

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 212

10 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 viernes 10 de julio de 2020

ORDEN DEL DÍA

1.- Comparecencias con tramitación acumulada:

C-1208/2020 RGEF.14596. Comparecencia del Sr. D. Rafael Domenech, Responsable de Análisis Económico de BBVA Research, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al

objeto de informar sobre principios y propuestas que considere necesarias a los efectos de promover la reactivación económica de la Comunidad de Madrid y superar los efectos generados por la crisis del COVID-19. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

C-1334/2020 RGEP.15127. Comparecencia del Sr. D. Rafael Domenech, responsable de Análisis Económico de BBVA Research y Catedrático, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre medidas económicas que se puedan poner en marcha para la recuperación e impulso de la actividad en la región. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

2.- C-1220/2020 RGEP.14895. Comparecencia del Sr. D. Fernando Rodríguez Artalejo, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, 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).

3.- C-1292/2020 RGEP.15060 - RGEP.15376/2020 - RGEP.15460/2020. Comparecencia del Sr. Profesor José Ramón Repullo Labrador, Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud en la Escuela Nacional de Salud, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de aportar información para la reconstrucción en el ámbito de la sanidad (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

4.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 9 horas y 5 minutos.	11705
Comparecencias con tramitación acumulada:	
— C-1208/2020 RGEP.14596. Comparecencia del Sr. D. Rafael Domenech, Responsable de Análisis Económico de BBVA Research, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre principios y propuestas que considere necesarias a los efectos de promover la reactivación económica de la Comunidad de Madrid y superar los efectos generados por la crisis del COVID-19. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	11705

<p>— C-1334/2020 RGEF.15127. Comparecencia del Sr. D. Rafael Domenech, responsable de Análisis Económico de BBVA Research y Catedrático, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre medidas económicas que se puedan poner en marcha para la recuperación e impulso de la actividad en la región. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).</p>	11705
<p>- Intervienen el Sr. Muñoz Abrines y el Sr. Brabezo Carballo, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....</p>	11705-11706
<p>- Exposición del Sr. Responsable de Análisis Económico de BBVA Research y Catedrático.....</p>	11706-11711
<p>- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Sánchez Maroto, el Sr. Ruiz Bartolomé, el Sr. Tejero Franco, el Sr. Brabezo Carballo, el Sr. Muñoz Abrines y el Sr. Fernández Lara.....</p>	11712-11719
<p>- Interviene el Sr. Responsable de Análisis Económico de BBVA Research y Catedrático, dando respuesta a los señores portavoces.....</p>	11719-11726
<p>- Se suspende la sesión a las 10 horas y 35 minutos.....</p>	11727
<p>- Se reanuda la sesión a las 10 horas y 56 minutos.....</p>	11727
<p>— C-1220/2020 RGEF.14895. Comparecencia del Sr. D. Fernando Rodríguez Artalejo, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, 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).</p>	11727
<p>- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....</p>	11727
<p>- Interviene, en turno introductorio, el Sr. Freire Campo.....</p>	11728
<p>- Exposición del Sr. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública.....</p>	11728-11732
<p>- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. García Gómez, la Sra. Marbán de Frutos, el Sr. Raboso García-Baquero y el Sr. Freire Campo.....</p>	11733-11740
<p>- Interviene el Sr. Catedrático, dando respuesta a los señores portavoces.....</p>	11740-11751

- Se suspende la sesión a las 12 horas y 33 minutos.	11751
- Se reanuda la sesión a las 12 horas y 47 minutos.....	11751
— C-1292/2020 RGEP.15060 - RGEP.15376/2020 - RGEP.15460/2020. Comparecencia del Sr. Profesor José Ramón Repullo Labrador, Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud en la Escuela Nacional de Salud, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de aportar información para la reconstrucción en el ámbito de la sanidad (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	11751
- Interviene el Sr. Freire Campo, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	11751-11752
- Intervienen, en turno introductorio, la Sra. Cuartero Lorenzo y el Sr. Raboso García-Baquero.....	11752
- Exposición del Sr. Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud en la Escuela Nacional de Salud.	11752-11758
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Cuartero Lorenzo, la Sra. García Gómez, la Sra. Marbán de Frutos, el Sr. Muñoz Abrines y el Sr. Freire Campo.....	11758-11767
- Interviene el Sr. Jefe del Departamento, dando respuesta a los señores portavoces. .	11767-11768
- Interviene la Sra. Cuartero Lorenzo por una cuestión de orden.	11768
- Interviene el Sr. Jefe del Departamento, dando respuesta a los señores portavoces. .	11768-11775
— Ruegos y preguntas.	11775-11776
- Interviene el Sr. Oliver Gómez de la Vega.	11776
- Se levanta la sesión a las 14 horas y 33 minutos.	11776

(Se abre la sesión a las 9 horas y 5 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías. Si les parece, vamos a comenzar -casi puntualmente-. Hoy tenemos a tres comparecientes, uno de ellos compartido, entre comillas, que es con quien vamos a comenzar.

Comparecencias con tramitación acumulada:

C-1208/2020 RGE.14596. Comparecencia del Sr. D. Rafael Domenech, Responsable de Análisis Económico de BBVA Research, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre principios y propuestas que considere necesarias a los efectos de promover la reactivación económica de la Comunidad de Madrid y superar los efectos generados por la crisis del COVID-19. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

C-1334/2020 RGE.15127. Comparecencia del Sr. D. Rafael Domenech, responsable de Análisis Económico de BBVA Research y Catedrático, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre medidas económicas que se puedan poner en marcha para la recuperación e impulso de la actividad en la región. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Comparece don Rafael Doménech, responsable de análisis económico del BBVA Research. Yo le quiero agradecer al señor Doménech su amabilidad y su presencia. He tenido el gusto de conversar con él y de compartir ideas en otras vidas anteriores y sé que va a ser de muchísima utilidad lo que nos va a exponer. Me ha dicho que a las 10:15 horas tiene que abandonarnos; en consecuencia, yo les pido que limitemos el tiempo lo máximo posible. Los grupos que han pedido su comparecencia tienen antes que nadie derecho a hacer uso de la palabra por tres minutos; los otros grupos también. Así que, por parte del Grupo Parlamentario Popular, señor Muñoz Abrines, por favor.

El Sr. **MUÑOZ ABRINES**: Gracias, señor presidente. Teniendo en cuenta la urgencia y el tiempo limitado que tenemos, no voy a hacer ninguna intervención salvo para dar las gracias al señor Doménech por su comparecencia y por la ayuda que nos va a prestar en representación de una institución a la cual creo que el sector económico en su conjunto respeta mucho, porque, sin duda, BBVA Research lleva mucho tiempo haciendo estudios muy serios, muy fiables y que son de enorme prestigio para todo el mundo. Por lo tanto, quiero agradecer su presencia, porque seguro que va a ser muy útil para todos nosotros. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Muñoz Abrines. Señor Brabezo, en nombre de Ciudadanos.

El Sr. **BRABEZO CARBALLO**: Buenos días. Muchas gracias, doctor Doménech, por venir aquí a la comisión. Tal y como mi compañero anterior ha comentado, creo que lo importante no

somos nosotros sino usted y todo lo que nos pueda decir; por lo tanto, mi primera intervención es reducida. Sí que me gustaría insistir en hablar de tres aspectos que creemos que son fundamentales: uno, de crecimiento económico; dos, de innovación, y tres, del mercado laboral, y siempre teniendo en cuenta tres niveles: el nivel de la Unión Europea, el nivel nacional y, sobre todo, el nivel regional, que creo que es de lo que más necesitamos hablar en el día de hoy. Sin más dilación, por mi parte ya estaría todo. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Brabezo. Le pregunto a los representantes del resto de los grupos si quieren tomar la palabra. *(Pausa.)* ¡Estupendo! Señor Doménech, por favor.

El Sr. **RESPONSABLE DE ANÁLISIS ECONÓMICO DE BBVA RESEARCH Y CATEDRÁTICO** (Doménech Vilariño): *(Palabras que no se perciben al no estar encendido el micrófono.)* Es todo un privilegio y un placer poder hacer esta comparecencia ante esta comisión; muchas gracias al presidente y al vicepresidente de la misma. Espero y deseo que del trabajo de esta comisión salgan propuestas de trabajo que permitan, efectivamente, no solo afianzar la recuperación económica y social de la Comunidad de Madrid sino también contribuir al progreso y a la prosperidad de la región a largo plazo.

En estos diez primeros minutos iniciales básicamente voy a distribuir la presentación: en primer lugar voy a hablar en mi comparecencia sobre la crisis del COVID y sus efectos económicos y en una segunda parte hablaré de las propuestas para afrontar no solo esta crisis sino también retos anteriores que ya tenía la comunidad y que tienen que ver básicamente con las tendencias subyacentes de disrupción digital por un lado y de sostenibilidad medioambiental y social por otro, que esta crisis entiendo que acelera o incluso aumenta su importancia.

Las previsiones económicas para 2020 indican que la crisis del COVID va a ser la más intensa y profunda desde el final de la II Guerra Mundial tanto para la economía global como para Europa, para España o para la Comunidad de Madrid. La Comisión Europea acaba de presentar recientemente sus últimas previsiones, actualizadas, y espera una caída del producto interior bruto de la Unión Europea del 8,7 por ciento en 2020 y un crecimiento del 5,8 en 2021. Por lo tanto, estamos viendo que, incluso a finales del año que viene, la crisis habrá dejado todavía una cicatriz importante en términos de crecimiento y de empleo. Pero esta medida esconde importantes diferencias entre países: en un extremo, el producto interior bruto en países como Alemania va a disminuir cerca de un 6 por ciento y la recuperación que hay ahora en marcha y la de 2021 dejará su PIB a poco más de 1 punto a finales del próximo año con respecto al nivel de 2019, y en el otro, la caída del producto interior bruto de España, solo superada por Italia, rondará el 11 por ciento, y aunque se espera una recuperación económica de 5 puntos para 2019, estamos hablando de una brecha importante todavía a finales del año.

Las previsiones de BBVA Research apuntan a que la disminución del PIB de España en 2020 podría situarse alguna décima por encima de estas previsiones de la Comisión Europea. Me gustaría señalar que los indicadores que vamos siguiendo desde el servicio de estudios del BBVA indican que la

contracción de la economía en el periodo de confinamiento y al inicio de la recuperación posterior, en la que ya estamos, darían lugar a una caída del producto interior bruto y del empleo de la Comunidad de Madrid inferior a la del resto de España, ligeramente inferior, pero, aun así, muy muy importante. Obviamente, todas estas previsiones están realizadas suponiendo que no haya un rebrote generalizado del COVID este otoño o en el próximo invierno y, aun así, insisto, estamos viendo cómo va a dejar unas cicatrices intensas y previsiblemente bastante duraderas en nuestras economías.

El consenso indica que la caída del producto interior bruto en España, en la Comunidad de Madrid, será más profunda y la recuperación más lenta que para otras economías y regiones de la Unión Europea, primero, porque la crisis sanitaria ha sido más acusada que en países como Alemania, Austria o Dinamarca y las restricciones a la movilidad que se han tenido que imponer han sido más intensas; segundo, porque la recuperación será más lenta en algunos sectores, como el turismo, que se ven afectados por estas medidas de confinamiento, distanciamiento social o incluso la incertidumbre que tiene la propia demanda en estos tiempos; tercero, por una demografía empresarial caracterizada por numerosas pequeñas empresas, con menor capacidad financiera, y también por las ineficiencias del mercado de trabajo y la destrucción de empleo temporal, y en cuarto lugar, por la dependencia de algunos sectores del comercio internacional.

¿Qué podemos aprender de este episodio, de esta crisis, y cuánto cambiará la economía tras esta nueva normalidad? Déjeme que vaya directamente a la parte económica, y entiendo que en otras comparecencias analizarán la parte sanitaria. Las consecuencias económicas y sociales tienen todavía muchos interrogantes; no sabemos cuándo tendremos una vacuna efectiva que esté disponible para toda la población y es incluso posible que, a pesar de que la tengamos, la sociedad ya no responda igual en la medida en que el mundo seguirá expuesto a nuevos virus posiblemente más contagiosos o que podrían ser incluso más letales, como, de la misma manera, hemos visto que las sociedades del sureste asiático no respondieron igual a partir del año 2003 tras la crisis del SARS, y esto les ha dado también, afortunadamente, una ventaja comparativa en la gestión de la crisis actual.

Aunque la crisis sea transitoria, va a tener unos efectos bastante permanentes en el sistema productivo y en muchos patrones de consumo. El consenso, a pesar de todas las incertidumbres existentes, es que el proceso de transformación digital se va a intensificar a todos los niveles, aceptando la forma en la que trabajamos; lo hemos visto claramente con la mayor predominancia del teletrabajo, con la forma en la que las empresas organizan sus procesos productivos. El distanciamiento social y las medidas para prevenir futuras pandemias van a acelerar la digitalización y la automatización, y en esta nueva economía va a ser crucial seguir el ritmo de la frontera tecnológica mundial e invertir más en investigación, desarrollo e innovación y también en capital humano. Estos retos van a tener efectos importantes sobre muchas empresas y sectores productivos -lo estamos viendo en el caso del turismo y en el sector del automóvil- y también sobre los trabajadores, dependiendo de su capacidad de liderar o incluso de competir ante los cambios que suponen todos estos procesos disruptivos.

La crisis del COVID también ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con una diversificación productiva mayor, de depender menos de proveedores que puedan suspender la producción y de mantener inventarios suficientes. Estamos viendo cambios en la política industrial, en las ayudas de los Estados a las empresas y también en la gestión de las políticas monetarias fiscales y de rentas. El reto es conseguir que todas las medidas adoptadas para proteger, primero, el tejido productivo y el empleo y, posteriormente, para acelerar, intensificar y hacer más sostenible y duradera la recuperación sean lo más eficientes posible, utilicen de la mejor manera posible el dinero de los contribuyentes y no perjudiquen la eficiencia, la productividad y la competencia.

Está por ver también –es otro de los grandes interrogantes- cómo la crisis afecta a la desigualdad a medio y a largo plazo, aunque, en general, lo que sabemos es que esto fundamentalmente va a depender de las políticas que se lleven a cabo.

Para afrontar el futuro con medidas adecuadas para reducir los efectos permanentes sobre la economía y que la crisis no dé lugar a un aumento del desempleo estructural y del paro de larga duración, a una caída permanente de rentas y a un incremento de la desigualdad, va a ser fundamental trabajar en varios frentes. Primero, lo que yo denomino llevar a la economía española y a la Comunidad de Madrid a la frontera de posibilidades de maximización de seguridad sanitaria y de seguridad económica, evitando quedarse así en un punto alejado de lo que consiguen otros países. En lo económico resulta crucial proporcionar certidumbre y consensuar medidas con todos los agentes que deben aplicarlas; como las empresas de distintos sectores se enfrentan a situaciones muy diferentes, el diálogo social continuo y la colaboración público-privada a nivel sectorial van a ser fundamentales. Y, segundo, las políticas de demanda y de renta no bastan, son necesarias, pero no son suficientes. La crisis del COVID y la amenaza de riesgos similares en el futuro suponen una perturbación de lo que los economistas denominamos de oferta, con enormes efectos sobre cómo se realizarán a partir de ahora las actividades económicas, cómo se organizarán los procesos productivos y cómo se consumirán muchos bienes y servicios.

En un estudio reciente que hemos hecho en BBVA Research de la caída de esos 11 puntos al menos del producto interior bruto de España para el año 2020, un 52 por ciento se explica por factores de oferta y un 48 por ciento, por factores de demanda. Por lo tanto, serán necesarias también políticas de oferta para afrontar los retos y las exigencias del cambio climático y de la transformación digital que hay en marcha, con mercados más eficientes, competitivos, flexibles y con un sistema productivo que disponga de las infraestructuras y del capital físico, tecnológico y humano adecuados. Y con ello paso a la segunda parte de mi intervención, que es la de los retos de la recuperación económica y social.

