano necesiten contratar a ocho psiquiatras en el Hospital Clínico para suplir un mes. Lo que tampoco puede ser es que los propios equipos no sean capaces de adaptarse a las diferentes variaciones de la demanda y a las diferentes variaciones de las necesidades que se dan de forma totalmente cíclica a lo largo de un año, ya sea con los inviernos de gripe, ya sea con los veranos de excedencias, de vacaciones o de lo que sea. Un plan de sobredimensionamiento que permita incrementar la oferta de servicios de Atención Primaria, tanto asistencial como docente e investigador, aumentar los ámbitos de actuación habitual y la calidad asistencial, especialmente en ámbitos como las residencias de personas dependientes, y dotar al sistema de mayor resiliencia frente a situaciones no esperadas.

Y una medida transversal que ha de comenzar ya, que ha de implementarse más aún antes de que termine el año y que ha de seguir para la próxima legislatura: materializar el principio de orientación comunitaria de la Atención Primaria –esa pata coja de los principios de Bárbara Starfield que nunca se llegó a desarrollar-, con dedicación expresa y reflejada en la agenda de tiempo para las actividades comunitarias. La orientación comunitaria no es una cosa para hacer cuando estemos en calma sino que es también una parte fundamental en la pandemia, es una parte fundamental en la pandemia para que las personas, y aquellos colectivos que pueden no verse incluidos de forma directa dentro de los comunicados y de las comunicaciones, y las medidas del sistema sanitario se vean recogidos y vean cómo los mensajes se adaptan también a sus singularidades, tengan un mayor enganche con el sistema sanitario y, además, ese enganche entre lo comunitario y los servicios sanitarios se tiene que hacer en Atención Primaria. Es clave y estratégico para que esta historia salga bien; la historia del COVID, pero también la historia de que la Comunidad de Madrid sea menos competición de Madrid y sea más Comunidad de Madrid.

Decía recientemente el relator de las Naciones Unidas para la Extrema Pobreza que, si se pudiera solucionar la pobreza con planes estratégicos y voluminosos informes, España estaría a la cabeza. Podemos decir lo mismo sobre la reforma de la Atención Primaria; a la Atención Primaria le sobran planes, proyectos, estrategias, marcos y le falta determinación política y presupuesto. El hospital tiene una capacidad innata para captar fondos, porque tiene un capital tecnológico y medicamentoso que hace que el dinero vaya para allá. La Atención Primaria precisa de una unión triple de empuje ciudadano, de empuje de profesionales y de compromiso político para su desarrollo, si no, está abocada a la extinción o a estar como ahora, que es más bien inane y en una crisis estructural que no es coyuntural. Todo esto precisa de financiación, pero a la financiación hay que ponerle un apellido: todo esto precisa de financiación pública, aunque algunas de estas cosas también se pueden hacer sin ningún tipo de incremento presupuestario al día de hoy y prepararlo para mañana.

Sobre la relación entre gasto público, crisis y salud tampoco me voy a privar de decir algo. Mucha es la evidencia al respecto y no son las bajadas de impuestos, ni las directas ni las que son mediante exenciones, las que mejoran la salud de la población. Decía David Stuckler –investigador en temas de políticas de salud y de sistemas sanitarios- que la recesión puede dañar, pero es la

austeridad la que mata. Si bien ahora hemos logrado, mediante las medidas de confinamiento, ahorrar muchas muertes que podrían haberse producido, es ahora cuando llega el momento de las instituciones, para realizar la expansión del gasto público que consiga que el daño que la recesión económica va a producir sobre la salud de la población se vea totalmente amortiguado. A este respecto, hay medidas, como el ingreso mínimo vital, que tendrán seguramente un mayor impacto sobre la salud que el que pudiera tener yo.

Ya voy terminando. No podemos tener un sistema sanitario de pandemias de forma estructural, porque la pandemia, afortunadamente, esperemos que sea algo coyuntural, aunque sí que sabemos que las causas de la pandemia descansan sobre aspectos estructurales de nuestro modelo económico y de nuestro modelo político. Debemos construir un sistema que sea capaz de dar respuesta a los problemas del día a día y a aquello inesperado. Para eso, la defensa que hago, y que hacemos un grupo de compañeros que intentamos trabajar y pensar en esto, es la basar toda la respuesta en tres ejes fundamentales. El primer eje sería el de fortalecer lo invisible; eso invisible, que es la salud pública y la vigilancia epidemiológica, que solamente ha salido en los medios en 2009 y con la Gripe A, en 2014 con el Ébola, en 2019 con la crisis de la listeriosis y en 2020 con el COVID, cuando ha estado trabajando durante todo el rato y cuando parece que si no se le pone el foco mediático no tiene capacidad para recaudar y para ganar esa notoriedad presupuestaria. La Ley General de Salud Pública, del año 2011, se metió en un cajón y ahora todos le estamos reclamando una infalibilidad que podríamos haberle reclamado si tuviéramos mejores sistemas de información, mejor red de vigilancia epidemiológica, mejor evaluación de impacto en salud, que son cosas que se recogían en esa ley y que no se han desarrollado. Aquí hubo un anteproyecto de ley de salud pública que tampoco vio la luz y que tampoco ha visto la luz en este año que llevamos de legislatura. El segundo eje sería el de la centralidad de la Atención Primaria, pero no una centralidad vacua y solamente discursiva sino una centralidad en el engranaje entre el nivel hospitalario, el nivel de salud pública, lo comunitario y los centros de residencias de personas dependientes. Hay que presupuestarla, pero la retención primaria no necesita solamente una mejora en el ámbito de la redistribución; necesita una mejora también en el ámbito del reconocimiento, en el ámbito de la centralidad de su participación en todos los procesos que se pongan en marcha. Y, por último, el tercer eje, lo que tenemos que hacer es huir de esa tentación "camacéntrica", del incremento perpetuo de las camas, y flexibilizar la capacidad del nivel hospitalario. Una cosa maravillosa que se hizo en los hospitales fue incluso triplicar su capacidad de camas de cuidados intensivo en una o dos semanas. Vale. Ahora eso no puede ser ya espontáneo o improvisado, tiene que haber un plan. Me consta que ese plan se está llevando a cabo. Ahora bien, las nuevas reformas, las nuevas construcciones hospitalarias que se lleven a cabo, tienen que tener en cuenta que la arquitectura sanitaria juega un papel fundamental a la hora de conseguir que los sistemas hospitalarios sean flexibles; no es solamente un tema de voluntarismo o un tema de gestión profesional, es un tema de que la estructura que nos contiene nos permita transformar esto que ahora era una cama de hospitalización o una unidad de día en una unidad de cuidados intensivos. Y creo que más o menos me he debido pasar un poquito, así que muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, doctor Padilla. No, no se ha pasado tanto: cinco minutos. Todas las cosas que estamos escuchando esta tarde son muy interesantes así que no hay ningún problema con el tiempo. Tiene la palabra la señora Lillo, en nombre del grupo Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Muchísimas gracias, señor Padilla, por esta exposición que nos ha hecho. Yo simplemente quiero plantearle tres cuestiones. Una tiene que ver con cómo han influido los recortes en este año. Y aquí aclaro que no es para volver la vista al pasado ni para buscar culpables o no, sino para diferenciar qué decisiones se han tomado correctamente – como puede ser la reorganización, y entrecomillo reorganización, de Atención Primaria- y cuáles se tomaron precisamente por esa falta de recursos producto de años de recortes, sobre todo para que, de cara a una segunda oleada o a que nos volvamos a ver en la misma situación, seamos capaces de diferenciar qué decisiones –si se toman las mismas- se toman porque se ha visto y se ha comprobado que estuvieron bien tomadas en lo que acabamos de pasar y cuáles se toman porque no hemos sido capaces de poner en marcha ninguna de las medidas, lo que hace que tengamos que volver a repetir alguna de esas medidas cuando hemos analizado que no son las mejores opciones.