Yo creo que para abordar con garantías de éxito los retos a los que se enfrenta la Comunidad de Madrid en términos económicos y sociales es preciso identificar el conjunto de reformas, políticas o medidas que son necesarias para poner a la comunidad en la senda de convergencia con las regiones más avanzadas de Europa. Como hemos señalado en diferentes publicaciones de BBVA Research para la Comunidad de Madrid –cada semestre publicamos una-, para

analizar la distancia relativa respecto a las regiones europeas más avanzadas se puede utilizar un índice que construye la Comisión Europea que denominan de competitividad regional europea y cuyos datos más recientes son de 2019; más que un índice de competitividad creo que puede considerarse como un índice de prosperidad y de capacidad de progreso técnico. La posición de cada región está determinada por 74 indicadores, agrupados en 11 dimensiones, que son relevantes para el crecimiento, para el desarrollo a largo plazo y para el bienestar social. Aunque este índice está muy correlacionado con el producto interior bruto, no es lo mismo, si bien las mejoras de este índice ayudan al crecimiento a largo plazo sobre bases más sostenibles e inclusivas; además, un bajo valor de este índice está asociado a una mayor desigualdad y a menores tasas de empleo. Este conjunto de 74 indicadores refleja variables cuantitativas agrupadas en grandes áreas, como son: la calidad institucional, la estabilidad macroeconómica, las infraestructuras, la salud, la calidad de la Educación Primaria y Secundaria, la Educación Superior y la formación continua, la eficiencia en el mercado de trabajo, el tamaño del mercado en la preparación tecnológica, la sofisticación productiva y la innovación. Obviamente, algunos de estos indicadores son competencia estatal, pero muchos otros de estos 74 son competencia directa de la comunidad, y esto hace que existan diferencias regionales muy importantes.

Este índice ilustra muy bien la posición de liderazgo tan destacado que tiene la Comunidad de Madrid en comparación con el resto de España. También muestra que la comunidad presenta un valor del índice similar al promedio de países como Finlandia, Austria, Alemania, Suecia, Francia o Reino Unido, pero que está lejos de las regiones líderes de estos países como París, Helsinki, Viena, Baviera, Estocolmo, Londres o Utrecht. Las fortalezas relativas de la comunidad que hacen que el valor de su índice de competitividad o de progreso económico aumente son: las infraestructuras, la salud, el tamaño de mercado y la innovación, aunque, obviamente, con un margen de mejora muy amplio para llegar a la frontera de las regiones más avanzadas en Europa. Y en cuanto a las debilidades relativas, algunas de ellas muy determinadas por los valores nacionales, pero no todas, destacan la calidad de las instituciones, la estabilidad macroeconómica y la ineficiencia del mercado de trabajo, fundamentalmente por el alto nivel de desempleo. En los indicadores educativos, en preparación tecnológica y en sofisticación productiva, se encuentran en línea con el valor del índice.

Para mejorar en estos determinantes del nivel de renta per cápita, de empleo y de equidad es necesario trabajar en los diez ámbitos que enumero a continuación. El primero de ellos es un mercado de trabajo más eficiente y equitativo que reduzca la tasa de desempleo estructural de la Comunidad de Madrid, el paro de larga duración, su tasa de temporalidad... No me voy a extender aquí, porque en este sentido, el pasado día 5 de junio, tuve la oportunidad de exponer mis recomendaciones en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, en la que abordé íntegramente las políticas y mis recomendaciones para conseguir este mercado de trabajo más eficiente y equitativo. En cualquier caso, tanto la Ponencia de hoy como el resto de los trabajos se los remitiré a la comisión para que puedan utilizarlos todos ustedes.

El segundo reto tiene que ver con garantizar la sostenibilidad y mejorar la eficiencia de un sector público que aproveche todas las oportunidades que ofrece ya hoy la revolución digital. El

tercero, mejorar la sostenibilidad y eficiencia del Estado del bienestar ante el reto demográfico. El cuarto, eliminar barreras al crecimiento, al tamaño medio de las empresas; esta es una de las variables que nos permiten explicar, con un porcentaje mayor, la diferencia de productividad que tiene el trabajo en la Comunidad de Madrid o en España frente a las regiones europeas más avanzadas. En quinto lugar, mejores regulaciones y un clima de negocio para aumentar la competencia de los mercados y la productividad de las empresas. En sexto lugar, favorecer la internacionalización y la competitividad exterior, y esto no va solo de facilitar que las empresas de la Comunidad de Madrid puedan exportar fuera sino que puedan competir con empresas... O sea, no debemos olvidar que la Comunidad de Madrid es una región más dentro de la Unión Europea, dentro de un mercado único y que, por lo tanto, la Comunidad de Madrid compite con empresas que pueden venir de cualquier parte de Europa y las empresas de la Comunidad de Madrid compiten con empresas europeas en otras regiones españolas; por lo tanto, cuando hablamos de internacionalización y de competitividad exterior nos estamos también refiriendo a esto.

Asimismo, una mayor calidad institucional, en lo que hay un amplio margen de mejora con respecto a la frontera de las regiones europeas que lideran estos indicadores. Además, una mayor innovación y capital tecnológico que facilite la transición hacia una economía sostenible medioambientalmente; cumplir con los objetivos que se marcaron en la Cumbre de París para limitar la emisión de gases de efecto invernadero es un reto formidable que va a exigir utilizar toda la capacidad tecnológica actualmente disponible. El noveno reto tiene que ver con más y mejor capital humano para aprovechar la revolución digital y mejorar la igualdad de oportunidades; España – aunque la Comunidad de Madrid lo hace mejor- tristemente lidera dentro de la Unión Europea los índices de fracaso escolar y abandono temprano del sistema educativo, y esta es una de las principales causas de la desigualdad en España, junto con el funcionamiento ineficiente del mercado de trabajo. Y, por último, reducir la desigualdad y lograr un crecimiento más inclusivo.

Todas las reformas encaminadas a mejorar las bases económicas futuras de la Comunidad de Madrid deben realizarse aprovechando al máximo la cooperación, la ayuda y la coordinación internacional dentro de la Unión Europea; esta cooperación internacional es crucial para hacer frente a los retos globales, como futuras pandemias o el cambio climático. Siempre insisto en que es mucho más lo que un conjunto de pequeñas economías o regiones abiertas, como las europeas o la Comunidad de Madrid, puedan conseguir juntas que por separado respecto a potencias como China y Estados Unidos. Por el momento, la Unión Europea ha apostado por poner en marcha muy rápidamente medidas contundentes, muy contundentes, a través del Banco Central Europeo, del Mecanismo Europeo de Estabilidad, del Banco Europeo de Inversiones y del Programa SURE, que desde luego hay que poner en valor y de hecho han permitido que la caída de la actividad económica se haya amortiguado y que la recuperación pueda ser más rápida de lo que sería sin estas ayudas, pero ahora queda por aprobar el plan de recuperación Next Generation EU. Aprovechar estos fondos con proyectos competitivos alineados con los objetivos estratégicos del plan, tanto en la vertiente de transformación tecnológica como de sostenibilidad medioambiental y social, va a ser crucial para que la Comunidad de Madrid evite los efectos permanentes de esta crisis y afronte con éxito muchos de los retos anteriormente enumerados. Pongo el énfasis en esto en la medida en que el plan de

recuperación va a formar parte del marco de financiación plurianual de la Unión Europea, de la Comisión Europea; no basta con que el plan de recuperación cuente con un volumen de recursos elevado sino que, luego, habrá que presentar buenos proyectos por parte de la Comunidad de Madrid, y aquí la colaboración público-privada va a ser fundamental.

El objetivo último de todas estas propuestas y medidas es conseguir una recuperación económica y social de la Comunidad de Madrid que permita, primero, hacer frente a esta pandemia y a futuras pandemias, a los retos de la disrupción digital y de la sostenibilidad medioambiental y social; segundo, mantener una tasa de crecimiento lo más estable y elevada posible que venga acompañada de un ritmo saludable de creación de puestos de trabajo productivos y de calidad, y tercero, que todos los miembros de la sociedad tengan las mismas oportunidades para disfrutar de los beneficios del progreso. El éxito ante estos desafíos va a depender fundamentalmente de la capacidad de la comunidad y también de las aportaciones que haga esta comisión para aplicar con el mayor consenso social las estrategias y políticas adecuadas, tanto a nivel individual como colectivo, por parte de empresas, agentes sociales y Gobiernos. Muchísimas gracias por su atención; quedo ahora a disposición de sus comentarios y de sus preguntas.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Doménech. Yo le pediría a la letrada que le pudiéramos enviar al señor Doménech la proposición no de ley que se aprobó hace unas semanas precisamente sobre Europa, ya que su última parte ha versado sobre lo mismo. Y antes de dar la palabra a los grupos, quisiera pedirle una cosita más, porque usted no ha llegado a darnos la previsión del BBVA sobre crecimiento y decrecimiento de este año y el que viene para la Comunidad de Madrid.

El Sr. **RESPONSABLE DE ANÁLISIS ECONÓMICO DE BBVA RESEARCH Y CATEDRÁTICO** (Doménech Vilariño): No la he dado porque precisamente tenemos un proceso trimestral de actualización de previsiones que estamos concluyendo en estos momentos. Publicaremos nuestra previsión de crecimiento para el conjunto de la economía española el próximo martes 14 y a partir de ahí cerraremos la previsión para la Comunidad de Madrid. Por lo tanto, décima arriba, décima abajo, les puedo decir que para el conjunto de España la caída será ligeramente superior en unas décimas, pocas, no llegará al 12 por ciento, previsiblemente; rondará posiblemente el 11,5 por ciento, pero insisto en que está a expensas de que cerremos el número definitivo. En principio, con los datos que tenemos actualmente, la mejor previsión que tenemos para la Comunidad de Madrid sería una caída de 1 punto inferior con respecto a España, que seguiría siendo una caída, lamentablemente, de 2 dígitos.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias por la aclaración. Entonces, pasamos al turno de los grupos parlamentarios. Tiene la palabra la señora Sánchez Maroto por Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie; por favor. Les tengo que recordar que, si no van a hacer uso de la palabra o no están a punto de hacer uso de la palabra, usen la mascarilla, por favor, ya que estamos en la Asamblea y esas son las normas; usen la mascarilla a no ser que vayan a hablar o estén a punto de hablar. Muy amables, gracias.

La Sra. **SÁNCHEZ MAROTO**: Gracias, señor presidente. En primer lugar, gracias, señor Doménech, por su intervención, por su exposición y, además, por lo ordenado de la misma. Muy brevemente, porque creo que lo importante aquí es escuchar a los ponentes, que para eso han sido invitados y han tenido la gentileza de aceptar. Me gustaría que nos aclarara algunas cuestiones, aunque en parte ya las ha respondido, porque lo que queremos sacar de esta comisión, como sabe, son conclusiones aplicables a políticas públicas para la recuperación y el impulso de la Comunidad de Madrid.

A veces se plantea la actual crisis y sus consecuencias como si viniéramos de una Arcadia feliz que no tuviera ningún problema, y una de las cosas que yo estoy planteando a la mayor parte de los ponentes –que, como digo, usted ya ha planteado en parte- es que, efectivamente, venimos de algo que ya tenía sus propios problemas. A veces lo que pregunto es qué opina del escenario anterior al COVID, porque es verdad que los datos, los indicadores macroeconómicos y, además, algunas cuestiones geopolíticas ya apuntaban a una recesión. Entonces, es verdad que esto es un factor exógeno –iba a decir artificial, pero decir que un virus es artificial es una paradoja- que ha impactado de una manera no esperada en todo el escenario. Sin embargo, sí que hay cuestiones que, bajando a la propia Comunidad de Madrid, eran problemáticas, y las ha apuntado al menos en parte. Yo siempre digo que lo peor en la Comunidad de Madrid es la brecha de desigualdad. Pero ¿cómo bajamos todas estas cuestiones y cómo las aplicamos?, porque hay varias cosas que a mí me han gustado bastante.

He leído parte de lo que ya ha publicado usted sobre la crisis de demanda y de oferta y que, por lo tanto, hay que incidir por ambos lados. Lo puedo compartir, pero, ¡claro!, nosotros queremos ver cómo desde lo público, desde la Asamblea de Madrid, se debe apostar por unos sectores o por otros; es decir, en esa transición a una economía que aporte más valor y que consiga generar o paliar la desigualdad, entiendo que deba tomar decisiones –salvando que no tengamos la misma visión, obviamente- y que deba apostar claramente por algunos sectores. Está muy bien la colaboración público-privada –aquí no tenemos ningún problema con ella, lo que ocurre es que no la entendemos de la misma manera en muchas ocasiones-, pero a mí me interesaría mucho saber si nos puede aportar algo más desde su visión con relación a cómo desde lo público se apuesta por sectores que verdaderamente vayan en esa dirección de cambio de modelo productivo, de sostenibilidad y que a la vez sean constructoras de una mayor equidad en una comunidad, en un territorio que, siendo el más rico de España, sigue siendo el más desigual también. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Sánchez Maroto. Por el Grupo Parlamentario Vox, señor Ruiz, por favor.

El Sr. **RUIZ BARTOLOMÉ**: Buenos días, presidente. Muchas gracias. Gracias por su comparecencia, señor Doménech; es un placer escuchar sus recomendaciones y sus estudios, que yo también he estado siguiendo, porque le sigo con frecuencia, leo sus cosas, y me parece todo lo que está diciendo muy interesante. Más allá de los datos que nos ha mostrado y que tienen una gran utilidad, sí quería pedirle que en su próximo turno fuera más concreto en algunas de las cosas que nos ha dicho. Estaba pensando en cuando usted ha hablado de un mercado de trabajo más eficiente y

equitativo, y dice que algunas de sus propuestas ya las propuso en el Congreso, y me gustaría comentar con usted alguna reflexión al respecto, si le parece que el ámbito del mercado de trabajo debe ser el provincial, el autonómico o debe ser el nacional, es decir, cuál es el mercado óptimo para aplicar este tipo de medidas que me imagino que usted propone. También quiero preguntarle a este respecto cómo considera que pueden impactar medidas como el ingreso mínimo vital sobre el mercado de trabajo, no cuando son coyunturales este tipo de medidas sino cuando ya se pretende que sean estructurales, qué efectos cree que pueden tener.

De igual modo, no sé si ha identificado, para lo que usted también ha hablado de sostenibilidad y eficiencia del sector público, medidas concretas que se puedan aplicar en la Administración pública española y, en concreto, en la madrileña, si ha encontrado o ha decretado cosas que puedan ser evidentes en ese sentido.

Sobre lo que comentaba de todos los retos de la digitalización, también en estos momentos en España se está hablando de impuestos a empresas digitales. ¿Cree que este es el momento oportuno para poner en marcha ese tipo de medidas?

No sé si ha hablado –me ha parecido que no, yo no he tomado nota de nada- sobre racionalización del gasto público. No sé si tiene una opinión al respecto y si es un buen momento para retener un poco de ese leviatán que es siempre el Estado, que no deja de gastar continuamente, y a lo mejor es un momento bueno para establecer nuevas prioridades.

Y una cosa importante. Habla usted también –y es verdad- de las barreras al tamaño medio de las empresas; hemos comentado también en esta comisión en otras comparecencias el tamaño por debajo de la media europea de las empresas españolas, el mayor número de empresas medianas y pequeñas. Y, ¡claro!, yo también entiendo que lo que está pasando aquí es que por algún sitio no se deja crecer a esas empresas; no sé si ese tapón viene por un exceso de regulación, si viene, a lo mejor, porque las empresas grandes ponen chinis en el zapato a las pequeñas... Me gustaría saber si tienen alguna idea más concreta sobre este asunto.

Y, por último, también ha hablado muy de pasada del reto demográfico, pero a mí me parece fundamental. España se está quedando sin hijos –Occidente en general, pero España de manera acusada- y a mí me preocupa, porque un país que no tiene hijos es que no tiene futuro, es que no piensa en el futuro, vive el presente y no ve más allá; no sé qué opinión tiene sobre esto también. Muchas gracias. Nada más.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ruiz. Por el Grupo Más Madrid, señor Tejero.

El Sr. **TEJERO FRANCO**: Buenos días, señor Doménech. Muchas gracias por venir y por la claridad de su exposición. Como al final siempre hacemos muchas preguntas y, luego, no se pueden responder todas, me voy a centrar solo en la parte de las políticas de oferta. Ha mencionado los dos grandes retos que tenemos por delante, que son la transformación digital y la transición ecológica, y

me gustaría saber si usted cree que la crisis producida por el COVID puede ser una oportunidad para avanzar en ambos procesos y si se puede hacer a través de políticas públicas y cuáles serían.

En ese sentido, me gustaría conocer su opinión sobre el modelo para desarrollar la innovación y para afrontar este tipo de retos del Estado emprendedor basado en misiones que ha asumido recientemente la Comisión Europea a través del programa Horizonte Europa para los próximos años. Y teniendo en cuenta que Madrid va a recibir una serie de fondos, tanto europeos como nacionales, me gustaría saber en qué sectores cree usted que sería mejor invertir y si considera usted que hace falta una transformación del modelo productivo de Madrid, de los sectores que más y menos cuentan en el PIB de nuestra región. También me gustaría que me dijera si cree que no solo las políticas legislativas sino las posibles políticas de ayuda deben incluir condicionantes para todo aquel que reciba ayudas -igual que se dice mucho, cuando se habla del ingreso mínimo vital, que debe estar condicionado a políticas activas de empleo-, si las ayudas a las empresas, por ejemplo, deben estar condicionadas a diferentes condicionantes ecológicos y a la digitalización de igualdad de género, etcétera, etcétera.

También me gustaría que nos centráramos en las competencias de las comunidades autónomas, las de Madrid, en cuáles son las que usted considera políticas fundamentales dentro de la Comunidad de Madrid. Porque este índice de competitividad regional es cierto que tiene variables nacionales y variables regionales, pero también es cierto que hay variables regionales que dependen de políticas nacionales. Por ejemplo, el más fuerte, que es el de infraestructuras en Madrid, que es uno de los que está más alto, es todo competencia de Fomento, porque son carreteras, trenes, etcétera, o el de Sanidad, cuyas variables dependen más de la estructura demográfica que de la política concreta; también de la ayuda sanitaria, pero hay cosas como la tasa de muerte por cáncer, etcétera, que están más unidas a una población más joven. Y me gustaría saber, dentro de ese índice, qué políticas públicas se podrían llevar a cabo desde la Comunidad de Madrid. Por ejemplo, en el tema de innovación, Madrid es una de las regiones con mayor porcentaje de inversión en I+D, pero una gran parte de ese porcentaje de inversión en I+D depende del Ministerio de Ciencia y de institutos de investigación que no tienen relación con la Comunidad de Madrid. Lo voy a dejar en tres minutos y así tenemos más tiempo para todos. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias. Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, señor Brabezo.

El Sr. **BRABEZO CARBALLO**: Muchas gracias, presidente. Teniendo en cuenta que estamos en un shock negativo de oferta, mi pregunta es si recomendaría un aumento de impuestos y, entendiendo que estamos en un shock negativo de demanda, si recomendaría un aumento o disminución de impuestos.

Sobre competitividad tenemos varias preguntas. Ha hablado de la importancia -y es evidente- de la calidad institucional, ¿qué puntos cree que son fundamentales? No sé si también recomendaría la coordinación entre las diferentes instituciones, comunidades autónomas y a nivel europeo, cómo hacerlo y qué pasos deberíamos tomar para hacerlo realidad.

Luego, con respecto al mismo tema de competitividad, sobre las barreras al tamaño de las empresas, especialmente pequeñas empresas para que estas puedan llegar a tener un tamaño medio o superior, ¿qué podríamos hacer?, ¿seguir con caminos de clústeres que no acaban, por ejemplo, de funcionar tan bien como queríamos? ¿Por qué no está funcionando tan bien como nos gustaría y qué se puede hacer al respecto?

Crecimiento inclusivo -uno de los puntos que también es importante para nosotros-, no solamente crecimiento de unos sectores sino de toda la economía. ¿Cómo no dejar a nadie atrás en estos dos shocks que actualmente tenemos?

Sobre el índice de competitividad regional de la Unión Europea, nos encontramos en el número 98 del 268; bueno, podríamos decir que es un buen o mal número, pero lo que sí creo que es importante es saber cómo mejorar en la situación en la que estamos. No solamente eso sino que, además, el Instituto de Estudios Económicos ayer mismo publicó el índice de libertad económica y España, según este índice, se sitúa, de un ranking de 37 países de la OCDE, en el 30. ¿Qué podríamos hacer como región para mejorar la situación actual?

Más. Sobre déficit, crecimiento y deuda, también con el mismo sentido -mis preguntas van siempre desde la visión de la competitividad-, el Banco Mundial ya nos avisó a los países avanzados que su deuda no superaba el 77 por ciento del PIB, porque un aumento de esta deuda lo que conllevaría sería un menor crecimiento, entre 1 punto y 2 puntos de su PIB; por lo tanto, no sé si está de acuerdo y si se aplicaría dentro de la Unión Europea y dentro de la región de Madrid.

También, uno de los papers más conocidos, de Alesina y Favero, de 2019, hablaba sobre la contención del gasto, si iba a ser más o menos dañino que un aumento de impuestos. Alesina y colegas decían que una contención del gasto iba a dar más posibilidades de crecimiento que un aumento de los impuestos. No sé si estará de acuerdo con esas conclusiones. Otro de esos papers, en este caso del señor Doménech, nos hablaba sobre la reforma laboral de 2012, donde nos advertía que, si la hubiéramos aplicado en 2008, hubiéramos podido salvar hasta 2 millones de empleos. La pregunta es: ¿aplicaría eso hoy en día? Si hiciéramos una contrarreforma laboral, ¿también volveríamos hacia atrás y aplicaríamos estas conclusiones del paper? También otro de esos papers nos comentaba sobre la temporalidad; si reducíamos la temporalidad en España, la productividad del mercado laboral aumentaría, reduciendo el paro estructural y, además, aumentando la productividad, y no solamente eso sino también reduciendo las horas de trabajo de toda la fuerza laboral. Me gustaría saber si igualmente aplica y qué recomendación haría a la Comunidad de Madrid, si es posible, para acabar con esa temporalidad.

Transformación digital. Ha hablado ya sobre el índice de globalización y digitalización del BBVA Research, y aquí uno de nuestros puntos: en especial el que le habla está bastante obsesionado con el hecho de casar oferta y demanda de empleo. ¿Cómo hacerlo? Si bien se tendría que hacer a nivel nacional, ¿cómo hacerlo a nivel regional, en la Comunidad de Madrid, en el caso de que no pudiéramos utilizar el Big Data para poder casar oferta y demanda?

Se ha hablado de desigualdad, y quiero hacer indicaciones sobre el INE, porque nos deja claro que en 2018 el índice de Gini en España era de 33,2 y en Madrid, de 33,2, ¡exactamente igual! Por lo tanto, no entiendo por qué hay gente que habla sobre una desigualdad cuando el propio índice de Gini nos está diciendo que en 2018 era exactamente igual la media de Madrid y la de España. Y no solamente eso sino que en 2019, de hecho, en la Comunidad de Madrid, con alquileres imputados, el índice de Gini mejora y es de un 29,8, mientras que a nivel nacional era un 30,4. Igualmente, hablando de desigualdad, otro de sus papers también muy reconocido publicado en 2012 nos habla sobre el desempleo y la pobreza, una relación del 80 por ciento en este sentido. Me gustaría saber si se sigue aplicando, si ha empeorado o ha mejorado y cuál es la relación que todavía existe. Sé que son muchas preguntas, pero es que usted es muy buen economista y quiero explotarlo lo máximo posible.

Acumulación de capital. Uno de los puntos más importantes para aumentar la productividad es la acumulación de capital -entendiendo tecnología y capital humano-, pero para ello es necesario el ahorro. Sin embargo, la OCDE nos estaba diciendo que el mercado laboral en España, entendiendo cotizaciones sociales más IRPF, reducía el salario dejándolo en un 40 por ciento menos del salario real del trabajador, mientras que en la OCDE la media es del 30 por ciento, porque no tienen el número de cotizaciones sociales, solamente tienen la carga de IRPF. Por lo tanto, en este sentido, el ahorro se ve dañado. Si no tenemos ahorro, ¿cómo podemos tener inversión? ¿Qué haríamos? ¿Cómo salir de esta trampa en la que nos encontramos ahora mismo?

Y, sin más dilación, me gustaría que pudiera responder el máximo de preguntas posibles que le he hecho. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Se ha adelantado usted a mi petición, sin duda alguna amable, para que fuera concluyendo. Todos sus interrogantes son muy importantes, pero los grupos tienen que hacer un esfuerzo de contención, porque el señor Doménech tiene que marcharse; no se ha pasado usted del tiempo que está fijado, pero se trata de una cuestión importante. Señor Muñoz Abrines, en nombre del Grupo Popular.

El Sr. **MUÑOZ ABRINES**: Gracias, señor presidente. Después de las intervenciones de los grupos parlamentarios que me han precedido, casi no me queda ninguna pregunta, porque lo han preguntado prácticamente todo, lo cual está muy bien y, además, me ahorra tiempo. Pero sí quiero incidir en una cuestión. Yo creo que sería importante no solo saber qué hay que hacer sino también qué hay que evitar hacer; es decir, no incurrir en errores, porque eso es tan importante como dirigir el camino por la dirección correcta.

Me gustaría saber, ya que estamos hablando de una crisis de oferta y también de demanda, pero, desde nuestro punto de vista, con más incidencia en la oferta, cuáles son los efectos, las consecuencias o las limitaciones que supone que nuestro país esté en una situación de deuda en torno al cien por cien del producto interior bruto, con perspectivas de empeoramiento, y haber terminado el año 2019 con un déficit del 2,8 por ciento, sobre todo en comparación con otros países.

¿Eso cómo limita la capacidad de reacción y las medidas que adoptar tanto a corto como a medio y largo plazo? ¿Qué medidas habría que adoptar especialmente en términos de consolidación fiscal?

Y me gustaría saber cuál es la influencia que, por lo tanto, la política fiscal y tributaria tienen en estos momentos y cuáles serían las consecuencias en recaudación, en crecimiento y en bienestar de una determinada política tributaria, es decir, subir y bajar los impuestos qué efectos tendría en estos momentos en la economía, teniendo en cuenta sobre todo algunos documentos o papers que he tenido la oportunidad de conocer desde hace tiempo -algunos del Banco de España-, como *The output effects of tax changes*, en el que se determina que una subida de impuestos de 1 punto de presión fiscal en relación al PIB puede suponer incluso caídas del producto interior bruto de 1,3. También su institución, el BBVA, ha planteado documentos en ese sentido en los que se analiza la estructura y las consecuencias en la recaudación, en la economía y en el bienestar, y, por lo tanto, los salarios reales de la gente, de los ciudadanos, de los trabajadores por las subidas o las bajadas de impuestos, y me parece que es una parte importante.

Respecto a las barreras de crecimiento empresarial, me gustaría saber qué opina de un documento que creo que se aprobó no sé si en el año 2017, creo que por el Ministerio de Economía, en el que se establecían como 130 indicadores, regulaciones o medidas que había que adoptar y que suponían un impedimento al crecimiento de las empresas; si habría que recuperar ese documento y, por lo tanto, continuar un camino que se inició entonces y que hemos abandonado.

Y nada más, señor presidente, en aras de la brevedad y a la prisa del señor compareciente. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Se agradece mucho, señor Muñoz Abrines. En nombre del Grupo Socialista, señor Fernández Lara.

El Sr. **FERNÁNDEZ LARA**: Gracias, señor presidente. Buenos días, señor Doménech. Muchas gracias por estar aquí. Ha sido muy ilustrativa su comparecencia, y es un placer escucharle desde una doble perspectiva: una por el prestigio que los estudios económicos de su institución hace siempre sobre España y también sobre Madrid y otra por haber tenido la suerte de estar en el grupo BBV durante 9 años -iyo también!-, siempre es gratificante.

Hemos seguido con notable interés sus informes, que estaban, lógicamente, sometidos a una buena dosis de incertidumbre -y tienen que seguir sometidos necesariamente a ella-, y desgraciadamente hemos visto que han empeorado con respecto al primer trimestre. Usted ya nos hablaba de las previsiones para 2020 y también en uno de sus informes hacían una estimación de variación interanual para el año 2021 y aportaba usted que era gracias a las medidas impulsadas desde las instituciones europeas y también desde el Gobierno de España, y aquí estará conmigo usted en la importancia que van a tener también los fondos europeos destinados a esos nuevos proyectos de transición ecológica. Por lo tanto, la primera pregunta es cómo valora usted las políticas públicas que se han implantado para combatir la enfermedad y si estas han evitado una fuerte caída de la demanda y una desproporcionada destrucción de empleo -ya veremos cómo evoluciona esto con los

ERTE-, si ha combatido la insolvencia o liquidez de muchas empresas, o qué hubiera ocurrido de no haberse implementado.

Hablaba de los sectores afectados, y parece que coincidimos en que no solo es un problema de demanda sino que también vienen los problemas por el lado de la oferta. La pregunta es, lógicamente, qué podemos hacer ahí y qué políticas podemos plantear para incentivar el consumo.

En cuanto a la recuperación, que es para lo que estamos aquí y es lo importante, tenemos que valorar qué velocidad de salida podemos tener, sobre todo qué condicionantes, a su juicio –ya ha dicho muchos de ellos-, en la economía española, pero principalmente en la economía madrileña, pueden incidir sobre esta recuperación; básicamente, qué medidas podemos adoptar en la Comunidad de Madrid para que esta recuperación tenga una velocidad mayor o sea más efectiva, o qué actuaciones de política monetaria y fiscal son necesarias para reducir la contracción de la actividad y apoyar la recuperación en 2021.

La confianza es una palabra muy importante ahora, y usted también, en alguno de sus estudios, habla de un necesario y amplio consenso, y nosotros participamos de eso, porque creemos que los acuerdos crean un marco de confianza y es importante para que las medidas sean efectivas. Le decíamos el otro día que ya coincidimos en algunos diagnósticos; también en el análisis de las debilidades que usted ha manifestado en su alocución de la economía madrileña en particular, y que también coincidimos en que hay que avanzar en el reforzamiento de la industria, en el impulso a la formación que usted también decía y en la apuesta por la transición ecológica. Ahora mismo yo creo que seguimos bastante distanciados en lo que representa el marco de la reforma laboral y también en el tema fiscal, como ya apuntaba algún interviniente. Y aquí es donde me quiero detener, en la política fiscal.

Usted decía en alguno de sus estudios que tan imprudente es proceder a subidas de impuestos que disminuyan el crecimiento y la creación de empleo -lo han dejado ahí hoy, encima de la mesa- como a bajadas que afecten a la sostenibilidad del Estado del bienestar y a la equidad. La verdad es que yo lo comparto con usted, porque aquí es donde está la difícil resolución de la ecuación cuando hablamos de política fiscal. Quiero poner aquí lo que ha dicho el Banco de España y también la AIREF para preguntarle qué opina usted. El gobernador del Banco de España dijo el otro día que es un momento en el que no caben dudas y que la política fiscal tiene que actuar de forma contundente para salvar empleos y empresas y evitar enormes costes sociales y económicos a medio y largo plazo. Y la propia AIREF decía estas semanas que ya proponía ajustes en el sentido de elevar la progresividad tributaria, vigilar los grandes patrimonios, y habla de la implantación incluso ya de impuestos verdes como un camino a pensar; lógicamente, eso sí, con un ajuste hacia la eficiencia del gasto público, que nosotros también compartimos. El informe del Banco de España, entre otras reformas, propone el incremento de la recaudación tributaria para acercarla al registro de otras economías europeas, y así, recomendaba ya restringir el número de productos con IVA reducido y superreducido, analizar los beneficios sociales en el impuesto de sociedades o elevar el gravamen a hidrocarburos, tabaco y alcohol.

Los diferentes informes, tanto los del Banco de España como los de AIREF o algún otro, expresan siempre el argumento de que España tiene su presión fiscal alrededor como de 7 u 8 puntos por debajo de economías europeas más avanzadas, y sin embargo estas economías –usted ha hablado aquí de regiones importantes, o alguien ha hablado de regiones importantes en Europa- son más potentes que Madrid y también más competitivas que Madrid; ¡Madrid incluso tiene hasta la presión fiscal más baja de España! Por lo tanto, en su opinión, ¿coincide con estas recomendaciones del Banco de España y de la AIREF? ¿Qué debemos hacer para converger en Madrid y en España con esos índices de las economías europeas en presión fiscal?

Y, para terminar, hablar de ingresos. Nosotros siempre hemos planteado desde el Grupo Socialista que es indispensable que el plan de recuperación tenga una dotación económica importante; esto al final significa una inyección de recursos públicos importantes, y para nosotros esto es clave. Por lo tanto, aquí se nos escapa también alguna parte de la ecuación, porque, sin unos ingresos adecuados, difícilmente se pueden acometer medidas importantes para reforzar la liquidez del tejido empresarial en sectores tan importantes como los que ustedes ya señalaban en su informe: el comercio, el turismo, la hostelería, la cultura, las artes escénicas, etcétera. Por lo tanto –y es la última pregunta-, desde su punto de vista, ¿qué margen tiene la autoridad fiscal en Madrid para mejorar los ingresos públicos? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Fernández Lara. Señor Doménech, se le han planteado muchísimas cuestiones, y yo quiero hacer una pequeña referencia también al valor añadido europeo de los programas que se presenten en el marco financiero y en el fondo de recuperación, porque creo que me gustaría saber su opinión, por favor.

El Sr. **RESPONSABLE DE ANÁLISIS ECONÓMICO DE BBVA RESEARCH Y CATEDRÁTICO** (Doménech Vilariño): En primer lugar, muchísimas gracias por todas sus intervenciones, por supuesto, por su tono y por lo constructivo de todas ellas, que han sido sumamente interesantes. Voy a tratar de agrupar muchas de ellas en poco más de diez o quince minutos. No voy a poder contestar a todas, pero desde luego estoy a su disposición para en el futuro poder hacerlo o tener la oportunidad de contestar, incluso por escrito si lo estiman oportuno.