Otra, tiene que ver –también lo ha mencionado- con las necesidades estructurales, que además es algo que hemos hablado en la Comisión de Sanidad en reiteradas ocasiones. Ya no son simplemente los barracones o los planes de infraestructuras, algunos de los cuales están pendientes – en situaciones normales- desde hace años, o algunos que están en malas condiciones, como barracones, sótanos, etcétera, sino, además, las necesidades que COVID nos ha puesto encima de la mesa en lo que tiene que ver ahora con los circuitos COVID y no COVID. Porque, además, como estamos hablando de que es posible que volvamos a tener oleadas y que COVID nos acompañe durante un tiempo, entendemos que quizá –no sé qué opina usted-, son ya unas necesidades estructurales que tienen que estar en todos los centros de salud y que, además, hoy por hoy eso es lo que mantiene varios consultorios locales cerrados, porque la infraestructura no permite hacer esos circuitos COVID y no COVID y, sobre todo –y es una preocupación que hemos trasladado-, hay muchos municipios que ven aumentada su población en verano y entendemos que eso también dificulta la función de control que tiene que hacer la Atención Primaria. ¿Qué opinión o qué propuestas tiene al respecto? Queremos saber si entiende que es algo urgente que también se tiene que abordar, incluir o incorporar en los actuales planes de infraestructuras.

Y, en tercer lugar, en lo que tiene que ver con la orientación comunitaria, también, qué relación tiene que haber con otras Administraciones, en este caso entiendo que la Administración local. ¿Cuáles son las propuestas de cara a fomentar esa orientación comunitaria, sobre la que vemos que hay muchas experiencias que incluso que tienen que ver con la participación ciudadana? También le pedimos si nos puede hacer alguna propuesta en ese sentido para fortalecer la orientación comunitaria de la Atención Primaria. Y ya termino. Le agradezco nuevamente la exposición que nos ha hecho aquí. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Lillo. Tiene la palabra la portavoz del grupo Vox, la señora Joya.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señor presidente. Muchas gracias, doctor Padilla. Muy interesante también toda su experiencia y todo lo que nos ha aportado. Lo que le he comentado al doctor Mayol, que gran parte iba sobre Atención Primaria, se lo vuelvo a trasladar a usted, por si puede contestarme a las cosas que le he comentado a él. Quería preguntarle cómo valora el nivel de atención domiciliaria que damos a los madrileños y también el nivel de atención en cuidados paliativos. Son dos niveles que en la epidemia han sido muy necesarios: la atención domiciliaria y también el tema de los paliativos. Yo creo que es muy importante que nos dé su impresión, su valoración, de cómo cree que en este momento está la Comunidad de Madrid en esos dos niveles y qué cosas cree que se podrían mejorar.

Ha hablado usted también del teletrabajo. Igual, qué propuestas nos hace para aprovechar –permítaseme el término- el tirón del confinamiento y, luego, para dar respuesta tanto a las consultas provenientes de los pacientes como a tantos profesionales que lo están solicitando por su situación de especial vulnerabilidad, por sus necesidades y por sus características profesionales.

También quería saber cómo valora usted, que nos dé su impresión de cómo valora la comunicación. Se lo he comentado al doctor Mayol, pero quiero que usted también me dé su opinión sobre la interrelación de la comunicación con el nivel de asistencia hospitalaria y también con el Departamento de Salud Pública, porque a mí me parece que es fundamental, más en un momento como este –en general, siempre, pero más ahora-, que exista una comunicación fluida entre Atención Primaria y Salud Pública. ¿Cómo está esa comunicación?

Quería también que me diera su opinión sobre cuál cree que es el nivel de educación sanitaria, entendiendo por educación sanitaria cómo Atención Primaria está llevando a cabo la educación para la salud, los programas de educación para la salud que son tan importantes en Atención Primaria y que consiguen tener a una población bien preparada, bien formada. Yo creo que esa es una atención que a veces se olvida y yo creo que tener a una población bien preparada y llevar a cabo o implementar unos buenos programas de educación para la salud ayuda muchísimo también a que la salud y el funcionamiento del sistema sanitario puedan tener un buen nivel. En general, se me ha adelantado usted mucho, porque le iba a preguntar por muchas propuestas de cara a la nueva situación, pero esos son los temas que más me interesan. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Joya. Por el grupo Más Madrid, la señora García; por favor.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, presidente. Lo primero que quiero hacer es agradecerle la exposición, señor Padilla, con esa introducción que ha hecho sobre, también, su implicación política. Valga decir que parece mentira que los grupos políticos, de alguna manera, reprochen que haya profesionales que tengamos implicaciones políticas, entendiendo la implicación política como un compromiso –como ha dicho usted bien, que ya nombró a Rudolf Virchow-, como un

compromiso o una vocación de servicio público más que como una red clientelar. Entonces, por ese compromiso, yo le agradezco que haya hecho esa introducción.

Nos ha hablado de los problemas crónicos de Atención Primaria y de una crisis estructural, y me gustaría que nos dijera cómo afecta eso realmente a la formación y cómo los MIR, los residentes, no se ven atraídos por una especialidad que es uno de los pilares y que, sin embargo, a lo largo de estos años, la hemos desprestigiado –podemos decir- o no le hemos dado el valor que realmente tiene. No podemos hablar de que tenemos una Atención Primaria que tiene que ser uno de los pilares y, sin embargo, estar haciéndola muy poco atractiva. Y eso lo quería enlazar también con qué le parecen a usted los contratos; creo que este año han terminado 250 residentes en la Comunidad de Madrid y no hemos sido capaces de retener el talento ni siquiera de la mitad. ¿En qué estamos fallando para que no seamos capaces? Y, obviamente, no me vale que es porque la gente viene de otras comunidades, porque también vienen de otras comunidades para muchísimas otras labores profesionales de otros ámbitos y a estos no hemos sido capaces de retenerlos. También querría saber si usted en su centro también ha tenido la experiencia de tener R0, porque creo que en otros centros sanitarios sí que están contratando R0; significa médicos que han terminado la carrera, pero que todavía no son especialistas. Estamos tirando al final de una mano de obra que no está del todo cualificada.

Ya lo ha dicho la anterior portavoz, creo que es muy interesante el vuelco que ha dado la Atención Primaria en esta epidemia con respecto a la atención domiciliaria. Estaba mirando las memorias, no me ha dado tiempo a verlo, pero creo que el año pasado tuvimos 4.000 ingresos domiciliarios; unos raquíticos 4.000 ingresos domiciliarios en la Memoria del Sermas. Sin embargo, en esta crisis nos hemos encontrado incluso con casi más de 300.000 ingresos domiciliarios o seguimientos domiciliarios. Obviamente, nos faltan recursos para que nuestros profesionales se puedan volcar en la atención domiciliaria, no solo por el COVID, sino por una cosa que ya veníamos tratando, que era la cronicidad y el tratamiento de los pacientes crónicos, que obviamente se iban a beneficiar de una atención domiciliaria.

Resiliencia no sé si es lo mismo que cajón de sastre; quiero decir que una cosa es resiliencia -iresiliencia, poderse adaptar!- y otra cosa es que los médicos de Atención Primaria sirvan para llevar un hospital de campaña, para hacer las labores de salud pública, para hacer labores administrativas y gran parte de la burocracia, con lo que creo que lo único que estamos haciendo es perder el valor de la capacidad que tiene un médico de Atención Primaria; un médico, una enfermera o lo que sea. Y eso lo enlazo con una cosa que ha dicho usted también sobre el valor de los administrativos; el otro día mi traumatóloga, mientras hacía el alta, informes, todo tipo de papeleos, decía: No, es que cuando yo fui a rotar al Mount Sinai –pongamos, no me acuerdo cuál era especialmente- los médicos, las enfermeras, se dedicaban a aquello para lo que estaban capacitados. Para el resto de las cosas, obviamente, necesitamos también un ejército de administrativos, que es una de las partes que hemos mermado más en nuestra sanidad pública.