La señora Sánchez Maroto preguntaba mi opinión sobre el escenario anterior al COVID, y ya lo he dicho, creo que, a pesar de que estábamos en un periodo de recuperación económica, algunas estimaciones incluso nos decían que estábamos en una situación cíclica, neutral o incluso ya en una fase avanzada del ciclo económico; sin embargo, teníamos serias debilidades estructurales. Porque hay que recordar que tanto si estábamos en una situación cíclica neutral como si estábamos en una situación de fase de madurez del ciclo económico teníamos una tasa de desempleo del 13,8 por ciento y una tasa de temporalidad del 25 por ciento, que aunque sea inferior a la que teníamos antes de la crisis financiera internacional, en torno al 33, 34 por ciento, sin embargo, ambos registros son mucho peores que los de otras economías europeas con las que compartimos proyecto.

En cuanto a la brecha de desigualdad –y aprovecho para contestar a varios de ustedes, porque ha habido varias preguntas de los distintos grupos políticos sobre esto-, efectivamente, en diversos estudios, lo que he encontrado ha sido que la principal explicación de la desigualdad tiene que ver con el empleo; un 80 por ciento de la variación en la desigualdad se explica precisamente por la situación de los hogares y de los individuos en el mercado de trabajo, bien porque están en una situación de desempleo, bien porque están en una situación de bajo nivel de trabajo, es decir, con un número de horas insuficiente, que aunque están trabajando, no trabajan todo lo que les gustaría trabajar. Esa es la principal razón; no es tanto un problema, por decirlo así, de desigualdad salarial sino que es sobre todo un problema de intensidad laboral, de número de horas trabajadas, que en el caso del desempleado es todavía mucho más grave. Y esto en parte tiene también mucho que ver con el capital humano. Yo creo que estas dos variables –y los estudios así lo atestiguan- explican fácilmente el 90 por ciento del problema de la desigualdad, en parte porque el capital humano también está muy relacionado con el tema del empleo. La probabilidad de estar desocupado, de estar ocupando un puesto de trabajo con bajo nivel de intensidad, un puesto de trabajo temporal que tiene poca continuidad, que tiene una gradiente salarial reducida, es mucho mayor en aquellos colectivos de trabajadores más vulnerables que dejaron de estudiar a los 16 años, que o no superaron la educación mínima obligatoria, el nivel mínimo de Educación Secundaria, o abandonaron los estudios a los 18 años.

Esto me permite ir a las políticas regionales. Efectivamente, ya he dicho que en este conjunto de 74 indicadores de progreso y competitividad regional algunas de estas variables, como muy bien han dicho ustedes, son competencia del Estado y otras sí que son competencia de la comunidad autónoma; por ejemplo, las regulaciones laborales son competencia del Estado o del Congreso de los Diputados a través de la aprobación de reales decretos leyes o directamente de leyes, pero hay una parte muy importante de las competencias de empleo que son de carácter regional y que tienen que ver con las políticas activas del mercado de trabajo, y, por supuesto, toda la política educativa es competencia de los gobiernos regionales, en este caso de la Comunidad de Madrid. Por lo tanto, todo lo que hagamos en estos dos frentes para mejorar la probabilidad de empleabilidad de los trabajadores de la Comunidad de Madrid, empezando por la base formativa de la educación reglada y continuando con la formación continua a lo largo de toda la vida, es competencia directa de las comunidades autónomas. Eso no quiere decir que sea la única responsable, también las empresas son responsables de la formación continua de sus trabajadores, y, por supuesto, las personas somos responsables también, en última instancia, de nuestra propia formación.

También ha habido varias intervenciones, empezando por la propia de la señora Sánchez Maroto, sobre si tenemos que apostar por unos sectores o por otros. Yo creo que en esto siempre he tenido una visión bastante contraria a la de apostar por sectores específicos de una manera vertical, ¿de acuerdo? ¿Por qué? Porque la historia nos demuestra que el éxito en muchas ocasiones depende más de las empresas, de lo que hacen las empresas dentro de un mismo sector, que de lo que hacen los sectores. Incluso dentro de sectores que se ven abocados a una crisis económica –como ha podido ser el sector de la construcción, como puede ser ahora el sector del turismo, lamentablemente, o como fue el sector del textil como consecuencia de toda la apertura que se produjo con motivo de la

irrupción de países emergentes como China en la Organización Mundial del Comercio- encontramos ejemplos perfectos de empresas que son líderes mundiales en estos sectores. Por lo tanto, creo que apostar por sectores puede dar lugar a errores; en este caso, también coincido con la intervención del portavoz del Grupo Parlamentario Popular en que en muchas ocasiones lo que hay que hacer es evitar errores, no solo tratar de conseguir aciertos sino evitar errores. Entonces, yo soy más partidario de llevar a cabo políticas transversales que sean capaces de generar un clima de negocio que permitan sentar bases para un crecimiento para que las personas y las empresas puedan liberar todo el potencial de crecimiento que tienen, independientemente del sector en el que se encuentren, y cada empresa, cada individuo, cada trabajador, cada agente económico, hará su propia apuesta. Además, al hacerlo así, más que apostar por unos sectores o por otros, lo que apostaremos es por estar en aquellos segmentos de mayor valor añadido dentro de un sector, y ahí es donde creo que está la clave. Pongo muchas veces de ejemplo que en España creo que se denuesta a determinados sectores y son sectores en los que se puede hacer un extraordinario... ¡Y ya muchas empresas lo hacen! Porque dentro del mismo sector nos encontramos desde pequeñas empresas con un valor añadido ínfimo a otras empresas medianas o grandes con un valor añadido, unas condiciones laborales, unos salarios y unos niveles de productividad que están por encima incluso de sus competidores europeos.

El señor Ruiz me preguntaba por el mercado de trabajo. Efectivamente –ya lo he dicho-, algunas competencias son nacionales y otras son de tipo autonómico. Creo que, como ya expuse en el Congreso de los Diputados, todo lo que se pueda hacer por las políticas activas del mercado de trabajo... las políticas de empleo son fundamentalmente competencia regional y son fundamentales.

En cuanto a los efectos del ingreso mínimo vital sobre el mercado de trabajo, depende, es decir, sobre el papel puede ser una medida buena si se aplica bien, pero puede transformarse en una medida mala si se aplica mal. Yo creo que el reto del ingreso mínimo vital es precisamente actuar conjuntamente con las políticas activas del mercado de trabajo para fomentar la activación del empleo, de sus beneficiarios, de manera que una política estructural y con carácter permanente a nivel social se transforma en una política y en una ayuda transitoria a nivel individual y a nivel familiar; es decir que el reto está en que no se convierta en una trampa de la pobreza para determinadas familias y determinadas personas sino que sirva como una palanca para salir de donde se encuentran, y esto va a depender de cómo se integre el ingreso mínimo vital con el resto de actuaciones del sector público, particularmente con las políticas de empleo. Lamentablemente, aquí hay que decir que el track record... Porque el ingreso mínimo vital no es algo que haya caído del cielo, en realidad es una medida complementaria a políticas que ya muchas comunidades autónomas estaban de una u otra manera llevando a cabo, y lamentablemente aquí hay que decir que con poco éxito en términos de activación; obviamente, con éxito en términos de mantenimiento de la renta de estos beneficiarios, pero con poco éxito en términos de activación. Si se va a reproducir con el ingreso mínimo vital lo mismo que ya teníamos con las rentas garantizadas por las distintas comunidades autónomas, habremos avanzado en generosidad, pero no habremos avanzado en resolver el problema de forma permanente para sus beneficiarios.

Sobre la racionalización del gasto, ¡siempre es un buen momento para la racionalización del gasto!, hay que tener una actitud permanente de racionalización de gasto. Y aquí, ¿qué es lo que puedo sugerir, qué medidas concretas? Obviamente no hay tiempo para entrar en detalles, pero hacer ejercicios como el spending review a nivel de gasto de las comunidades autónomas considero que es clave.

Sobre impuestos digitales, si es el momento o no, estamos hablando de una actividad que es fundamentalmente transfronteriza y que por lo tanto solo tiene sentido si se hace de una manera coordinada con el conjunto de la Unión Europea. Entonces, es un buen momento ahora si somos capaces de hacerlo a nivel de la Unión Europea, y esto también aplica a otro tipo de impuestos.

Sobre las barreras al tamaño medio de las empresas, he trabajado mucho sobre esto y podría dedicar mucho tiempo. Hay muchas razones para ello y muchas de ellas tienen que ver a veces con un exceso de regulación, otras veces con un exceso de costes administrativos y otras veces con discontinuidades que se producen en la propia regulación. Nosotros hemos detectado –y esto no debería ser así– que hay regiones en Europa, hay países en Europa donde la negociación colectiva es buena; sin embargo, aquí en España se constituye como un elemento que da lugar a una discontinuidad en el tamaño de las empresas. Hay muchas que optan por no dar el salto a más de 50 trabajadores y prefieren abrir otra empresa auxiliar para evitar esto, cuando precisamente lo que se demuestra es que el tamaño es bueno y da muchas ventajas. Hay muchas economías de escala asociadas al tamaño, y en muchos países del centro-norte de Europa se demuestra que la propia negociación colectiva a nivel de la empresa es un factor determinante de competitividad, de productividad, de salarios mayores, de innovación de la propia empresa, de inversión y también de condiciones laborales mucho más ventajosas. Yo creo que tenemos que hacer lo posible también para que las regulaciones permitan que las propias empresas compitan entre sí en la mejora de estas condiciones laborales. Hay veces –y efectivamente alguno de ustedes lo ha apuntado– que las barreras al crecimiento de las empresas o a la competitividad de las empresas las ponen algunas de las empresas que ya están dentro del mercado para evitar la competencia de las que tienen que venir. En general, lo que encontramos es que una empresa pequeña tira de la micro, la empresa mediana tira de la empresa pequeña y la empresa grande tira de todas las demás; es decir, en general, nos encontramos con que cuanto mayor es el tamaño medio de las empresas, mayor ganancia de productividad hay, mayor ganancia salarial, mayor estabilidad de empleo. Las empresas grandes en general se caracterizan no solo por tener más formación, más capital humano sino también por tener una menor tasa de temporalidad; todo esto, por lo tanto, es una manera de generar un círculo virtuoso.

Señor Tejero, yo creo que efectivamente la crisis del COVID es una oportunidad para avanzar en retos que ya teníamos antes, y con esto también contesto de la misma manera a como lo hecho anteriormente a la señora Sánchez Maroto. Preguntaba también en qué sectores invertir, y vuelvo a contestar lo mismo.

Con respecto a la condicionalidad, yo creo que cuando las condiciones son buenas, la condicionalidad es buena, y nosotros mismos debemos apropiarnos de ella; es decir, las propias políticas que salgan de aquí tendrán que estar condicionadas, de la misma manera que las que vienen de Europa es bueno que estén condicionadas, que hagan un uso eficiente del dinero de los contribuyentes europeos. Pero sobre todo yo creo que es bueno que nosotros nos apropiemos de esas condiciones cuando son buenas. A mí no me gusta -es una opinión personal- que la condicionalidad sea una fuente de confrontación política a nivel nacional, cuando debería ser al contrario, debería ser motivo de diálogo y de apropiación de estas medidas. Creo que a veces se hace un flaco favor cuando se dice que determinadas políticas las tenemos que aplicar porque nos las impone Europa, pero no nos gustan. ¡No!, o sea, es mucho mejor que nos apropiemos de ellas, que las diseñemos bien, que hagamos de la necesidad virtud y que podamos aprovechar todas las oportunidades.

También respondiendo al señor Tejero, hay muchas competencias regionales en este índice de competitividad regional europeo -ya lo he mencionado-: en políticas activas del mercado de trabajo, en políticas educativas e incluso en innovación, porque no toda la innovación la hace el sector público; de hecho, nuestra brecha de innovación es grande en el sector público, pero sobre todo es más grande en el sector privado, y tiene mucho que ver precisamente con esta atomización en micro y en pequeñas empresas que no tienen capacidad suficiente para innovar. Y creo que parte del éxito de países que lideran o de regiones que lideran en el mundo -también en Europa- la innovación tienen mucho que ver con la creación de plataformas de colaboración público-privada a nivel tecnológico. El Fraunhofer alemán es todo un ejemplo de esto. ¡Hay pequeñas y medias empresas que no tienen el tamaño suficiente como para tener un centro tecnológico propio sino que tienen que subcontratar esto a plataformas de investigación para resolver problemas de tecnología aplicada a esos procesos productivos muy concretos! Y todos los países que lideran el gasto en I+D a nivel mundial lo hacen a través del sector privado y lo hacen precisamente en buena medida a través de estas plataformas. Estas plataformas en muchas ocasiones son la semilla que permite a la empresa crecer, dar el salto, ganar cuota de mercado y, a partir de ahí, tener su propio departamento de investigación, desarrollo e innovación.

El portavoz del Grupo de Ciudadanos me ha hecho muchas preguntas, y estaré encantado, por supuesto, de poder contestar a todas ellas en otro momento si no puedo hacerlo ahora. Creo que también otros grupos me han hecho preguntas similares sobre si ahora es el momento de subir o no impuestos. Yo ciertamente creo que ni este año ni el que viene es el momento de subir impuestos, pero más adelante, obviamente, necesitaremos llevar a cabo medidas de ajuste presupuestario y de consolidación presupuestaria. La deuda supone un lastre al crecimiento económico y supone también un lastre sobre las generaciones futuras; es un lastre menor cuanto mejor utilizamos esos recursos públicos, obviamente. ¿Cómo hacer esa consolidación fiscal? Yo creo que a veces nos centramos demasiado en que la única manera de hacer la consolidación fiscal es, bien reduciendo gastos, bien aumentando impuestos, pero nos olvidamos de lo más importante, de cómo hacemos crecer la economía, que es lo fundamental. En un estudio con José Manuel González-Páramo veíamos que el diferencial en la tasa de desempleo estructural... España, desde 1980 hasta antes de la crisis del COVID, ha tenido, dependiendo de cómo lo computemos, si con tasas de desempleo trimestral o con

tasas de desempleo anual, una tasa de desempleo media entre el 15 y el 16 por ciento, más cerca del 16 que del 15, y no estoy metiendo la crisis del COVID, y eso es al menos 9 puntos por encima de otros países. Nosotros lo que encontrábamos es que reducir esa tasa de desempleo estructural en esos 9 puntos... Obviamente, esto no se consigue de un año para otro, pero en el transcurso de una década -hay ejemplos de países que sí que lo han conseguido-, porque reducir 9 puntos a lo largo de una década es básicamente reducir algo menos de 1 punto al año de desempleo estructural, nos daría un plus en términos de ingresos públicos adicionales equivalentes a 6 puntos de PIB; 9 a 6. Con lo cual, un déficit estructural del 3 por ciento, como el que posiblemente teníamos en 2019, se transformaría al cabo del tiempo en un superávit estructural del 3 por ciento, con lo que eso significa, por supuesto, para la sostenibilidad de la deuda, pero también para muchas políticas públicas que podríamos hacer con esos recursos adicionales. Por lo tanto, primero, pongamos todos los esfuerzos ahí y, segundo -ya lo he dicho antes-, el tema de la racionalización del gasto, el spending review, aprovechar las oportunidades que ofrece el proceso de transformación tecnológica. No se trata de tener más regulaciones sino de tener buenas regulaciones, de tener las regulaciones adecuadas que hacen que el sector público funcione lo más eficientemente posible tanto para los ciudadanos, obviamente, en todo lo que son políticas sociales, como también al servicio de las empresas en todo lo que son políticas económicas.

Sobre el tema del tamaño de las empresas y del crecimiento inclusivo, creo que ya lo he mencionado; el índice de competitividad también, cómo mejorar a través de estos frentes el déficit de la deuda, o con la cita que hacía del trabajo del profesor Alesina, recientemente fallecido, y del profesor Zaveró sobre la consolidación fiscal. Creo -y también lo he dicho- que hay que apostar primero por la ampliación en las bases imponibles mediante todo el crecimiento potencial, reducción de la tasa de desempleo estructural, mejora de productividad, racionalización de gasto... Hay un espacio también para, sin aumentar la presión fiscal, mejorar y racionalizar la estructura fiscal. Creo que habría que dejar, y más después de esta crisis, las subidas de impuestos como la última de las opciones, primero, porque no es el momento y, segundo -como he tenido ocasión de analizar en muchos trabajos-, porque, efectivamente, los efectos de los impuestos no son gratis; es decir que en general los impuestos tienen un coste que se justifica, obviamente... A mí me gusta mucho la frase que hay en el frontispicio de la Agencia Tributaria de Estados Unidos de uno de sus responsables en los años XX: "El impuesto es el precio que tenemos que pagar por la civilización". Y efectivamente ¡es así!, pero tenemos que utilizar muy bien esos impuestos y, por lo tanto, hay que hacer primero los deberes en todo lo demás.

Con mucha frecuencia se habla de la brecha fiscal que separa a España de otros países europeos, pero lo que no se menciona es que esa brecha fiscal está intrínsecamente ligada a la brecha en la eficiencia económica con la que actúa el sector público. Es decir, si uno hace un gráfico en el que en el eje horizontal se mide la eficiencia del sector público, también con una batería muy amplia de indicadores -el Banco Mundial lo tiene a través de un proyecto que se llama World Governance Indicators-, y alguno de esos indicadores se utiliza en este índice de competitividad -estamos hablando de una batería de más de 70 indicadores de eficiencia de atención al sector público-, ¡España está donde le toca!, es decir que tiene la presión fiscal acorde a su nivel de

eficiencia. Y, obviamente, países como Dinamarca, del centro-norte de Europa, Países Escandinavos, tienen niveles de presión fiscal mayores a los que han llegado también gracias a niveles de eficiencia de su sector público mayor. Es decir que aquí hay una especie de tit for tat, de juego evolutivo, de un proceso dinámico en el que el sector público tiene que ir devolviendo con buenos servicios públicos y con buena provisión de bienes públicos los impuestos que recauda. Porque también observamos, dentro de ese patrón a nivel europeo que sugiere cómo hay que llegar subiendo escalón a escalón a la posición que ocupan esas regiones y esos países que lideran en términos de progreso la Unión Europea, pero que también lideran en términos de eficiencia del sector público y, gracias a ellos, en términos de presión fiscal, que hay países que han optado por la vía rápida de subir impuestos antes de aumentar la eficiencia del sector público, y eso lo que genera es un coste y una destrucción mayor, y los países atípicos en este patrón son, lamentablemente, Italia y Grecia.

El tema de la desigualdad también lo he comentado. Como decía el portavoz del Grupo Popular, hay que evitar, efectivamente, cometer errores, pero, sobre todo –y esto también al hilo de la intervención del señor Fernández, del PSOE-, es muy importante generar confianza y no crear incertidumbres. La incertidumbre en materia económica... La inversión de las empresas crea empleo y la inversión es mucho más elevada cuanto mayor es el clima de confianza y de certidumbre, que también desde el sector público se puede proporcionar.

Sobre cómo llevar a cabo la consolidación fiscal, ya lo he comentado. Y en cuanto a ese documento del Ministerio de Economía sobre las barreras al crecimiento empresarial, tuve la oportunidad de participar en él y efectivamente creo que es bueno recuperarlo, revisarlo y, con ayuda, por supuesto, de las instituciones europeas, tratar de llevar a cabo las mejores prácticas que observamos para el crecimiento de las empresas; algunas de ellas ya las he mencionado también en materia de innovación.

El señor Fernández preguntaba por la importancia de las medidas públicas que se han llevado a cabo. Nosotros hemos cuantificado que gracias a esas medidas se ha evitado al menos una caída adicional del producto interior bruto de 3,5 puntos, ¡al menos!, y digo al menos porque esto está cambiando constantemente no solo en términos de la medida sino también en términos de la respuesta de la economía. Estas son las medidas que han adoptado las Administraciones públicas españolas, pero me gustaría destacar una, que es todo el programa de garantías del sector público, la financiación que, junto con las políticas monetarias del Banco Central Europeo, la TLTRO y el programa de compras de bonos para la pandemia, que, a pesar del deterioro económico tan grande que se produce, el aumento del déficit... Si hablábamos de que la caída del PIB puede estar en torno al 11 por ciento, el aumento del déficit público se puede ir fácilmente al 14, 15 por ciento este año y el nivel de deuda pública, a un 120 por ciento del producto interior bruto. Y gracias, entre otras razones, a la actuación del Banco Central Europeo y de las instituciones europeas, tenemos la prima de riesgo a los mismos niveles que teníamos justo antes de la crisis del COVID. Esto me parece que es extraordinario, y de nuevo hay que ponerlo en valor, porque todos, lamentablemente, sufrimos el impacto que tuvo para la economía española, para el sector privado, para las empresas y para los hogares, el hecho de que en un momento determinado la prima de riesgo se nos fuera a 600 puntos

básicos, la incertidumbre que todo eso crea. Nosotros hemos cuantificado en un estudio reciente que el impacto de todas esas medidas, junto con la recapitalización del sector bancario -yo ahora siempre digo que el sector bancario sea parte de la solución, no una parte del problema-, que haya canalizado toda esta política monetaria del Banco Central Europeo, pero también las líneas del ICO, de una manera rápida y eficaz a las empresas, son 4,5 puntos adicionales de producto interior bruto; estamos hablando de una protección del tejido productivo muy importante.

Sobre los condicionantes de la recuperación económica ya he hablado. Yo creo que es muy importante llevar a la sociedad con las medidas a la frontera tanto en seguridad sanitaria como en maximizar la actividad económica; esto se puede hacer, no hay una contradicción. Hemos hablado también ya de confianza y de incertidumbre.

En cuanto al equilibrio de ingresos y de gastos, y me preguntaba sobre las propuestas del Banco de España y de la AIREF, creo que estamos también de acuerdo. Yo pondría -vuelvo a insistir en esto- la prioridad sobre todo en liberar todo el crecimiento potencial que tiene la economía española, pero también la economía de la Comunidad de Madrid, para ampliar las bases imponibles antes de hablar de subidas de impuestos. Y en algunos estudios que he hecho, que es lo que justifica en parte las propuestas del Banco de España, no para ahora... Y creo que en esto hay confusión, porque el Banco de España no está pidiendo una subida de impuestos indirectos o de impuestos especiales o de impuestos medioambientales ya, ahora, en medio de la crisis, sino más adelante, una vez superada la crisis, que es cuando efectivamente hay más margen en términos de imposición, en términos de tipos implícitos cuando comparamos España con la Unión Europea. Pero, insisto en que, antes de plantearse el objetivo de convergencia en los tipos, en la fiscalidad, creo que hay que recorrer todo lo anterior precisamente porque, como decía, la presión fiscal está en línea con el nivel de eficiencia.

Y la última pregunta que me hacía es qué margen tiene Madrid para mejorar. Creo que hemos visto a lo largo tanto de sus comentarios como de mi intervención que hay muchas políticas que son competencia directa de la Comunidad Autónoma de Madrid, de la política regional, del sector público, de la colaboración público-privada con las empresas y con los agentes sociales de la Comunidad de Madrid y, por lo tanto, hay mucho que se puede hacer para mejorar esos márgenes y para sentar unas bases de un crecimiento mucho más sólido y sostenible a todos los niveles.

Lamentablemente, me he excedido. Me tengo que ir, pero quedo a su disposición para cuando estimen oportuno, y, por supuesto, tienen mi dirección de contacto para que les pueda enviar esta documentación y la que estimen oportuna.

El Sr. **PRESIDENTE**: Le agradecemos mucho que nos envíe la documentación, su intervención y su tiempo. Muchísimas gracias.

El Sr. **RESPONSABLE DE ANÁLISIS ECONÓMICO DE BBVA RESEARCH Y CATEDRÁTICO** (Doménech Vilariño): Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Si les parece, vamos a darnos diez minutos, porque estamos en tiempo todavía; comenzamos a menos cuarto si les parece. Muchas gracias.

(Se suspende la sesión a las 10 horas y 35 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 10 horas y 56 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, si les parece, vamos a continuar.

C-1220/2020 RGE.14895. Comparecencia del Sr. D. Fernando Rodríguez Artalejo, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, 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).

Doy la bienvenida a don Fernando Rodríguez Artalejo, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Le agradezco muchísimo su disponibilidad, su tiempo para poder compartir sus conocimientos y su sabiduría con esta comisión. Usted conoce las normas: ahora va a tener la palabra el grupo que ha propuesto su comparecencia, brevemente, para enmarcarla, y pueden hacer uso de ese turno también el resto de los grupos; después, usted, durante un cuarto de hora, puede hacer la exposición; a continuación serán las intervenciones de los grupos y finalmente cierra usted con el resumen para contestar a las preguntas o comentarios que se hayan formulado. Doctor Raboso, tiene la palabra.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor presidente. Profesor Rodríguez Artalejo, le agradezco muchísimo que haya accedido usted a compartir este rato con nosotros y darnos su perspectiva sobre cuál es la situación epidemiológica en estos momentos en el país y muy en concreto en la Comunidad de Madrid. Y teniendo claro que no procede hacer ningún plan de ningún tipo, ni económico, ni social, ni de ninguna otra cuestión que afecte a la sociedad, si no partimos de una base epidemiológica sólida y de un control efectivo de la epidemia que ahora está pasando por encima de nuestra población, el hecho de que le hayamos convocado aquí creo que tiene un valor muy importante. Porque en el Partido Popular pensamos que usted puede aportarnos ideas, sugerencias y perspectivas acerca de cómo consolidar la superación de la epidemia en Madrid desde un punto de vista epidemiológico y, sobre eso, construir todo lo demás, pero la base tiene que ser, primero, vencer al virus y, luego, la construcción y reorganización de todo el resto. Quedamos a su disposición, de su, sin duda, interesantísima disertación. Muchísimas gracias, profesor.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Pregunto a los grupos si quieren hacer uso de este turno o pasamos directamente a darle la palabra al compareciente. *(Pausa.)* Pues tiene usted la

palabra. ¡Ah, no, perdón!, el señor Freire, que está a mi izquierda, y por eso no he mirado, quería hacer uso de la palabra.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Brevísimamente. Muchas gracias, profesor Artalejo, por venir. Mi grupo le da la bienvenida, se alegra mucho de que haya sido invitado aquí, porque es usted un profesional reconocido cuya opinión vale la pena escuchar y ser tenida en cuenta. Nada más. Gracias, señor presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Freire.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA** (Rodríguez Artalejo): Muchísimas gracias a todos ustedes por su amabilísima invitación, que además es una muestra de confianza que espero no defraudar. Ayer por la tarde envié –lamento haberlo hecho tan tarde– unos materiales que están a su disposición y que pueden ayudar a seguir mi presentación. No me voy a saltar los quince minutos, tengan la garantía de ello, pero eso no impide que quiera empezar expresando mi recuerdo a todas las víctimas del COVID; expresando también mis condolencias a todos los familiares de las víctimas; mi admiración agradecida a todos los profesionales sanitarios, ya sean del sector público, privado o del sector militar, que han atendido en condiciones muy difíciles esta pandemia; por supuesto también, porque a veces nos olvidamos, a todos los gestores, a todos los empleados públicos que desde las Administraciones, tanto civil como militar, se han ocupado de que lleguen los recursos necesarios de la mejor forma posible y allí donde más se necesitan, y, por último, también a todos ustedes, a los representantes de los poderes públicos, tanto el Ejecutivo como el Legislativo, por haber estado ahí y por haber orientado la estrategia, sé que se han dejado ustedes la piel y a veces sin suficiente reconocimiento y además han facilitado los recursos para que la respuesta sea posible.

En segundo lugar, soy consciente de que a estas alturas de la pandemia es difícil decir muchas cosas nuevas, pero lo que voy a intentar es, a través de diez máximas o diez pequeñas reglas o comentarios, al estilo de Cajal, identificar una serie de puntos que quizás no sean suficientemente novedosos pero sobre los que yo creo que no se ha puesto suficiente énfasis, y es lo que quería traer aquí precisamente a su consideración. Por tanto, no voy a mencionar medidas que son conocidas por todos ustedes y que tienen el respaldo de todo el mundo, como son el reforzamiento de los sistemas de salud pública para mejorar la identificación precoz de casos, diagnosticarlos, aislarlos, trazar a los contactos, cuarentenarlos, o el refuerzo de las capacidades del sistema sanitario, que muchos son criterios establecidos en la desescalada y en la nueva normalidad, que además comparto, y que se están llevando a cabo en la Comunidad de Madrid, o todo lo que se está haciendo en las residencias de ancianos, que me consta que es mucho. Yo en esto no voy a entrar, porque ya es materia conocida y que, además, comparto; obviamente, si luego quieren plantearme cualquier cuestión, yo estoy a su disposición.

El primer punto que quería comentarles es que Madrid y toda España necesita tener un modelo práctico para reforzar la respuesta en este invierno a la posible nueva oleada, pero sobre todo

a nuevas oleadas o a nuevas pandemias de virus respiratorios que todavía no conocemos pero que pueden producirse en el futuro. Este modelo lo tenemos delante y es la gripe estacional a la que hay que enfrentarse todos los años, y, desgraciadamente, no lo hacemos suficientemente bien todos los años. Si aumentáramos la tasa de cobertura vacunal en la población vulnerable, que sabemos que este año se va a intentar hacer y, además, precozmente; si conseguimos que muchísimos más sanitarios se vacunen, porque la verdad es que es una vergüenza la bajísima tasa de vacunación en sanitarios; si conseguimos que todos los años en la época de la pandemia estacional de gripe se generalice el uso de mascarillas y otros medios de protección en todo el sistema sanitario, porque, por cierto, no se venía haciendo; si conseguimos la generalización de los geles hidroalcohólicos en todos los supermercados y en todos los lugares públicos, incluso cuando haya acabado esta epidemia; si extendemos la etiqueta respiratoria como forma de buena educación en los periodos interpandémicos, estaremos mejor preparados para la pandemia de gripe y para cualquier otra pandemia de virus respiratorio que pueda venir. Además, como la difusión será más lenta, nos dará más tiempo a intervenir y a preparar una nueva respuesta frente a una posible nueva pandemia.

Segundo punto, algo que yo creo que se ha dicho pero en lo que no se ha puesto suficiente énfasis. Esta pandemia de coronavirus ha hecho todavía mucho más visible la pandemia de enfermedades crónicas que venimos padeciendo desde hace muchos años y que no logramos controlar. En España, aunque no se diga y aunque no tengamos exactamente los datos para nuestro país, porque el MoMo no lo permite -pero sí que tenemos datos para Francia, Nueva York o New Jersey-, durante la pandemia, ha aumentado la mortalidad por cardiopatía isquémica y por diabetes. Y, ¡ojo!, cuando decimos que en España se han muerto aproximadamente 30.000 personas por el virus, no estamos diciendo toda la verdad, estamos utilizando un modelo causal, iunicausal! ¡Esta gente se ha muerto porque tenía el virus y era obeso!, ¡porque tenía el virus y tenía diabetes!, ¡porque tenía el virus y tenía insuficiencia cardíaca!... Si hubiéramos controlado suficientemente algunos de estos factores y si los hubiéramos controlado a lo largo de las últimas décadas, la pandemia de enfermedades crónicas, la mortalidad y el impacto de la epidemia habrían sido infinitamente menores. Si ustedes me permiten, la lucha contra esta y nuevas pandemias similares se librará en las trincheras de las enfermedades crónicas, y combatiendo una estaremos combatiendo también las otras. ¿Qué es lo que tenemos que hacer de forma urgente? Recuperar toda la actividad asistencial, la orientada a las enfermedades crónicas, de aquí a Navidades para garantizar que todos los pacientes crónicos han mejorado y que tienen niveles óptimos de adherencia a tratamientos eficaces y tienen excelentemente bien controlados sus factores de riesgo, desencadenantes de las descompensaciones, de la insuficiencia cardíaca, de la EPOC, etcétera. ¡Esto es prioritario! Y a medio plazo, orientar los servicios tanto existenciales como de salud pública de forma mucho más potente a la prevención y control de las enfermedades crónicas.

Tenemos a nivel poblacional y a nivel de salud pública excelentes programas de control de la obesidad, de la diabetes, de las enfermedades cardiovasculares crónicas, pero -permítanme- están sobre todo en papel, ¡están infradotados!, y el compromiso y, si me lo permiten, el coraje político necesario para avanzar contra los mismos está ausente, porque hace falta, desgraciadamente, mucho coraje para ganarle la batalla al tabaquismo -no se la estamos ganando-, a la obesidad, a la diabetes,

a la insuficiencia cardiaca, y hacen falta no solo más recursos en Salud Pública, que también, sino coraje político para afrontar estos problemas. Tenemos que fortalecer la Atención Primaria para orientarla a la prevención clínica, implantar, por ejemplo, de forma mucho más extendida y mucho más intensa el Programa de actividades preventivas y de protección de la salud de la semFYC, que, por cierto, es muy parecido a lo que se recomienda en todos los países del mundo. Y tenemos, por último, que reforzar también las estrategias de abordaje a la cronicidad. ¡Todas estas cosas se sabe cómo hacerlas! Y, permítanme, no las voy a desarrollar.