Ya termino con dos cosas. Una, creo que es interesante la visión de los determinantes sociales de la salud. Si no lo entendemos, no estamos entendiendo para qué necesitamos un sistema de salud y dónde se puede reforzar, y siempre vamos a caer en los mismos errores. Me gustaría que, si pudiera, hiciera un análisis de los indicadores de Atención Primaria que salen el en Observatorio, que hablan de recetas, muchas recetas y mucho tal, pero que creo que hablan realmente poco de la calidad asistencial de la Atención Primaria; o sea, no estamos midiendo con indicadores lo que necesitamos.

Y ya, por último, ha salido una noticia hace dos días que hablaba de que Merkel ha nacionalizado parcialmente un laboratorio que desarrolla una vacuna para el COVID-19. ¿Qué le parecen a usted el desarrollo, la investigación, el I+D+i que tenemos biomédico en este país y, por supuesto, en la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta que podríamos ser un motor –la Comunidad de Madrid- para impulsar todo tipo de desarrollos de medicamentos, de tecnología y, sin embargo, no estamos aprovechando ese talento que tenemos tanto investigador como de desarrollo de bienes de uso para el bien común? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García. Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, el señor Veloso.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor presidente. Bienvenido a esta Comisión de Reconstrucción, señor Padilla. Esta pandemia ha puesto en evidencia tanto las fortalezas como las debilidades que tiene nuestro sistema sanitario y ahora la verdad es que tenemos la oportunidad de alcanzar un gran acuerdo político entre todos para hacer más fuerte nuestro sistema sanitario. Entonces, yo lo que le propongo es hablar de tres grandes cuestiones que a mi partido le interesan especialmente porque son clave para este corto plazo y son inmediatas. En primer lugar, los profesionales sanitarios. Todos sabemos que son el gran activo de cualquier sistema sanitario y yo creo que todos, todos, absolutamente todos, como sociedad, estamos ahora mismo en deuda con nuestros sanitarios y debemos reflejarlo en un compromiso por mejorar las condiciones de trabajo de los sanitarios. Pero la cuestión es cómo; ¿cómo podemos mejorar esas condiciones de los sanitarios? ¿Cómo podemos captar y retener el talento de nuestros sanitarios? ¿Cómo logramos fórmulas para permitir la flexibilidad y la conciliación? ¿Cómo logramos incorporar profesionales altamente cualificados para cubrir puestos de difícil cobertura, como usted bien sabe, en determinados centros de salud? ¿Cómo logramos, en definitiva, que el objetivo de lo que individualmente es atractivo para un personal sanitario sea coincidente con lo que socialmente es deseable? Y, sobre todo, ¿cómo acabamos con la temporalidad estructural y con la precariedad? En este sentido, mire, yo le voy a contar simplemente dos medidas que ha propuesto nuestro partido político, Ciudadanos, en el Congreso. Una de ellas es establecer un mecanismo permanente de cobertura de puestos y así evitar tener que recurrir a la contratación temporal para cubrir vacantes estructurales. Y, la otra, trabajar de una forma conjunta entre la autoridad de salud y la autoridad educativa. ¿Simplemente para qué? Para planificar las formaciones de Pregrado, Posgrado y Formación Continua de los profesionales sanitarios, y así poder atender a todas las necesidades cuantitativas y cualitativas del sistema de salud, de una forma planificada, ordenada, evitando desajustes; desajustes y cuellos de botella entre

la oferta y la demanda. Y, en ese sentido, a mí me gustaría saber cuál es su valoración, como profesional, de este tipo de medidas.

El segundo bloque que le planteo es la Atención Primaria. Mire, yo sé que en la fase aguda de la pandemia la Atención Primaria supo transformarse con mucha rapidez para poder atender a la fuerte demanda de pacientes con sintomatología compatible con la infección, pero es que en esta fase de desescalada están llamados ustedes a desarrollar un papel también crucial. Crucial, porque ustedes van a tener que detectar casos nuevos, van a tener que encargarse del seguimiento de las personas convalecientes y, además, tienen que conectarse con Salud Pública para hacer el rastreo de contactos. Pero, además de todo eso, ustedes tienen que seguir ejerciendo, atendiendo a las patologías no COVID. Y yo le pregunto, ¿eso cómo se hace? ¿Cómo se logra? Porque yo creo que usted lo que nos va a decir es que hace falta una inyección de recursos humanos, una inyección de los recursos tecnológicos que sean necesarios. Vale. Pues cuantifíquemoslos; ¿en qué medida necesitamos esa inyección? ¿Cómo se debería mejorar la atención domiciliaria? ¿Cómo podríamos incrementar la capacidad de resolución de Atención Primaria? ¿Cómo podríamos garantizar el acceso a las pruebas diagnósticas que usted mismo ha citado, moleculares, serológicas, vinculadas en este caso, en un contexto de pandemia, al COVID-19? Porque aquí lo esencial –no lo olvidemos- es contar con esos resultados lo antes posible para iniciar las acciones de control clínico y epidemiológico. Entonces, ¿eso cómo lo hacemos? Pero, sobre todo, una de las claves, en la que yo creo que usted quería poner especial énfasis, es cómo se tienen que coordinar y cómo tienen que colaborar Atención Primaria con Salud Pública para incorporar los datos de actividad de Atención Primaria en la vigilancia epidemiológica de manera ordinaria, de manera regular, para así conseguir ese retorno; un retorno que es lo que ustedes necesitan en Atención Primaria, para orientar precisamente y corregir los protocolos clínicos, para diseñar las actividades de promoción de la salud y de prevención. ¿Cómo hacemos eso?, porque esa es una de las claves que ha identificado nuestro partido, tanto a nivel nacional como a nivel autonómico.

Por último –y con el tercer bloque acabo, presidente-, está el bloque de la salud pública. La salud pública –yo creo que es un hecho constatado y vamos a compartirlo y vamos a coincidir aquí todos los grupos políticos- se ha descuidado absolutamente durante los últimos años. Se ha descuidado a todos los niveles: a nivel nacional y a nivel autonómico; en todos sus componentes además: en protección de la salud, en vigilancia epidemiológica, en prevención, en promoción de la salud. En definitiva, solo nos acordamos de la salud pública cuando hay una crisis sanitaria; usted mismo ha citado las distintas crisis sanitarias que se han producido en los últimos años. Entonces, si hay ese consenso palpable en todas las fuerzas políticas de que la salud pública necesita un gran refuerzo a todos los niveles, la cuestión es: en su opinión, ¿cómo se debería reforzar la red de vigilancia epidemiológica de salud pública? ¿De qué instrumentos, de qué tecnologías habría que dotar a la salud pública para mejorar, precisamente, los sistemas de alerta precoz y de respuesta rápida? Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. En nombre del Grupo Parlamentario Popular, el señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor presidente. Bienvenido, doctor Padilla. El Grupo Popular de la Asamblea le agradece mucho su presencia y la aportación que hace a esta comunidad. Le agradecemos en particular el hecho de que ponga en valor la Atención Primaria. Y no crea usted lo que dicen los medios; tiene usted todo el respeto del Grupo Popular y todo nuestro cariño. Además, tengo que decirle que compartimos muchas de sus propuestas, muchas de sus soluciones y muchas de sus preocupaciones. Créame que es así. Mire, yo no voy a aprovechar el tiempo, porque a mí me interesa oírle a usted. Yo no he venido aquí a clavar mi mensaje político sanitario. Aquí se supone que el que tiene que hablar es usted y el que tiene que exponer ideas es usted, pero hay dos cosas que me gustaría que usted analizara.

Una de ellas es que ha comentado que el gasto sanitario en Madrid es particularmente bajo. Yo siempre he pensado que no se puede comparar el gasto sanitario de una comunidad con otra por muchos factores; o sea, que no son datos fácilmente comparables, como muchas veces sucede en el análisis científico de variables. Y hay una cuestión: ¿cómo puede ser que, si gastamos tan poco y tenemos un gasto sanitario tan bajo, en general, lo que se produzca es un flujo infinito de pacientes de comunidades que tienen un gasto sanitario por habitante muy superior al nuestro y que vienen a buscar la calidad de la sanidad madrileña? Me parece que ahí hay un cierto grado de incongruencia. Quiero decir, si esto es un desastre porque invertimos tan poco, ¿cómo puede ser que venga mucha gente de otras comunidades que invierten mucho más que nosotros a buscar los tratamientos en los centros, a buscar la sanidad madrileña, a buscar la medicina madrileña, y no sucede al revés? Nadie se va de Madrid a buscar tratamientos en otras comunidades. Y esa es una cosa de la que a mí me gustaría conocer su análisis.