Tercera idea. Todos veíamos por la televisión lo que estaba pasando en China y, luego, en Italia, ¡todos!, en tiempo real, ¡nunca se ha televisado una pandemia tan bien como esta!; Sin embargo, no supimos interpretar lo que estaba ocurriendo. Hay muchísimas explicaciones, entre ellas, sesgos cognitivos que no nos permiten comprender aquello que no deseamos y otras muchas cosas en las que no voy a entrar. Pero para llegar a tiempo en el futuro es necesario reforzar las actividades de lo que se llama en términos británicos la inteligencia epidemiológica y la epidemiología de campo, ¡que son básicamente lo mismo! Y esto lo ligaré con uno de los puntos que voy a decir al final, porque muchos de los puntos que estoy tratando son sinérgicos. Lo que tenemos que hacer es fortalecer estos programas de formación, pero también garantizar o promover la internalización de nuestros profesionales. Tiene que haber gente de Madrid formándose o trabajando en los CDC o mucha más gente en el Centros europeos de control de enfermedades, primero, porque vamos a tener profesionales más formados, ¡porque esta gente es la que luego va a estar ayudando en China a controlar la epidemia y nos van a decir de primera mano qué es lo que está pasando aquí sin que nos lo tenga que decir ni el Gobierno Chino ni nadie!, y, segundo, porque ante cualquier problema nuevo, incluso ante este mismo para el otoño y, en general, ante cualquier problema importante, hay que aprender a aplicar mejor el principio de precaución. Realmente, aquí no hay reglas fijas y nadie sabe exactamente muy bien cómo hacer esto, pero probablemente la mejor solución sea crear una comisión desde el primer momento, razonablemente numerosa, mixta, donde haya gestores de la Administración -que, por cierto, son los que más saben, porque los académicos no estamos a pie de obra, no conocemos tan bien los problemas como los que están día a día en la Administración-, donde se mezclen los gestores y los empleados públicos que están lidiando con los problemas con académicos. ¡Una comisión solo de académicos no vale para casi nada! ¡Una comisión mixta!, con académicos multidisciplinares y donde además esté garantizada la controversia, donde haya académicos con diferentes visiones científicas. Diez académicos juntos habitualmente somos extraordinariamente gregarios y habitualmente no vamos a decir una cosa diferente a lo que diga uno solo de nosotros. Hace falta garantizar la presencia de algunos iconoclastas, gente que a menudo, si me lo permiten, desbarran, pero que de vez en cuando nos hacen ver lo que los demás no hemos visto.

El cuarto punto que me parece importante ¡desde ya!, y esto es urgente para Navidades: potenciar mucho más la telemedicina y en general la teleasistencia. Esto, por fuerza, se ha venido haciendo como respuesta inmediata sobre todo en Atención Primaria, pero ha sido sobre todo una atención telefónica. Todo lo que se pueda hacer de aquí a Navidades y desde luego de cara al futuro para fortalecer la videoasistencia de tal forma que se puedan hacer consultas virtuales –hay que verse

la calle- desde muchos puestos, desde el sistema sanitario, con protocolos de seguridad y de privacidad, creo que será dinero bien invertido para enfrentarnos en mejores condiciones a lo que ocurra en invierno, que, por cierto, tengo la confianza de que no debería ser tan grande como lo que ya hemos pasado. Tengo esa confianza; seguridad, no, y hay argumentos –luego me los preguntan- para pensar que esto debería ser así, pero seguridad no hay ninguna.

Otro punto que me parecería importante es poner el foco en los vulnerables, que me consta que se está haciendo. Saben que más de la mitad de los fallecimientos han tenido lugar en las residencias de ancianos y muchos de los brotes que se han producido aquí algo tienen que ver con los temporeros, aunque de esto solo tenemos evidencia preliminar aquí en Madrid, pero existe en otros países, como en Singapur; Singapur tuvo una respuesta impecable en las primeras fases de la epidemia, pero luego tuvieron que confinar a la población, porque, a pesar de que lo habían hecho muy bien, se infectaron los trabajadores inmigrantes -que son aproximadamente 200.000 en un país de 5 millones- que vivían hacinados en Singapur, por eso hubo que confinar a toda la población. Hay que poner el foco en los grupos de bajo nivel socioeconómico y en las personas que viven fuera, y no solo en los ancianos que están en las residencias, que son los vulnerables entre los vulnerables, sino también en todos aquellos que tienen síndrome de fragilidad y cierto grado de discapacidad y que viven en sus casas, ¿de acuerdo? Entonces, hay que identificar una serie de grupos a los que hay que vacunar de la gripe y de todas las enfermedades vacunables de forma prioritaria, a los que hay que tener controlados especialmente bien sus factores de riesgo y a los que hay que intentar seguir desde Atención Primaria de forma muy estrecha y desde el sistema sanitario de aquí a Navidades.

Si esto se hubiera hecho bien desde el principio, probablemente el impacto de la epidemia no hubiera sido ni la mitad del que ha sido, y esto no es un problema solo de Madrid sino de toda España y de todo el mundo; iesto es así! Y esto hay que hacerlo no solo por razones de justicia social, hay que hacerlo por interés propio también, porque, controlando la epidemia en estos grupos que son vulnerables por sus condiciones de vida o simplemente porque representan más riesgo por ser trabajadores de alta movilidad –que es lo que está pasando con los temporeros-, lograremos avanzar mucho en el control de este problema, ¿de acuerdo? Y yo creo que este es un elemento central. ¡Sé que se está haciendo!, sé que, por ejemplo, específicamente en las residencias se están aplicando protocolos muy rigurosos en colaboración con Atención Primaria y sobre todo con los servicios de geriatría de los hospitales y que conocemos ya bastante bien cuáles son los niveles de seroprevalencia en las residencias y que en algunos casos son altísimos, 70 u 80 por ciento, lo cual también nos indica que padecer el coronavirus siendo mayor no es necesariamente una sentencia de muerte, que también es un mensaje que hay que transmitir. Pero hay mucho que mejorar en este aspecto.

Ya casi me he pasado de tiempo, pero lo que me queda es menos importante. Hay que facilitar procedimientos de cambio y mejora y básicamente tenemos que apostar por aquello que es fruta madura; no lo voy a desarrollar, pero hay cinco, seis, siete intervenciones que tenemos a nuestro alcance, y una que es de libro es mejorar extraordinariamente, por ejemplo, el control de la hipertensión arterial, que es un auténtico desastre en muchos sitios, y tenemos los medios para hacerlo -esto es fruta madura-, junto con otra idea que ya defendían hace treinta años Vicente Ortún

y Guillem López Casanovas en un artículo de hacienda pública, que es apostar por el radicalismo selectivo. Hay medidas en frentes muy concretos que, si se mantienen durante suficiente tiempo, cuestan relativamente poco, pero a largo plazo puede cambiar absolutamente no solo el sistema sanitario sino la situación de la Comunidad de Madrid. Hay que hacer el esfuerzo para trabajar en algunas de ellas; no las voy a elaborar ahora, pero están bien identificadas.

Dos ideas muy claras. Una de ellas es poner la salud en todas las políticas. Esto tiene muchas implicaciones, pero tiene una inmediata que tiene que ver tanto con la economía como con la salud y es restaurar la confianza de la población en que lo que estamos haciendo, si lo hacemos todos nosotros bien y en colaboración con el sistema sanitario, minimizará extraordinariamente los riesgos de infección. La gente tiene que recobrar la confianza o la seguridad en que, si se hacen las cosas bien, el riesgo de infección se minimiza. ¡Las cosas que hay que hacer bien son cuatro!: la mascarilla, lavarse las manos, mantener la distancia lo que se pueda y... ¡poco más! Si esto se hace bien, no habrá problemas en entrar en el interior de un restaurante que esté bien ventilado, y algunos amigos míos que tienen restaurantes me dicen que la gente no quiere entrar en los restaurantes y que solo quieren estar en las terrazas; o no hay mayor problema en viajar en un avión, ¡es extraordinariamente seguro!, ¡pero la gente tiene miedo a viajar en avión!; o no hay por qué desinfectar las frutas y verduras y todo lo que se compra en los supermercados, pasándose una hora en casa haciéndolo, ¡esto es innecesario!; ni hay que dejar los zapatos en la puerta -si se hace, no es un problema-. Pero todo esto refleja falta de información, que se traduce en insuficiencia de confianza en que, si hacemos las cosas bien, no tenemos riesgo, y si tenemos esta confianza, podremos recuperar mucho mejor la actividad económica.

Y, por último –es un tema que vale para todo, y ya lo cité antes-, hay que garantizar, hay que conseguir la presencia de muchos más madrileños en instituciones importantes del Estado y, además, en organismos, sobre todo en organismos internacionales, en Bruselas, en la OMS, en los ECDC y en muchos otros sitios, pues tendremos información de mayor calidad, tendremos capacidad de influencia y nuestras políticas no vendrán dictadas solo por lo que dicen los demás sino que nosotros contribuiremos e influiremos en estas políticas. Y unas cuantas medidas que tienen que ver con el fortalecimiento del sistema educativo, sobre todo universitario, con promover la internacionalización dentro de la investigación científica, las estancias de funcionarios, la selección de funcionarios que conozcan bien inglés; no se puede ser funcionario de la Administración pública de Madrid –permítanme que se lo diga- de cierto nivel sin saber inglés. Y si hubiéramos tenido todo esto, no tendríamos que estar mirando todo lo que nos dice la OMS y podríamos haber influido en esta y en otras muchas políticas.

Disculpenme, porque me he alargado tres minutos. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: ¡Crystal clear!; precisamente, crystal clear. Muchas gracias, profesor. Pasamos entonces al turno de los grupos. Por el Grupo Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie, la señora Lillo.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Buenos días, señorías. Buenos días y muchísimas gracias, señor Artalejo, por estar aquí. Bienvenido a esta comisión. Quiero agradecerle profundamente la intervención que nos ha planteado aquí con una serie de cuestiones que creo que son muy importantes; también creo que nos pone tareas en el reparto de nuestras funciones, y se lo agradezco enormemente.

Sobre la exposición que nos ha hecho, quería hacerle simplemente un par de planteamientos o de preguntas para que pudiese profundizar en su segunda intervención si tiene a bien. Usted ha diferenciado, por así decirlo, elementos que tienen que ver más con una preparación de cara a una posible segunda oleada, y nos ha dicho que le preguntemos por qué tiene la confianza, que no la seguridad, de que será más leve. Yo creo que es importante o por lo menos interesante poder saberlo y concretar qué elementos -aparte de garantizar la disposición de material, etcétera- y aterrizar a lo concreto, es decir, qué tareas y qué deberes tenemos para estar en las mejores condiciones, para que podamos estar mejor preparados y preparadas para una segunda oleada aunque no sea tan fuerte.

Luego, otros elementos que ha mencionado responden más a una preparación estructural y permanente de cara ya no a una COVID sino a otras cuestiones. Y ahí me quería centrar en lo que usted ha dicho de que esto ha venido a visibilizar otras pandemias, como son las enfermedades crónicas, y habla de la importancia de orientar los servicios a la prevención y al control. Yo quería preguntarle también si considera la influencia de factores ambientales y socioeconómicos en algunas de estas enfermedades crónicas; creo que quizás también es un elemento que debemos tener en cuenta a la hora de poner en marcha políticas públicas, que también lo vinculo con ese foco que ha dicho usted de la población vulnerable y que tiene que ver también con lo que decía de factores socioeconómicos. Por lo tanto, nos gustaría que nos dijera tareas concretas o cómo podemos hacer desde la Comunidad de Madrid esa identificación, y no solo la identificación sino, en el caso de situaciones vulnerables por causas económicas, qué medidas -aunque entiendo que esto es una cuestión que excede del ámbito sanitario- se pueden poner en marcha.

Por último, con respecto a lo que ha planteado usted de incorporar la salud en todas las políticas, me gustaría saber qué opinión le merece y qué podríamos hacer para conocer cómo afecta a la salud todas y cada una de las políticas públicas; es decir, abrir el campo y no solamente hablar de salud en una comisión de Sanidad sino saber la puesta en marcha de una política desarrollada por la Consejería de Transportes y por otras, cómo poner en práctica hablar en la Comunidad de Madrid de que abordamos el impacto en la salud de las políticas públicas en general.

Termino agradeciéndole de nuevo la intervención que nos ha hecho aquí. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo, además, por la contención en el tiempo. Por el Grupo Vox, señora Joya, por favor.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señor presidente. Gracias, profesor, por su presencia aquí, le expresamos nuestro reconocimiento. Y queremos expresar también nuestro reconocimiento y nuestro

respeto a las víctimas por COVID-19 y mostrarles nuestro ánimo a todos los enfermos que aún hay y a todos los convalecientes.

Yo también pretendo ser muy breve. Algunas de las cosas ya nos las ha transmitido usted. Y aunque estamos mirando hacia el futuro, me gustaría que nos aportara su experiencia y que nos hiciera un pequeño análisis, por ejemplo, del papel que ha representado la OMS a la hora de prever lo que se nos venía a nivel internacional, si ha ejercido una labor de concienciación lo suficientemente eficaz de cara a lo que se avecinaba, o de transmisión del conocimiento que se tenía sobre ello para concienciar a los países.

En cuanto al papel de los portadores asintomáticos, nos gustaría saber si se ha transmitido de manera eficaz ese factor tan importante; si no se ha conocido en los países que nos han precedido; si se ha conocido y no se ha sabido transmitir, o si ha sido una negligencia al no tener en cuenta ese factor, que ha sido, desde mi punto de vista, la clave en esta tragedia que hemos vivido.

Y de cara al futuro, estoy totalmente de acuerdo, por supuesto. De hecho en la comisión anterior pregunté por los programas de educación para la salud que se llevan a cabo en Atención Primaria, porque efectivamente creo que no se están llevando a cabo y que no se les está dando la importancia que tienen. Ahí, me gustaría que usted nos pudiera aportar el papel que tiene la Administración, porque, aunque fundamentalmente ha de hacerse en Atención Primaria, como casi todo lo que se tiene que hacer ahora mismo, nos gustaría saber qué papel tiene la Administración a la hora de llevar a cabo un programa eficaz de educación para la salud.

¿Cómo cree que está a día de hoy la relación, la comunicación o la interrelación entre los distintos niveles asistenciales: Salud Pública con Atención Primaria? ¿Cómo ve que es la relación, descendiendo a nuestra comunidad, en la Comunidad de Madrid, entre esos dos niveles asistenciales? ¿Cree que hay la suficiente comunicación, la suficiente relación como para llevar a cabo un trabajo de cara al futuro? ¿Y de la sanidad con el nivel hospitalario?

Hay un tema que también me interesa mucho y es el de los datos, el de la recogida de datos. ¿Cree usted que el sistema de recogida de datos que tenemos ha sido eficaz, cuando ni siquiera se han tenido claros los criterios, que han sido muy cambiantes en cuanto a los casos que ha habido, los contactos, las sospechas o si se considera un caso confirmado o no confirmado? Es decir, ese caos a nivel de datos, ¿se puede mejorar de cara al futuro? ¿Cree que sería bueno tener una base de datos central unificada para que hubiera una sola base de datos con un solo criterio? O ¿qué le parece el hecho de que cada comunidad recoja los datos de una manera? Es decir, ¿qué opina del manejo de datos?

Respecto al manejo de datos y en la epidemiología de campo, ¿cree que estamos los ciudadanos españoles y los madrileños en concreto preparados para permitir que se disponga de nuestros datos? Se desconfía mucho de las aplicaciones de rastreo, se desconfía de las herramientas que se nos ofrecen, se desconfía de programas como el que se ha hecho en Alemania, que recogen los datos cuando entras en un restaurante para, si en un momento dado hay un rebrote, poder

localizar a los ciudadanos. ¿Tenemos cultura los españoles y los madrileños? ¿Tenemos confianza, estamos preparados para que nos vengán a pedir nuestros datos para prevenir un posible rebrote?

La Comunidad de Madrid tiene unas características especiales por ser una gran ciudad con mayor movilidad, ¿cree usted que habría que tomar unas medidas especiales de prevención que nos distingán del resto de las comunidades? Quería que me dijera cuál cree que es el nivel de formación y de investigación en salud pública y en vigilancia epidemiológica en la Comunidad de Madrid.