Luego, usted dice que, básicamente, aquí lo que hay que poner es una gran cantidad de dinero. Hay que poner dinero, y sobre todo en Atención Primaria. Yo estoy completamente de acuerdo en eso, pero eso no quita un análisis. Mire, poniendo un ejemplo, yo creo que la infección –la epidemia por el COVID- ha puesto de manifiesto situaciones que admiten un cierto grado de comparación, y una cosa que a mí no deja de preocuparme, e incluso casi de molestarme, es que países europeos que tienen unas estructuras sanitarias absolutamente deplorables, que se considerarían rigurosamente inadmisibles en nuestro país –irrigurosamente inadmisibles!-, con unos centros sanitarios que no pasarían bajo ningún concepto las homologaciones que son requeridas en este país y con unos niveles técnicos absolutamente ínfimos y tecnológicos absolutamente desconocidos en nuestro país prácticamente desde los años setenta, han obtenido unos resultados frente a la epidemia que son espectaculares y que son verdaderamente humillantes para nosotros. Países que siguen inmersos en crisis tremendas, como puede ser Grecia, bajo planes de austeridad absolutamente genocidas –por no decir otra cosa-, nos han dado una verdadera lección de cómo hay que hacerlo. A lo mejor no todo depende del dinero. A lo mejor, de hecho, la solución a problemas sanitarios, tanto de sanidad pública como de otra índole, no depende fundamentalmente del dinero, sino de cómo se realiza el gasto de los recursos disponibles y, a lo mejor incluso de otras cosas. Yo creo que esa lección está ahora mismo colgada de la pared, pero, ¡vamos!, está colgada de la pared y escrita en mármol para el que quiera leerlo, y me gustaría conocer su análisis al respecto; su análisis, que sin duda alguna será honesto y me parecerá, sin ninguna duda, muy interesante. Y nada más. Yo

no quiero decir nada más, salvo reiterarle el respeto con el que se le recibe en esta Cámara y darle las gracias por su presencia en esta comisión. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. Por el grupo Socialista, el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor presidente. Doctor Padilla, gracias. Cada uno de los puntos que ha mencionado es valioso y está muy asumido por nuestro grupo. Me alegra también decirle que en la Comisión de Reconstrucción del Congreso de los Diputados muchos de los puntos que usted ha mencionado han sido objeto de consenso por parte de todos los grupos; es decir, estaban en el documento original y no han sido enmendados.

Yo quería pedirle que se explayara sobre algunos aspectos. Me ha gustado que haya mencionado, me ha gustado que haya traído a colación, los planteamientos del grupo AP se mueve, que tienen un diagnóstico muy certero de la situación en los puntos que plantean. Entonces, hay dos asuntos que ha mencionado que tienen una enorme importancia. Uno es el plan para los cambios que debe haber en AP antes del más que probable incremento de rebrotes que pudiéramos tener, que va vinculado a otro plan que usted ha dicho que debíamos tener, que es un plan para hacer frente a los virus otoñales e invernales. Son dos temas de una urgencia particular que merecen un comentario.

Luego, ha mencionado usted otro asunto en el que también me gustaría que se explayara, y es la necesidad de aumentar la capacidad de los centros. Nosotros –cuando digo nosotros me refiero al Grupo Socialista- llevamos muchos años pidiendo casi 30 centros más. Muy a menudo esto ha sido ridiculizado por los grupos que no han votado el presupuesto que pedíamos. Ahora forma parte del programa de gobierno y, como usted sabe, esta ausencia de espacios lleva a trabajar a turnos en los centros de salud. Trabajar a turnos, sobre todo a turnos fijos, es incompatible –usted es padre de un niño joven- con la conciliación familiar, y este es un aspecto muy importante de los médicos de familia. Ligado a eso, ha mencionado otro asunto que es clave, y es la necesidad de dimensionar con holgura las plantillas, porque no podemos estar a expensas del “precariado” médico, que tiene unas enormes consecuencias negativas para el futuro.

Y otro asunto que me gustaría que comentara: usted mencionaba la importancia de la autonomía de los centros de salud. La autonomía de los centros de salud va vinculada a los temas de buena gobernanza y he de decir que tengo un problema con el resultado de esta comisión porque, claro, cuando tenemos un Gobierno que no cumple leyes que han sido votadas, no cabe duda de que, señor presidente de la comisión, podemos llegar a acuerdos, pero no sé qué garantía podemos tener de que se cumplan. Y esto viene a cuento de que en la Ley de Medidas de Presupuestos para 2016 hubo un artículo votado, aprobado –quiero decir que lo apoyó Ciudadanos-, para implementar medidas de descentralización de la Atención Primaria. Usted sabe que la Atención Primaria en Madrid es posiblemente la más centralizada de Europa. Una comunidad de 6,5 millones de personas tiene todo gobernado centralmente; las direcciones asistenciales realmente no se unifican nada. No es solamente que no se cumplieran aquellos artículos de la Ley de Acompañamiento de Medidas de 2016, sino que la Ley de Buen Gobierno de Centros y Organizaciones del Sermas, que también

mandaba una gobernanza específica para la Atención Primaria, no existe. Con lo cual, es difícil que lo menos tenga autonomía cuando no lo tiene lo más. Es difícil tener autonomía en los centros de salud si no hay autonomía a nivel de las direcciones asistenciales o de área. Por eso me gustaría que comentara esto.

El portavoz de Ciudadanos ha hecho alusión a una medida concreta en relación con la temporalidad que a mí también me gustaría comentar. Dice: la temporalidad debe ser abolida. El problema es que el sistema actual de cobertura de vacantes que tenemos lleva imbuida en el diseño la temporalidad. Cuando usted se jubile, si esto no cambia, le pondrán un eventual o un interino. Temporalidad: falta de respeto a sus pacientes, que verán a sucesivos médicos que se presentarán, y falta de respeto a los profesionales, que no podrán organizar su vida. Me gustaría que comentara eso y me alegra que el portavoz de Ciudadanos lo haya traído, porque es un viejo tema sobre el que llevamos hablando y escribiendo, algunos, muchos años. Y nada más, solo reiterarle: muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Padilla, tiene usted la palabra. Son las 18:45, vamos a tratar de poder responder en quince o veinte minutos, para terminar la comparecencia de hoy, antes de pasar a ruegos y preguntas. Muchísimas gracias.

El Sr. **MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Padilla Bernáldez): Perfecto. Muchas gracias a todos y todas por los comentarios, por las preguntas y por las aclaraciones. Comienzo por la portavoz de Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie. En relación con la influencia de los recortes, yo intento no ser un capitán a posterior a la hora de evaluar con el espejo retrovisor, porque ahí está claro que todo es mucho más sencillo. Lo que sí que creo es que hay bastantes datos, y hay algún artículo publicado en revistas como Gaceta Sanitaria comparando a diferentes comunidades autónomas, que nos hablan de que, desde el comienzo de la crisis, en el año 2009, que se dejó notar en el gasto público y en el gasto sanitario en el año 2010, ha habido una pérdida de resiliencia del sistema; ha habido una disminución de su capacidad. Sí que es cierto que la Comunidad de Madrid es de las comunidades que menos disminución tuvieron del presupuesto en este periodo de recorte, aunque también se puede interpretar como que vivía en el recorte; o sea, quien ya está muy delgado no tiene mucho que adelgazar, ¿no?; o sea, que la lectura está claro que puede ser dual. Luego, ya hablaremos del tema del gasto sanitario. Se hace un análisis, generalmente, de que esta situación del COVID y la centralidad que ha tenido lo sanitario suponen un refuerzo de los sistemas públicos de salud y que no va a haber recortes al respecto. Yo creo que en cierto modo podemos decir, o podemos acordar, que supone una vacuna, lo que pasa es que supone una vacuna de la que a lo mejor hay que revacunarse, porque a lo mejor cada dos años ya se nos ha olvidado lo que ha estado ocurriendo. Yo creo que a nadie sensato se le ocurriría disminuir el presupuesto de Atención Primaria o el presupuesto del sistema sanitario en los próximos Presupuestos Generales del Estado ni en los presupuestos de la comunidad, cuando a lo mejor en marzo estamos en una nueva situación de confinamiento. Lo jugamos todo a la vacuna, pero también hay que mirar un poco cuál es el desarrollo histórico de las vacunas y lo que se ha tardado, aunque también es cierto que nunca se han puesto tantos esfuerzos en una situación como la actual.

Sí creo que también es cierto que en la asistencia sanitaria –más en la hospitalaria, pero también en la Atención Primaria- hay capacidad para poder cortar chicha sin cortar músculo –cortar grasa sin cortar músculo-; o sea hay capacidad para dejar de hacer para poder hacer. Hay mucha revisión perpetua que no tiene mucho sentido, hay mucha indicación de pruebas complementarias que tampoco, hay una variabilidad entre indicaciones quirúrgicas, entre centros que están colindando el uno con el otro que, o bien en un centro se está infraindicando, o bien en el otro se está sobreindicando, pero ahí claro que la variabilidad tiene que ser una herramienta que nos ayude a adecuar la respuesta, y esto es especialmente importante en una situación como la actual en la cual todo lo que hagamos tiene un coste de oportunidad, porque no estamos haciendo otra cosa en una circunstancia de recursos muy escasos.

Sobre el tema de las necesidades estructurales y la separación de circuitos e infraestructuras, esa es una gran limitación. Es una limitación enorme en los consultorios rurales, especialmente en una circunstancia de multiplicación de la población, porque nos centramos mucho en lo que va a ocurrir en otoño, pero vemos, y sabemos y estamos viendo en otras comunidades autónomas, que está ocurriendo ahora, ya, en algunos lugares el incremento de la incidencia. Pero también ocurre en el centro de Madrid. Hay muchos centros de salud del centro de Madrid que son locales comerciales antiguos en otras circunstancias, ¿no? Allí podía haber un supermercado Día, pero ahora hay un centro de salud, con una muy deficiente aireación, con una total incapacidad de separar circuitos. Y esto nos pone ante otra circunstancia que es una gran disyuntiva –que comento ahora como la podía comentar en otras cuantas intervenciones-: una de las cosas que más me preocupan de cómo se reorganiza la asistencia sanitaria después de la primera oleada de COVID es que lo estamos haciendo solo los profesionales sanitarios. Me explico. La población no está teniendo el rol de decir: Esta medida que estáis poniendo está suponiendo una barrera a la asistencia sanitaria que no sé si voy a poder abordar. Tenemos muy claro que no queremos exponernos a nuevos contagios profesionales, pero tenemos que intentar disminuir esa colisión entre el concepto de protección de los profesionales y el concepto de accesibilidad al sistema sanitario. Durante la época en la que una parte muy importante de la asistencia sanitaria se hacía solo por la vía telefónica, yo tuve casos de pacientes que llegaban al centro de salud, en el triaje se les tomaba el nombre y el número de teléfono y, cuando yo llamaba al número de teléfono, me decía que el paciente no había recargado ese número desde hacía tiempo y entonces tenía las llamadas restringidas. No podemos tomar medidas sanitarias desde una óptica “clasemedianista”, que no nos exponga a unas dificultades que tiene la gente en su vida cotidiana que no tenemos nosotros mismos. Y por eso creo que son necesarias iniciativas como la que han tomado en el centro de salud Rafael Alberti, donde se están reuniendo con la población para ver “y ahora qué”, como están haciendo en muchos centros educativos en los que están diciendo: Bueno, este es un problema de todos y aquí vamos todos a esta; vosotros no queréis que nosotros nos contagiemos, nosotros no queremos que vosotros tengáis barreras al acceso. ¿Ahora qué? Entonces, yo creo que, además, es un proceso de rendición de cuentas y un proceso de salud democrática que hay que dejar que los centros hagan, pero que desde las gerencias también se puede empujar para que lo hagan.

Sobre el tema de la orientación comunitaria y la relación con la Administración local, creo que este es uno de los aspectos fundamentales. Creo que, además, la relación con la Administración local en algunos lugares, como pueda ser la ciudad de Madrid, puede ser mucho más compleja, pero creo que hay otros lugares donde son mucho más conscientes y no hace falta que nadie venga a decírselo, principalmente municipios de menos habitantes, o municipios de muchos habitantes, en los que hay una trayectoria a lo mejor de acción de salud, como puede ser Getafe, que ha tenido a lo mejor unas concejalías más guerreras a este respecto, o Alcalá de Henares, donde lo tienen muy presente.

En relación con lo que me ha dicho la señora Joya, atención domiciliaria y cuidados paliativos, es que este es el melón que teníamos antes del COVID y que ahora nos ha explotado. El nivel de atención domiciliaria no puede quedar a la voluntad, a la disponibilidad de tiempo y a la capacidad de proacción del profesional que sea asignado por cupo en Atención Primaria, ya sea la médica, ya sea la enfermera. En el ámbito de lo domiciliario, el protagonismo de la enfermería es indudable, en el ámbito de todo lo que tiene que ver con lo comunitario el protagonismo de la enfermería es indudable, lo que ocurre es que aquí en muchas ocasiones encontramos un conflicto con el tiempo; agendas que están llenas, a semanas vista, que no tienen un hueco para esto. Todo lo que tiene lugar fuera de la delimitación del centro de salud no suele tener una disponibilidad en la agenda específica y en muchas ocasiones eso hace que muchos centros sanitarios adquieran organizaciones que me parecen tremendamente perniciosas, como es repartir la atención domiciliaria; hoy yo estoy de atención domiciliaria. No, la Atención Primaria es fundamentalmente longitudinalidad y atención en la comunidad, y no puede ser que haya otras personas que vayan a ver a los pacientes que yo conozco. Iba a decir que yo conozco de toda la vida, ¡ojalá yo estuviera toda la vida en el mismo sitio! –pero bueno, llevo año y medio-, pero hay médicos que llevan toda la vida con sus pacientes. Creo que eso es fundamental.

Sobre el tema de cuidados paliativos, está claro que hay insuficiencia. Mi experiencia personal siempre ha sido muy positiva desde el punto de vista de que cuidados paliativos juega un papel de consultoría y apoyo –son papeles de apoyo, no son papeles sustitutos de la labor de dar los cuidados paliativos por parte de los profesionales de Atención Primaria que conocen al paciente, que conocen el domicilio, que conocen a la familia, que van a hacer el acompañamiento a la familia cuando el paciente ya haya fallecido-, ahora bien, es una disponibilidad muy limitada al horario de oficina, lo cual es incongruente con una Atención Primaria que funciona en turno de mañana y en turno de tarde. Lo mismo digo para la salud pública; no puede ser que cuando yo llegue en mi horario cotidiano tenga que llamar al 061 en vez de llamar al teléfono rutinario de Salud Pública, no puede ser que haya un sistema de Atención Primaria que funcione de 8 de la mañana a 9 de la noche, pero que haya otros dispositivos, fundamentales en el desempeño de la Atención Primaria, que funcionen solo en horario de oficina, o que funcionen con apaños en el horario que es fuera de oficina, pero ya no es una atención normalizada. Y a mí hay una cosa que me preocupa y que es una singularidad que no he visto en otras comunidades –yo me formé en Andalucía, trabajé y he vivido ocho años en Andalucía-, que es esa dualidad de que la atención de cuidados paliativos esté prestada de forma dual por el Sermas o por la Cruz Roja, y que la Cruz Roja, además, no tenga un acceso normalizado a la historia

clínica electrónica, no tenga una disposición, no tenga un despacho, no tenga un lugar físico donde estar en centros hospitalarios. Creo que eso da una singularidad que hace que la atención que se recibe pueda no ser de la misma calidad, por una estructura que hace que simplemente esté disgregada, que esté fragmentada; la fragmentación de la provisión es un elemento distorsionador y que genera desequilibrios, y que creo que puede ser un artefacto.