Respecto a las campañas de vacunación que usted ha nombrado, como la vacunación de la gripe, a mí me preocupan las campañas de vacunación pediátrica, porque durante estos meses se han paralizado los calendarios vacunales pediátricos. Ahora mismo hay una gran población pediátrica que no los tiene actualizados y nos encontramos con que los centros de Educación Infantil se están abriendo; en septiembre van a estar abiertos, y nos vamos a encontrar con una población pediátrica de 0 a 3 años hacinada durante muchas horas en un mismo sitio con calendarios vacunales no actualizados. A mí eso me parece que es una bomba de relojería y querría que nos diera su opinión.

Y, extrapolando también un poco a nivel nacional, ¿cómo valora las medidas que se están llevando a cabo en el aeropuerto de Barajas? ¿Cree que es inevitable que el virus se nos escape? Y ¿cómo valora el papel de sanidad exterior?, ¿cree que hay que reforzarlo?, ¿cree que debería tener otra dimensión?

Y hay un tema también importante que me gustaría comentar, porque, aunque parezca un poco más exótico, ha sido el origen de esta epidemia. Me refiero al manejo de los animales y la importación de los animales. ¿Qué controles hay y qué se podría mejorar en relación con ello? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Joya. En nombre del Grupo Más Madrid, la señora García.

La Sr. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, presidente. Buenos días y bienvenido a esta comisión, señor Rodríguez Artalejo. Coincido con usted con respecto a lo que ha comentado de la gripe estacional, no solo por los niveles de vacunación, no solo por la poca importancia que se le ha dado, sino también porque era un tutor o un indicador bastante claro de que nuestro sistema sanitario se colapsaba solamente con la gripe estacional; con lo cual, ya veníamos tarde.

Creo que de esta epidemia podemos aprender muchas cosas, y seguramente, de salud pública, usted coincidirá en que tampoco le hemos dado mucha importancia a las infecciones nosocomiales y a las bacterias multirresistentes. Un cálculo de la SEIMC nos habla de unas 35.000 muertes al año por bacterias multirresistentes, y no le hemos dado importancia, igual que no le hemos dado importancia a la gripe.

Usted ha hecho un análisis sobre que los pacientes de COVID no solamente han fallecido por COVID sino también por tener pluripatología. Hay una parte que es verdad y hay una parte en la que,

por ejemplo, vemos que en las UVI sí que hay mucho paciente joven sin patología, y con joven me refiero a por debajo de 60 años, que es la nueva juventud. ¡Y es verdad! Y esa es una de las cosas que más nos han llamado la atención, porque parecía que al principio esto era una infección que afectaba sobre todo a pacientes pluripatológicos o con patologías añadidas y nos hemos encontrado con que, igual en un porcentaje pequeño... De hecho, hay muchos compañeros fallecidos que no tenían patologías y que sencillamente, por la gran exposición o por la carga viral, o han fallecido o han estado en las UCI o ingresados en los hospitales.

Y, ¡claro!, usted ha hecho un relato que tiene que ver con los determinantes sociales de la salud. ¡Efectivamente!, es que la desigualdad no solo es desigual en términos económicos y de justicia social, sino que, además, nos pone en riesgo, ¡claro!: el hacinamiento, las condiciones económicas, etcétera, etcétera. De hecho, la OMS, una de las cosas que indica, aparte de la universalidad o quitar las barreras, es el ingreso mínimo vital, ¡claro! -llamémosle ingreso mínimo vital o llamémoslo como queramos-. Las condiciones económicas para la población son tan importantes como medida de salud como cualquier otra medida de salud pública.

Usted nos hablaba de la prevención y, efectivamente, desde el Grupo Más Madrid siempre decimos que la prevención no gana elecciones, no se inaugura, no es una cosa de la que se pueda hacer balance, sobre todo porque las vidas se salvan en silencio. La salud pública lo que hace es salvar vidas en silencio, y eso no tiene repercusión, con lo cual no tiene esa importancia que le deberíamos estar dando. Y en la batalla a todas esas enfermedades crónicas que usted ha mencionado, como la batalla a la obesidad, estará conmigo en que la campaña de dar Telepizza a todos los niños pues... Ya no solo como acción política concreta sino como campaña publicitaria creo que no ha sido de las más acertadas de esta comunidad, que ha sido la única comunidad que ha optado por esa opción de alimentar a los niños más vulnerables.

Estoy de acuerdo con usted en el tema de los sesgos cognitivos, pero me gustaría que usted, desde el conocimiento de la salud pública, nos dijera por qué han fallado los radares. Usted hablaba de la inteligencia epidemiológica y la epidemiología de campo. Nosotros somos conscientes de que los epidemiólogos en la comunidad han estado, casi, apuntando los casos a boli; entonces, no hemos sido capaces de aplicar los sistemas, la tecnología y el registro de los datos con unos sistemas del siglo XX, y eso seguramente nos haya retrasado. Aquí no tratamos culpas, aquí tratamos causas, y me gustaría que nos dijera, desde el punto de vista de salud pública, en qué hemos fallado, por qué no funcionaban los radares, ¡por qué no han funcionado! Porque es un tema preocupante saber si no teníamos radares, si no funcionaban o si no los teníamos conectados hacia donde tenían que estar conectados, y nos gustaría saber si eso lo hemos mejorado. Porque, efectivamente, esto no se trata solamente de poner 12 epidemiólogos más o 40 operadores telefónicos más; esto creo que es una estructura bastante más compleja que requiere de muchos más actores.

Y ya termino. La salud en todas las políticas es una de las cosas que venía registrada en la Ley de Salud Pública del año 2011, la ley nacional, y que no se ha desarrollado en prácticamente ninguna comunidad. Ahí sí se determinaba que en todas las políticas públicas tenía que haber un

estudio del impacto en salud –igual que hay un estudio del impacto medioambiental- y eso no se ha desarrollado, y nos gustaría saber la importancia que usted le daría al desarrollo de esa ley de salud pública.

Y un comentario. Decía usted que no podemos tener altos cargos que no sepan inglés, y yo apunto que tampoco podemos tener altos cargos que no sepan de sanidad. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García. Por el Grupo de Ciudadanos tiene la palabra la señora Marbán.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, presidente. Buenos días y bienvenido, profesor Rodríguez Artalejo; es un honor tenerle aquí y escucharle. Yo creo que esta comisión nos sirve sobre todo para analizar las muchas comisiones y debates que hemos encadenado en las comisiones de Sanidad específicas y también en pleno, porque creo que es importante a veces abstraerse, subir y ver desde arriba hacia dónde nos conducen los numerosos debates y cuáles son realmente los objetivos que queremos alcanzar. Usted hablaba de ese plan de salud en general, no solamente frente al COVID sino plan de salud de nuestra sociedad, de fortalecer la sociedad al fin y al cabo frente a epidemias.

Me ha parecido simbólico que usted analizara que no solamente es la epidemia del COVID la que ahora nos ha puesto a todos en alerta sino que también hay otras epidemias como pueden ser la obesidad o el tabaquismo; nos tiene que preocupar mucho la salud de nuestros ciudadanos. Sobre todo, creo que ha hecho hincapié en fortalecernos como sociedad en cuanto a tener una comunicación, una fortaleza y seguridad. Usted decía qué podemos hacer y qué no podemos hacer: quitar el miedo a los ciudadanos!, pero porque estén seguros de cuál es la manera de prevenir en muchos aspectos y en muchas epidemias su salud día a día.

Es cierto que tenemos que enmarcar todo esto con respecto a lo que ha supuesto la epidemia de la COVID, y ha apuntado usted una serie de planteamientos que desde aquí ya se han valorado en muchísimas ocasiones, como puede ser la reorganización de la Atención Primaria. Aquí hemos aplaudido la labor de muchísimos profesionales que están en primera línea con los ciudadanos y sobre todo la gran red que tenemos de centros de salud en la Comunidad de Madrid. Pero sí que es importante hacer una labor de comunicación con la población, porque usted ha dicho que se puede avanzar mucho, por ejemplo, con la tecnología, con la telemedicina, pero tenemos una población mayor que también necesita muchas veces ese acercamiento personal de su médico, que también es vulnerable cuando los médicos van cambiando, y tenemos que darles esa seguridad de que la tecnología estará de su lado, y la telemedicina, sin duda, ha sido incluso la mejor barrera de protección. Yo le tenía que explicar a mi padre que no podía ir al centro de salud a hacerse los análisis y que era mejor que estuviera en casa y le era difícil comprender, con 85 años, que tenía que retrasar la visita a su médico aunque tuviera que hacerse una serie de análisis. Entonces, hay que convencer también a nuestros mayores de que hay que protegerles y de que la telemedicina, esas conferencias a través de vídeo con su médico, pueden ser perfectamente eficaces, y yo creo que ahí también hay

una gran labor de coordinación de los distintos niveles administrativos. Quizás hemos hablado mucho del ámbito nacional, y bajamos, por las competencias, a nivel autonómico, pero sería imprescindible que los ayuntamientos tuvieran una labor de prevención en salud que yo creo que no hemos abordado y que tenemos que ir de la mano apoyándolos, porque ellos tienen una capacidad de acercamiento con el ciudadano muchísimo mayor que cualquier otra Administración.

Usted ha hablado también de la necesidad del refuerzo de Salud Pública y de los mal llamados rastreadores –no les gusta que les llamemos así-, pero sí es cierto que una vez más la tecnología y las aplicaciones pueden ayudarnos mucho en ese seguimiento de la población y del virus. Igualmente –creo que ya se lo han comentado-, ¿está la sociedad dispuesta a entregar sus datos por el bien común de todos y decir: hoy he estado en tal restaurante y dejo mis datos porque sé que será beneficioso en el futuro? ¿O somos una sociedad que todavía no está preparada para que la tecnología sea un apoyo en vez de un problema?

Le han preguntado también sobre algo que es importante, y así lo hemos debatido en muchas ocasiones aquí. En España, desgraciadamente, tenemos 17 sistemas de comunicación de datos, y en algunos momentos aquí en la comisión de Sanidad hemos comparado cómo a lo mejor el sistema de análisis de datos de unas comunidades autónomas u otras eran diferentes. ¿Cree usted que ha llegado el momento de que, desde arriba, a nivel nacional, se haga una planificación, un sistema de información, una publicación de datos que coordine realmente esas 17 comunidades autónomas?

Respecto a los planes de elasticidad hospitalaria –de lo que también hemos hablado- y de cómo enfrentarnos a la gripe, aquí tenemos distintas opiniones. Alguno de los médicos que están en urgencias nos han dicho que sí que ven con buenos ojos proyectos de elasticidad hospitalaria como, por ejemplo, la creación de Ifema en 48 horas o la posibilidad de tener un hospital de pandemias o de epidemias donde, en momentos puntuales, cuando la presión asistencial es muy alta, pueda haber una vía de escape para poder tener un flujo o un pasillo por donde canalizar a los pacientes que, además, tienen de alguna manera especificidades comunes que pueden trabajarse a lo mejor con mayor rapidez.

Y, por último, usted ha hablado también de recuperar la actividad asistencial, porque tenemos pacientes crónicos y no todos, como decimos, han muerto únicamente por la COVID sino por otros daños colaterales, por decirlo de alguna manera. Creo que hay que recuperarlo, pero ante todo está la seguridad del paciente, conseguir que existan circuitos COVID y no COVID, porque creo que es importante la pandemia y no olvidarnos de que no la hemos superado y que, efectivamente, todos estamos en alerta, porque el otoño será complicado, y creo que, si todos estamos con esa señal de alerta, será mucho más fácil entre todos salir; está claro que solo saldremos si estamos unidos. Nos alegra mucho escuchar sus comentarios. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. Tiene la palabra el señor Raboso en nombre del Grupo Popular.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor presidente. Profesor Rodríguez Artalejo, ha sido un verdadero honor escucharle. Yo solamente tendría tres preguntas que hacerle, no creo estar a la altura de hacer más comentarios sobre la disertación magistral que nos ha dado. Estamos preocupados por Barajas, por lo menos alguno de los presentes estamos preocupados por el papel que puede tener la entrada de personas por el aeropuerto para volver a diseminar la enfermedad en nuestra comunidad. ¿Qué papel considera usted que puede tener Barajas y cómo organizaría usted el problema de Barajas para que no vuelva a ser una entrada de virus en la Comunidad de Madrid? ¿Qué consideraciones haría usted al respecto? Esa es una cuestión.

Otra cuestión es que agradeceríamos mucho que nos diera usted su opinión sobre el despliegue de medicina preventiva, de epidemiología, que se ha realizado en la Comunidad de Madrid y si considera usted que alguna cuestión se puede mejorar.

Y una tercera cuestión sobre la que también me interesa mucho su opinión. Yo detecto dos enfoques sobre esto; es decir, ¡vamos a ver!, esto es una epidemia, necesita, evidentemente, por así decirlo, un plan de acción sanitario fundamentalmente, porque así es como se hace frente a una epidemia, pero en ese plan de acción sanitario hay gente que propugna reforzar lo que tenemos, ampliar lo que tenemos o hacer, digamos, una apuesta cuantitativa sobre lo que ya tenemos. Sin embargo, yo humildemente considero que debemos plantearnos si a lo mejor esta epidemia no ha evidenciado que lo de más de lo mismo a lo mejor no toca y que quizás tengamos que empezar a pensar en buscar soluciones que no son soluciones estándar para los problemas epidemiológicos que tenemos, como, por ejemplo, las enfermedades crónicas que usted tan acertadamente ha comentado, y que a lo mejor tenemos que empezar a diseñar una nueva sanidad para una nueva realidad sanitaria a escala global. Me gustaría conocer un poco su opinión a este respecto.

Nada más. Vuelvo a darle las gracias por estar aquí y por pasar este rato con nosotros; ha sido un verdadero honor, profesor. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. En nombre del Grupo Socialista, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor presidente. Profesor Artalejo, enhorabuena. Muy agradecido por su presentación. Ha aportado cosas novedosas de un enorme interés que debiera mantenerse, y quiero resaltar, por ejemplo, su aproximación a que la gripe estacional debiera cambiar la conducta social y de los poderes públicos ante ella dada la experiencia de esta pandemia y lo que podría servir de entrenamiento futuro; ¡esto es muy interesante y, además, novedoso!, y es usted de las primeras personas a las que le oigo formular esto.

Igualmente ha insistido en cosas claves de la salud pública: la prevención de los crónicos, la atención a los colectivos más disminuidos, porque la pobreza y la marginación es la primera causa de enfermedad; muy bienvenido y con grandes consecuencias para política pública y para política sanitaria.

No quiero glosar mucho más lo que ha mencionado. Ha dado por hecho aquellas medidas sobre las que todos tenemos consenso. El problema de esas medidas sobre las que todos tenemos consenso -fortalecimiento de la salud pública, de la Atención Primaria, rastreo de contactos, diagnóstico precoz de casos y seguimiento- es, sin embargo, que en Madrid muchos tenemos la preocupación -y esta comisión no debe ser de debate entre nosotros- de que sobre ellas ino se estén poniendo todos los medios! Usted lo ha dejado como una cosa evidente, en la que todos estamos de acuerdo, pero, en fin.

Puestos a preguntarle cosas para su segunda intervención, me gustaría que nos comentara en qué cosas se debe fortalecer la salud pública en Madrid. Como usted sabe, venimos de una comunidad en la que a partir de 2008 desapareció la dirección general, el Instituto de Salud Pública, el CUSP. Ciertamente vamos a tener dificultad para colocar expertos madrileños en el escenario internacional si no hay una política muy proactiva, muy radicalmente nueva e innovadora que dote a la salud pública madrileña del prestigio que tuvo antaño y de la capacidad técnica que tuvo antaño. Esto es sobre lo que me gustaría que se explayara. Muchas gracias de nuevo y enhorabuena por su presentación. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Freire. Enhorabuena a todos, porque esto nos permite tener bastante más tiempo para el profesor. Así que, adelante. *(Palabras que no se perciben al no estar encendido el micrófono.)* Mire, en realidad tendríamos todavía cuarenta y cinco minutos por delante, pero no hable usted cuarenta y cinco minutos si no quiere, no es obligatorio.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA** (Rodríguez Artalejo): El problema es que, si me dejan, no sé hasta dónde llegaría. Bueno, pues entonces voy a intentar en la medida de lo posible no agrupar tantas preguntas e intentaré responder a cada uno de ustedes por separado.