Sobre el tema de la atención telemática, esto ha venido para quedarse, pero no vale para todo. La atención telemática, telefónica, por correo electrónico o, esperemos, por videollamada –hay muchos centros de salud en los que empezamos a tener teléfonos que nos ha dado la gerencia por los cuales podemos hacer videollamadas- están bien. Ahora, ¡ojo!, la atención telemática no puede ser un amplificador de las desigualdades. Siempre que se habla de introducción de las TIC –las tecnologías de la información y de la comunicación- yo siempre digo que bienvenidas sean, siempre que sean con una visión de desigualdades y de determinantes sociales de salud. A mí el correo electrónico me sirve mucho para comunicarme con algunos pacientes que no tienen domicilio fijo, porque han sido desahuciados y están de albergue en albergue o de realojamiento en realojamiento. No puede ser que nos parapetemos detrás de eso y que haya gente a la que no veamos presencialmente porque le exijamos que sea a través de una atención telemática –ya sea telefónica o ya sea por videollamada- cuando hay condicionantes, que no son solamente clínicos que también son sociales, que lo dificultan. Ahora bien, creo que con otros profesionales sí que es innegable. Es una cosa que se ha hecho muy rápido, y esto creo que es una cosa que hay que reconocer y que se ha hecho muy bien ahora mismo, es el desarrollo de nuevas formas de consulta electrónica entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Se ha desarrollado en un plazo de tres semanas y la respuesta viene en menos de 24 horas. Maravilloso. Y, si ha tenido que venir una pandemia, no nos vamos a alegrar, pero nos alegramos del desenlace, sin duda.

Sobre el tema de la relación, de la coordinación, esta es una de las cosas y el otro tema es la Salud Pública. Se ha comentado antes: ¿cómo hacer que Salud Pública y Atención Primaria funcionen casi a la vez? Salud Pública no es vigilancia epidemiológica, eso hay que decirlo –o sea, con Salud Pública hay que trabajar en lo que no es vigilancia epidemiológica-, y con vigilancia epidemiológica tenemos un problema, y es que en muchas ocasiones el lenguaje que utilizamos nosotros no es el lenguaje que utilizan ellos. Salud Pública funciona mucho en términos diagnósticos frente a criterios establecidos en protocolos concretos; Atención Primaria hace diagnósticos sindrómicos mucho más etéreos, con un ámbito de incertidumbre mucho más amplio. Para que eso enganche, primero tiene que haber comunicación; para que haya comunicación, primero tiene que haber personas en Salud Pública a las cuales podamos llamar. Yo el otro día tardé tres cuartos de hora en conseguir hablar con una persona de Salud Pública a las 20:30, por una alerta de salud pública relacionada con el COVID que necesitaba una actuación preferente, y tuve suerte de poder contactar con ella. Entonces, creo que esta es una cosa que las personas de los turnos de tarde, en que se ve a la mitad de la población, tienen que tener un acceso normalizado a la coordinación con Salud Pública, con cuidados paliativos y con Atención Hospitalaria, es uno de los debe de nuestra asistencia.

Sobre el tema de la educación sanitaria, yo creo que la promoción de la salud centrada en la educación para la salud tiene que transformarse en una promoción de la salud que esté más centrada en la actuación sobre los activos de la salud –las llamadas autogénesis-, sobre el impacto en las condiciones de salud, en las condiciones de vida. La evidencia disponible dice que las acciones de educación para la salud, especialmente si son individuales, tienen una capacidad para cambiar conductas muy limitada, porque no cambiamos nuestras conductas sobre la base del conocimiento; cambiamos nuestras conductas basándonos en otras cosas. Entonces, tenemos que intentar cambiar aquellos entornos en los cuales las personas toman las decisiones para que esas decisiones sean mejores. Digamos que hay una máxima en promoción de la salud que dice que la promoción de la salud básicamente consta de ponerle fácil a la gente la toma de decisiones saludables; cuando subimos el impuesto a las bebidas azucaradas, estamos poniéndole fácil a la gente que no tome Coca-Cola, que tome Coca-Cola light, ya sea por medidas legislativas, ya sea por lo que se llaman los nudge, las medidas de economía de la conducta, que hacen que se tomen un tipo de medidas u otras.

Con respecto a lo que me comentaba la señora García, nosotros tenemos una R0 que nos ayuda en tareas de triaje, que durante dos semanas está siendo supervisada y que posteriormente comenzará a hacerlas ella sola. Es una chavala tremendamente maja, tremendamente voluntariosa, que quiere hacer Atención Primaria –curiosamente-, pero que no puede ser el refuerzo de la Atención Primaria. No puede ser el refuerzo de la Atención Primaria. Gracias a que está en triaje, porque hay otras comunidades que están poniendo a los R0 a pasar consulta. Nadie pondría a un R0 en un quirófano. O sea, lo que aquí se traduce, cuando se opone a pasar consulta a un R0, es que está dejándose detrás el trabajo de médico de familia, que lo puede hacer cualquier médico que acabe de terminar la carrera; no hace falta esa formación de cuatro años que nos dan después, como si fuera un relleno. Creo que afortunadamente aquí no se les está poniendo a pasar consulta; se les está poniendo en el triaje. O sea, como medida complementaria, bueno, mientras empiezan la residencia, pero no creo que deba tener ni siquiera el concepto de relevancia de refuerzo de la Atención Primaria. No creo que se pueda encumbrar a ese nivel.

Sobre el tema de los MIR, está claro que la Atención Primaria es poco atractiva. Esta chica R0 me decía: Yo quiero hacer Atención Primaria, pero yo lo que no quiero es trabajar hasta los 45 o 50 años en un turno de tarde. O sea, hay acciones en el ámbito de hacer atractiva la Atención Primaria que a lo mejor sí que se pueden ir llevando a cabo. AP se mueve, de la que hemos hablado anteriormente, hablaba de que todas las plazas de tarde salieran con deslizante. Se puede plantear que todas las nuevas de mañana también salgan con deslizante para hacer hueco para ampliar esa capacidad de simultanearlo; en Valencia lo han hecho y no ha habido ninguna revuelta profesional.

Sobre el tema de la atención domiciliaria, hay que diferenciar atención domiciliaria de ingresos domiciliarios. La atención domiciliaria es una característica fundamental de la Atención Primaria, porque no hay una barrera en la Atención Primaria entre las puertas de la consulta, las puertas de la comunidad y las puertas del domicilio. Otra cosa es cuando al paciente, en vez de ingresarle en el hospital, se le ingresa en el domicilio. Ahora bien, ahí también entramos en un tema de análisis económico en el que tenemos que ser muy conscientes de si no estamos transfiriendo

ciertos gastos de la institución sanitaria a la familia, y especialmente a las personas cuidadoras y especialmente a las mujeres cuidadoras, que es algo que va justo detrás de lo que son los ingresos domiciliarios en muchas ocasiones. Lo que sí que está claro es que el rol de Atención Primaria en el domicilio ha de incentivarse y no hay mejor forma de incentivar algo que dar tiempo para que se haga. Yo habitualmente tengo citados, huecos, 45 personas; con 45 personas puede darme tiempo a ir a los domicilios y puede que ese tiempo lo quite de después de la consulta, o puede haber gente que diga: Es que no me da tiempo. Algo que es totalmente legítimo, porque la jornada laboral es la que es.

Sobre el tema de la resiliencia. La resiliencia, según la definen diferentes autores y autoras, consta de cinco factores fundamentales que están muy relacionados con la Atención Primaria. Uno es el de la alerta, que estaría más relacionado con la salud pública. Otro es el de la polivalencia, que es intrínseco al ADN de la Atención Primaria. Otro es el de integrar diferentes niveles, y eso está muy relacionado también con lo que ha comentado antes el doctor Mayol de hospitales que trabajan en red, instituciones que están integradas. Otro es el de la flexibilidad, que es lo que he comentado anteriormente de que esto no va de ampliar camas solamente sino de que las camas pueden ser ahora mismo una cosa o después otra. Pero, principalmente, en la Atención Primaria, si tuviéramos que destacar un valor, creo que debería ser el de la longitudinalidad. La Atención Primaria tiene sentido porque la gente sigue hablando de "mi enfermera", sigue hablando de "mi médica". La Atención Primaria tiene sentido porque la longitudinalidad ha demostrado disminuir la mortalidad de la población. La Atención Primaria tiene sentido porque no hace cortes transversales de la población sino que hace cortes longitudinales, centrados en la persona y centrados en la comunidad. Si extraemos una de esas variables, nos la cargamos. Yo llevo un mes y medio en mi puesto de trabajo y ahora me mueven, porque soy interino y hay una movilidad, pero por ese cupo han pasado cuatro médicos en el último año y poco. Eso no puede ser y eso está relacionado con lo que decía antes el portavoz de Ciudadanos.

Creo que el doctor Repullo también ha comentado en alguna ocasión –ha escrito bastante al respecto- los mecanismos permanentes de cobertura de puestos. Creo que hay que caminar hacia ahí. Creo que ese camino es arduo. Creo que ese camino necesita de muchos actores diferentes: organizaciones sindicales, organizaciones profesionales, población, posiblemente colectivos médicos que no estén incluidos en esas sindicaturas y en esas organizaciones colegiales, pero creo que no podemos seguir avanzando hacia un modelo en el cual la longitudinalidad se rompe en función de la temporalidad de las ofertas públicas de empleo que, encima, puede ser una temporalidad tremendamente elevada y puede haber gente que se quede navegando en un limbo. Creo que, además, la sentencia de la Unión Europea al respecto nos abre una puerta y nos plantea un marco que tenemos que aprovechar; tenemos que aprovecharlo para estabilizar, tenemos que aprovecharlo para dar autonomía y tenemos que aprovecharlo para facilitar el desarrollo profesional, porque el desarrollo profesional no es solo lo asistencial, también es lo docente y también es lo investigador. Creo que, especialmente en el desarrollo de lo docente, hay que ir de la mano de las autoridades educativas, no solamente para el dimensionamiento de lo que vamos a necesitar de cara al futuro sino también para hacer más atractiva esa Atención Primaria que acaba no pasando en su fase formativa

por Atención Primaria y, cuando pasan, es de forma cosmética o incluso algunos estudiantes pasan en los primeros años, cuando todavía no se han enterado muy bien de lo que es. Aquí, también cabría recuperar alguna de las propuestas que hace gente, como Juan Gérvas, de que el médico se forma en Atención Primaria y va al hospital como quien va al circo –por decirlo de alguna forma-, a ver lo extraño, a ver lo que en Atención Primaria –por un tema de distribución de incidencias- no va a ver, pero que tiene que ver allí. Pero en Atención Primaria es donde se forma el médico y, además, cuando mira los objetivos de la carrera de Medicina, estos hablan de formar a médicos que tengan polivalencia en general, posteriormente, para desempeñar su labor; no que tengan después que necesitar una carrera para hacer cualquier otra cosa. Entonces, después hay una especialidad en medicina de familia, pero tiene que haber unas ciertas competencias y, para dotar de esas competencias a los estudiantes, es principal que roten por Atención Primaria.

Está claro que no todo se basa en más recursos. Lo hemos comentado antes: dejar de hacer para poder hacer también es uno de los aspectos fundamentales. Creo que la generación de incentivos para la longitudinalidad es fundamental. Una de las medidas que se han llevado a cabo en los últimos cinco años en Madrid ha sido el establecimiento de movibilidades de profesionales más o menos periódicas. Se va a producir ahora la segunda desde que eso se instauró. Me parece perfecto que se generen espacios para que los profesionales puedan moverse, pero creo que deben ir acompañados de incentivos para que los profesionales no se muevan, porque al paciente no le interesa que el profesional se mueva. Yo trabajé en Parla, donde hay puestos de tremendamente difícil cobertura, en los que unos van rotando de forma perpetua, lo cual, además, genera una doble desigualdad, porque la población de Parla es una de las poblaciones con una renta per cápita más baja, con unos niveles de precariedad y de desempleo tremendamente elevados, donde seguramente más se beneficiarían de una longitudinalidad a largo plazo. ¿Por qué no se incentiva eso? Y los incentivos pueden ser muchos: uno, desde luego, puede ser económico, pero otro puede ser que en Parla, en vez de tener 1.800 pacientes por cupo a lo mejor tengan 1.200; a lo mejor la gente, con 1.200 pacientes por cupo, sí que se va a trabajar para allá. O sea, existe mucho escrito sobre incentivos para la longitudinalidad. Bueno, pues si creemos realmente que ese es el valor fundamental de la Atención Primaria, habrá que ponerlo sobre la mesa. No todo es dinero, pero también hay partes que son dinero, como ese 15 por ciento que estaba aprobado desde hace tiempo de incentivo para los turnos de tarde, que no se ha llegado a presupuestar nunca. Eso está ya aprobado, pero no se le da el empujoncito para que se acabe produciendo.

Sobre Salud Pública: Ley General de Salud Pública, Ley General de Salud Pública, Ley General de Salud Pública. Y, si queremos llevarlo más a lo concreto, lo que pide la gente de Salud Pública: gente. Lo segundo que piden: capacidad normativa; ya no legislativa, porque la legislativa suele estar. Empuje, una red de seguridad de la institución que diga: Voy a estar aquí. Y luego, capacidad para coordinarse también en un ámbito muy difícil de coordinación que suele ser el nivel fronterizo entre comunidades autónomas. Los niveles de la coordinación de Salud Pública entre diferentes niveles autonómicos suelen ser una de las dificultades. Pero en Salud Pública no se necesita más formación. Están tremendamente formados. No se necesitan más tecnologías, aunque seguramente sea necesario ir desarrollando otras tecnologías que vayan más allá de la que desarrolló

John Snow, cuando con el cólera en Broad Street, en Londres, descubrió de dónde venía todo el tema. O sea, que será necesario actualizarlo, pero lo fundamental es gente y un apoyo normativo.

En relación con lo que decía el doctor Raboso, creo que es muy difícil comparar comunidades autónomas, en efecto, y creo que el uso aislado de euros por habitante o el uso aislado de porcentajes de producto interior bruto es falaz. Creo que debería irse hacia un acuerdo de generación de un indicador combinado, que combinara ambas cosas, que combinara dispersión, que combinara... O sea, un indicador complejo que se combinara igual que se combinan para otro tipo de medidas, como puede ser el reparto de la financiación autonómica, para realmente poder comparar entre diferentes comunidades. Pero 500 euros por habitante de diferencia entre Euskadi –que tampoco es una comunidad tremendamente dispersa- y Madrid -500-400-, me parece una barbaridad. Me parece una barbaridad porque esos son anuales, pero los podemos ahorrar en el tiempo. Yo, como dije antes, me formé en Andalucía. En Andalucía han tenido siempre, históricamente, el menor gasto sanitario por habitante y ellos se escudaban en que hacían una mejor gestión. ¡No, hombre! La mejor gestión tiene capacidad para mejorar la sostenibilidad interna del sistema, para mejorar esa eficiencia, pero no podemos achacarlo todo a la mejora de la gestión, sobre todo cuando no medimos esa mejora de la gestión y, entonces, simplemente es una especie de discurso autocomplaciente. Y, entonces, ¿vienen de fuera aquí a recibir una terapia CAR-T o a recibir una terapia innovadora? ¡Claro! Yo nunca pondré en duda que los servicios punteros están, muchos de ellos, en Madrid. Y me van a permitir... Había sacado esta analogía del discurso, pero, ya que me la ha puesto en bandeja, la voy a hacer: es que en muchas ocasiones Madrid es el Ferrari en la puerta de la chabola. En muchas ocasiones tenemos la unidad tremendamente puntera con la Atención Primaria que trabaja en un barracón. No viene la gente de fuera a tratarse en Atención Primaria –y no es porque los médicos de Atención Primaria seamos peores que los médicos de Atención Primaria de otros lugares-, no le niego que vienen aquí a tratarse con CAR-T, no le niego que hay lugares como La Paz, como el Niño Jesús –o, como el Vall d’Hebron o como el Clinic en Cataluña-, tremendamente punteros, pero creo que eso no hace una enmienda a la totalidad de que hay una estructura subyacente, básica, que es la que se supone que tiene que construir hacia arriba, que no está. Decía Eduardo Galeano que lo único que se construye desde arriba son los pozos; no queremos que el sistema sanitario sea un pozo, queremos que el sistema sanitario sea una torre que se construya así.

Las causas. Está claro que no todo es más dinero, aunque hay cosas que necesitan más dinero. Ahora bien, ¿por qué Hungría o Eslovaquia no han pasado por la crisis del COVID como hemos pasado nosotros? Creo que hay muchos aspectos, pero hay uno con una capacidad explicativa relativamente alta que es que somos un centro de comunicaciones. Una situación fundamental: Thomas Glass hacía un análisis en el cual le salía una R al cuadrado de 0,3; un 30 por ciento de la incidencia él la explicaba por la capacidad de captación de movilidad –no solamente turismo sino sobre todo también negocios- y hablaba de países tremendamente afectados: Francia, Italia, España, Estados Unidos, los cuatro países líderes en turismo, pero también líderes en otro tipo de comunicaciones. Está claro que también hay otro aspecto de know how, digamos de conocimiento previo adquirido; nosotros no habíamos pasado un SARS, un MERS, nosotros no somos Singapur, que, además, Singapur es una ciudad...

El Sr. **PRESIDENTE**: Doctor Padilla, lleva usted veinticinco minutos.

El Sr. **MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Padilla Bernáldez): ¿Me deja dos más?

El Sr. **PRESIDENTE**: Y hasta cinco.

El Sr. **MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Padilla Bernáldez): Vale, perfecto. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Pero nunca más allá de eso.

El Sr. **MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Padilla Bernáldez): Perfecto. Creo que hay otro aspecto también relacionado. Se señalaba a España diciendo: Es que España tiene la mayor esperanza de vida del mundo, ¿cómo puede ser que en España pase esto? ¡Claro!, es que el factor esperanza de vida es un factor muy tramposo. Hay otro parámetro, que recogí yo en un documento que me encargó Intermón Oxfam sobre desigualdades en salud en España, que es el parámetro de esperanza de vida saludable a partir de los 65 años. Es que a partir de los 65 años en España se viven muchos años, pero no son unos años de vida saludables, son años con enfermedad. Cuando viene una pandemia, que principalmente estratifica la vulnerabilidad en función de años y comorbilidades, entonces no nos encontramos en un gran lugar por tener una alta esperanza de vida; nos encontramos en un lugar muy vulnerable porque tenemos mucha enfermedad con muchos años. Eso también puede tener cierta capacidad explicativa. Y luego hay otra capacidad explicativa. El otro día leí un artículo –no sé si en The Lancet o dónde- en el que se hacía una especie de comparación de sistemas para ver realmente por qué unos sí y otros no –creo que también era Jordi Varela el que lo comentaba en su blog-: hay países con modelos tipo Bismark que han tenido un desempeño mejor que países con modelo tipo Beveridge y que lo achacan a ese exceso de capacidad, porque esos modelos tipo Bismark han hecho una respuesta hospitalaria, pero los modelos tipo Beveridge también hemos hecho una respuesta hospitalaria. A respuesta hospitalaria no vamos a ganar a Alemania ni tampoco vamos a ganar a Hungría. Porque si uno se pone a mirar cuál es el listado de los países con mayor y menor número de camas por habitante, nos encontramos con Hungría, Alemania, países tipo Bismark a la cabeza, pero es que, si miramos hacia abajo, nos encontramos con Suecia, Reino Unido, Italia y España. No es que sean peores sistemas sanitarios, es que el bajo número de camas es una característica, no es un problema del sistema. Ahora bien, hay que ver cuál es el nivel mínimo que nos podemos permitir de camas, hay que ver la capacidad para transformar esas camas y hay que ver cómo hacer para que esas camas no se utilicen, que creo que es lo fundamental y en lo que hemos fallado; y es en lo que hemos fallado porque aquí ya había transmisión comunitaria cuando no sabíamos que había transmisión comunitaria. Y, a partir de allí, más allá de eso, miremos: ¿se nos va a volver a colar la transmisión comunitaria por la puerta de atrás o vamos a tener la capacidad para decir “quieto parao”?

Y, una cosita, para comparar sistemas, esperemos al final de la foto, porque ahora nadie mete a Portugal entre los países de respuesta de éxito y hace dos semanas sí lo metíamos. Vamos a esperar al final de la foto, porque puede ser que algunos países que dieron una respuesta inicial muy positiva a lo mejor no la podrán dar tan positiva cuando la pandemia de COVID pueda ser evaluada porque haya terminado.

Y termino con lo que me ha dicho el señor Freire. El aumento de la capacidad de los centros, de los turnos. Eso lo hemos comentado un poco. Creo que es necesario aumentar algo en términos de flexibilidad –me refiero un poco porque se suele utilizar como se suele utilizar-, pero creo que sí que podemos hablar de algo más de creatividad. La mayoría de las comunidades autónomas funcionan con turnos mixtos en los cuales los profesionales trabajan un número determinado de mañanas y un número determinado de tardes, todos. Y eso no quiere decir que se le niegue a la población la atención de tarde; quiere decir que la población tiene la capacidad de, con el mismo médico, ser atendido de mañana o de tarde. Pero que, además, el sistema necesita asegurar que va a poder tener profesionales que ejerzan labores tan básicas como es la de la conciliación, pero que, además, sientan que es un sistema atractivo para ellos. Yo trabajo a media jornada, yo me he reducido la jornada para poder cuidar de mi hija, pero si yo pudiera trabajar más mañanas, yo no me reduciría la jornada, estaría trabajando al cien por cien y el sistema no tendría ningún problema en cubrir esa plaza de difícil cobertura que es mi otra media jornada. Entonces, creo que esa flexibilización va a redundar positivamente también en los pacientes, obviamente en los profesionales, pero también el sistema y en el sistema de cara al futuro.

Y, luego, con el tema del área única, la gobernanza, la descentralización o la centralización, yo creo que sí que tenemos que ir a la territorialización, porque es una característica de la Atención Primaria y es una característica fundamental también de la salud mental, especialmente de la salud mental comunitaria. Y esa territorialización tiene que ir de la mano de gobernanzas específicas con capacidad de autonomía para actuar, no solamente para transmitir. Pero, además, a mí me llama la atención, porque creo que en el fondo esa territorialización también responde a un principio muy liberal que es el de la autonomía de la gestión, e incluso lo que podríamos llamar la autonomía interdependiente, que haga que unas áreas sanitarias desarrollen innovaciones que posteriormente puedan copiar otras áreas sanitarias. Yo creo que eso ha funcionado bastante bien en esta época de la pandemia, en la cual cada centro sanitario se ha autogestionado, pero ha acabado copiando lo que hacían bien otros centros, digamos, aportando la singularidad de lo suyo. Pero creo que, y especialmente cuando la salud pública cobra una relevancia tan especial como la cobra ahora, la territorialización es una cosa irrenunciable. Y creo que nada más. Muchas gracias. *(Aplausos)*.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Padilla, por su tiempo, por su sabiduría, por su experiencia, por habernos aportado todos estos elementos y buenas tardes. Señoras y señores, solamente nos queda un punto más en la sesión de hoy.

— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** —

Y eso hago yo: rogarles y preguntarles si hay algo para este punto, para el último punto, de ruegos y preguntas. *(Pausa.)* De esta manera, nos veríamos el próximo viernes, a las 9 de la mañana. Muchas gracias.

(Se levanta la sesión a las 19 horas y 18 minutos).

SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA

SERVICIO DE PUBLICACIONES

Plaza de la Asamblea de Madrid, 1 - 28018-Madrid

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es



Depósito legal: M. 19.464-1983 - ISSN 1131-7051

Asamblea de Madrid