En cuanto a la pregunta de la señora Lillo acerca de si la segunda oleada será más o menos fuerte y qué habría que hacer para paliar sus efectos, la primera respuesta, que ya es tópica, es que no sabemos qué va a pasar en otoño. Permítame que también le diga que fuera del escenario del COVID tampoco sabríamos qué va a pasar, porque el mundo últimamente está lleno de sorpresas, pero con el escenario del COVID todavía menos. Sin embargo, yo sí que creo que hay algunos hechos objetivos que nos permiten tener un optimismo razonable. Primero, ha mejorado sustancialmente, y se va a mantener, el control de los residentes en los centros de mayores, en las residencias de ancianos, y además sabemos que al menos en muchas residencias públicas la tasa de infección puede estar en torno al 70 por ciento; a pesar de todas las insuficiencias en el conocimiento de la inmunidad, esto nos hace pensar que algunos, una parte importante de ellos, mantendrán los anticuerpos unos meses y que estarán protegidos. Por tanto, ahí no tendremos un impacto tan grande. Segundo, en marzo y en abril no se usaban mascarillas y hoy estas medidas, junto a otras, son una práctica insuficientemente extendida, pero muy extendida, y seguro que esto va a ralentizar la transmisión de cualquier brote. Tercero, tenemos un sistema de identificación precoz de casos, se están haciendo muchísimas pruebas, y es muy positivo que, según decía ayer el doctor Fernando Simón, el 70 por

ciento de los nuevos diagnósticos sean asintomáticos, porque nos está diciendo que estamos persiguiendo muy bien todas las posibles sospechas y además se están haciendo incluso cuando no hay sospecha. Por tanto, tenemos una situación de control mejor, se están haciendo esfuerzos enormes por perseguir y trazar a los contactos y cuarentenarlos, aunque esto tiene un límite. Cuarto, además hemos reforzado –a unos les parecerá mejor o suficientemente y a otros, insuficientemente– nuestro sistema de salud pública y nuestro sistema asistencial. A mí esto me permite ser optimista, aunque nadie puede saber exactamente cómo evolucionan las epidemias; nadie entiende muy bien por qué la segunda oleada de la gripe de 1918 fue mucho más importante que la primera, se sabe que fue más importante, pero nadie acaba de entenderlo bien. Bueno, yo creo que hay motivos para ser optimistas.

Aquí hay un tema clave en el cual no he insistido suficientemente: hay que mantener la disciplina social y, si ustedes me lo permiten, incluso por la fuerza. Si se exige la mascarilla, hay que cumplirlo. Aunque técnicamente uno se pregunte por qué en Cataluña y en otros sitios se va a exigir la mascarilla a todo el mundo aunque esté solo o mantenga la distancia física suficiente. Da la impresión de que ni siquiera cuando hay que usarla se está usando adecuadamente, y probablemente aquí haya que hacer muchísimo más esfuerzo en beneficio de todos. Y junto a esto hay tres cosas urgentes –usted me ha dicho: bueno, exactamente, ¿qué habría que hacer?–: vacunar, vacunar y vacunar es la primera; recuperar el control de los pacientes crónicos de aquí a Navidad; potenciar la teleasistencia, que se puede hacer, de aquí a Navidad, y hacer todo esto, si no se puede hacer a todo el mundo al mismo tiempo, sobre todo a los más vulnerables. Y eso es lo que ya se está haciendo, si me lo permiten ustedes, de oficio: fortalecimiento de la Atención Primaria, de la salud pública, stocks de los EPI, mayor número de ventiladores, capacidad de expandir las camas de las UCI y otras camas de agudos tanto en los hospitales generales como con la construcción de un nuevo hospital para epidemias. Todo apunta –me puedo equivocar; llámenme en enero o, mejor, en marzo– a que tenemos que ser optimistas.

Después, tanto usted como la representante de Más Madrid me han hablado de determinantes de la salud y además han aludido a que muchos de los problemas de desigualdades que afectan más a los más vulnerables obedecen a problemas estructurales de nuestra sociedad. Estoy totalmente de acuerdo. ¿Qué ocurre? Los problemas estructurales, si me lo permite, son bastante más complicados. Yo creo que hay que hacerlo, igual que con el racismo, que ahora está tan de moda, que es un problema estructural de la sociedad americana y hay que combatir contra ello. Pero no tenemos soluciones milagrosas en este campo. Por cierto, resolver los problemas estructurales equivale en buena medida a resolver definitivamente esos problemas hasta que encontremos otros ejes de desigualdad, o aparezcan, pero también es cierto que esto no es tan fácil de hacer y que la solución más corta socialmente aceptada y presupuestariamente sencilla es programas, poniendo el foco en los más vulnerables. Pero esto no quita –no lo estoy obviando– que existan problemas estructurales, pero a corto y a medio plazo, aunque hay que hacer cosas, esto no es tan fácil. Con esto dejo respondido el tema de los factores socioeconómicos, ambientales, etcétera, etcétera.

Y está el tema de la evaluación de impacto en salud de todas las políticas públicas. Yo estoy de acuerdo con ello, y estoy seguro de que todos los miembros de esta comisión estarán de acuerdo en que esto no es tan fácil de implantar de forma sistemática; hay metodologías para ello. Yo creo que hay que ir trabajando en ello, pero mi impresión -y en esto no soy un experto, aunque este es un tema muy viejo; no soy un experto-, lo que creo, es que hay que encontrar, y por eso lo he mencionado tanto, la percepción de seguridad, de que no vas a enfermarte, que es un elemento central de la salud, sentirse seguro también es un elemento central de la salud. Como requisito también para la recuperación económica hay que encontrar los nexos de unión entre ambas cosas. Evaluar el impacto en salud política a política, aparte de que es infinitamente largo y, luego, a ver qué hacemos, quizás habría que limitarlo para actuaciones muy concretas, porque, si no, tampoco se puede dar abasto para evaluar todo lo que hay que evaluar. Hay un ejemplo muy bonito de cómo para abrir una nueva pista en el Aeropuerto de Heathrow se ha pedido a investigadores una evaluación de impacto en salud para una cosa concreta, que es una nueva pista en el Aeropuerto de Heathrow. También hay que decir que al final no se ha abierto esta nueva pista, pero la evaluación de impacto en salud ha tenido muy poco efecto en esta decisión. Tampoco hay que pensar aquí que evaluando el impacto en salud vamos a arreglar todo, pero, bueno, obviamente, yo estoy a favor, hay que extenderlo, pero probablemente hay que identificar los focos concretos en que esto tiene sentido. Yo lo veo así, aunque tampoco soy un experto en esto. Y trabajaría mucho más el tema de los nexos de unión.

La señora Joya me ha hecho infinidad de preguntas, y yo estaré encantado de responderlas todas. Digamos que aquí el mejor amigo del hombre no es el perro, ya lo saben ustedes, es el chivo expiatorio. Aquí, la OMS es un excelente chivo expiatorio. Es cierto que la OMS comete errores, y ellos mismos lo reconocen y van a ser sometidos a evaluación, pero aquí hay dos elementos: la OMS puede haber ido más rápido o más despacio, pero este era un problema nuevo, y la OMS no es un organismo tan independiente como parece, la OMS se debe a cada uno de los países. Y, ¡mira por dónde!, el país más fuerte del mundo, junto con Estados Unidos, estaba afectado. Lidar con China no es nada fácil para nadie y en la OMS hay miedo. Pero, por otro lado, tengo que decir dos cosas. Primera, la OMS ha elaborado protocolos constantemente que ha ido actualizando y que nos han servido a todo el mundo, y aquí la OMS ha hecho un papel no solo para los países ricos sino también para los países pobres. Nosotros no tenemos unos CDC como tiene Estados Unidos. Incluso para nosotros la OMS nos ha sido útil, junto al Centro Europeo de Prevención de Enfermedades. Segunda, la OMS hace una buena parte de su trabajo hablando directamente, y no en los medios de comunicación, con las autoridades nacionales, y yo no sé exactamente qué han estado diciendo, esto tendrían que preguntárselo a las autoridades nacionales, pero por eso también es importante tener más madrileños y más españoles en la OMS, porque yo conozco muchos ejemplos concretos, no en esta pandemia sino en pasados problemas, en los que funcionarios españoles que estaban en la OMS, horas o días antes de que se tomara una medida, llamaban a las autoridades, al ministerio, para decirles: ¡ojo!, esto es lo que está pasando. Este es un papel muy útil de los españoles por el mundo, de los madrileños por el mundo, ¿de acuerdo?

Los portadores asintomáticos. Este es un tema muy debatido. Primero, esto no se sabía al principio, pero, claro, este es un hecho muy diferencial de esta pandemia respecto a otras pandemias

anteriores, típicamente, el SARS y el MERS. La cuestión central no es si el contagio asintomático es posible, que lo es, sino cuál ha sido la contribución al conjunto de contagios. Es como el debate de estos días sobre la pandemia, de si uno se puede infectar por aerosoles, a través del aire; sí, pero lo fundamental es si esto es responsable del 1 por ciento de los contagios o si es responsable del 40 por ciento, y esto es lo que nadie sabe. En el caso de los asintomáticos, hay estimaciones que dicen que el 60 por ciento de los casos en algunos sitios de China se deben al contagio asintomático y en otros casos solo el 5 por ciento. ¿Que juega un papel que probablemente no sea irrelevante? Es cierto. ¿Que lo hemos aprendido tarde? También es cierto y por eso ahora todos llevamos mascarillas. Pero al final no se trata de saber si los contagios son posibles o no sino de cuál es su contribución al conjunto de la transmisión comunitaria, y esto sigue sin estar cien por cien claro.

La educación para la salud. Este es un tema para hablar durante horas, pero permítanme que yo sea aquí un poquito iconoclasta. Una cosa es hablar de una sociedad bien concienciada sobre su salud, que sepa qué es lo bueno y lo malo y que sepa además cómo haciendo una serie de cosas puede mejorar su salud -esto, obviamente, sería muy valioso- y otra cuestión es fijarse en las intervenciones de educación sanitaria que nosotros podemos llevar a cabo y que se pueden llevar a cabo en la inmensa mayoría de los países. Las intervenciones de educación sanitaria tal y como las conocemos, los programas que se llevan a cabo tal y como los conocemos aquí y en Sebastopol tienen una eficacia muy modesta. En cambio, lo que sabemos, que a lo mejor no es tan amable -en un mundo distinto, quizá, todo sería diferente-, es que las intervenciones que conocemos de educación sanitaria tienen una eficacia muy modesta y que además lo que la escuela teje la sociedad desteje -hay muchos dichos de esto-. Lo que sí que sabemos es que la información es un derecho y, por tanto, hay que hacer actividades informativas de educación sanitaria, pero para modificar conductas hay incentivos mucho más potentes que la información y que tienen que ver con incentivos económicos negativos, bueno, las normas, y no nos olvidemos de que el principal instrumento de la salud pública son las normas. Hasta aquí puedo llegar, porque esto daría para mucho. Por tanto, educación sanitaria sí, pero no es ni mucho menos la panacea tal como la entendemos hoy en día.

La comunicación entre Salud Pública y Atención Primaria tradicionalmente ha sido mala, punto, porque están en compartimentos estancos. Es cierto que había alguna agencia de Salud Pública asentada en Atención Primaria, pero ha sido mala. ¿Ha mejorado en Madrid y en España durante la pandemia? Sí, a la fuerza. ¿Deben mantenerse los logros conseguidos? Sí. Fíjense, porque es que ahora además tenemos una actividad que les ha obligado a concertarse, que es la identificación precoz de casos, el aislamiento, hacerles un estudio epidemiológico y trazar a los contactos, y esto se hace en concertación necesaria entre Atención Primaria y Salud Pública. Si esto lo vamos a poder mantener a lo largo del tiempo, pues no lo sé, pero mi idea es que habrá que implicar mucho más a los servicios de Salud Pública en la prestación de servicios desde la Atención Primaria y al contrario. Aunque este es un tema del que se lleva hablando 30 o 40 años, casi desde que yo empecé en este tema, nunca se ha visto bien resuelto. Hay algunas experiencias -en ellas ha participado el doctor Andreu Segura en Cataluña- que han sido razonablemente eficaces, pero, sin embargo, este no es un modelo que haya cuajado en muchos sitios. Yo no tengo una buena solución, pero habrá que ir por ese camino.

Recogida de datos y cambios de criterios. Vamos a ver, el cambio en la definición de casos es muy habitual en cualquier epidemia nueva de la que sabemos poco. Es mejor cambiar la definición de casos según vamos ampliando el conocimiento que no hacerlo, esto va de sí. Segundo -y esto lo vinculo con una pregunta de Podemos-, tenemos 17 sistemas de información sanitaria, ¿sería mejor tener una cosa integrada? Bueno, realmente, tenemos sistemas de información sanitaria propios de cada comunidad autónoma, pero tenemos también sistemas nacionales, como es Renave, a la que llega la información de todas las comunidades autónomas. Si ustedes me lo permiten, si hubiera un mando único y si hubieran desaparecido las comunidades autónomas en este supuesto, que no es un supuesto contemplable, ¿la información fluiría mejor desde el nivel local, el hospital o el centro de salud hasta el nivel central en el ministerio, en el Centro Nacional de Epidemiología? Tengo dudas, porque los circuitos hay que reconstruirlos también; tengo dudas, habría que verlo. Luego, hay una cosa muy específica de esta situación y es que mantener sistemas de vigilancia epidemiológica activos, funcionando en tiempo real, que además surgen desde la clínica cuando, si me permiten la expresión, el mundo se te está cayendo, es que esto es muy difícil!, esto es muy difícil, y en todos los países del mundo está habiendo problemas con esto, porque cuando no te caben los enfermos en los hospitales, cuando la Atención Primaria está superada, cuando se está muriendo la gente en las residencias, cuando hay que abrir nuevos hospitales -algunos de campaña-, cuando hay que incorporar al Ejército a algunas tareas, la prioridad no es reportar los casos y nunca lo será en ningún sitio.

Luego, en epidemiología y en salud pública estamos muy acostumbrados a tomar las decisiones con datos imperfectos; lo damos por hecho, porque son datos de la vida real. Por cierto, de economía no sé mucho, pero tampoco creo que las cuentas nacionales sean perfectas iy nadie se escandaliza tanto! Bueno, nos manejamos con esto. Además, para algunas decisiones tiene mucha más importancia la velocidad con que cambian los fenómenos que el número absoluto de casos en cada momento. Hasta aquí puedo llegar.

Si estamos preparados los españoles en términos de aceptación de la cesión de datos y si nos preocupa más la privacidad que en otros países, sobre esto hay encuestas; yo he leído alguna y no creo que estemos más preocupados, al contrario, nosotros tendemos más a ceder... Cuando se les pregunta a los ciudadanos cosas -y una parte muy importante de mi investigación consiste en ir a las casas de la gente a preguntarles cosas-, la gente te cuenta mil cosas sin mayores problemas. ¡Si además los señores de Google saben más de mí que yo mismo!, y a mí se me olvidan las cosas. Desde luego que hay que desarrollar las aplicaciones de rastreo para la videoasistencia, para todos estos temas donde hay circuitos de información, protocolos de privacidad, de garantía de derechos... Se está haciendo, pero yo no creo que esto sea un problema particularmente grave en la percepción de la ciudadanía. Yo creo que nuestros responsables estáis más preocupados por esto que los ciudadanos, es una impresión que yo tengo.

En cuanto a la movilidad en Madrid, bueno, es que Madrid es un sitio que en cuanto se descontrola un brote podemos tener un follón muy gordo, esto es lo que tiene Madrid para bien y para mal. Entonces, ¿habrá que hacer algo con la movilidad en Madrid? Vigilar que la gente haga lo

que tiene que hacer, que es ponerse la mascarilla; desinfectar los autobuses, el Metro y vigilar que no se superen los aforos, por ejemplo, que en el Metro no se acumule la gente. Esto está inventado. Si nos aseguramos de que esto se hace bien, el Metro o los autobuses son más seguros que muchas oficinas, ¿de acuerdo?, si esto se hace bien.

Investigación epidemiológica en Madrid. Bueno, Madrid tiene unos cuantos buenos grupos de investigación en epidemiología y salud pública, pero pueden ser un tercio de los que hay en Barcelona, en Cataluña, es así de claro. Tenemos muy buenos grupos, ¡muy buenos grupos!, y un ejemplo es el que está en el Centro Nacional de Epidemiología, que acaba de liderar el estudio nacional de seroprevalencia. Además, por cierto, es una investigadora madrileña quien dirige o coordina el CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Pero cuando uno compara la masa crítica de investigación en epidemiología y salud pública que hay en Madrid con la que hay en Cataluña, hay mucha menos. Uno a uno, nosotros tenemos grupos tan buenos como los que hay en Cataluña, pero en Cataluña hay muchos más desde hace mucho tiempo; por cierto, algunos de los mejores grupos están vinculados a la Administración, y algo tendríamos que pensar todos juntos acerca de esto. Habrá que potenciar la investigación epidemiológica y en salud pública, no solo el trabajo de campo, dentro de la consejería y el Ayuntamiento de Madrid; a lo mejor hay que plantearse un futuro Imdea de epidemiología y salud pública. Entre todos tendremos que darle una vuelta a esto, porque estamos por detrás, como mínimo, en cantidad, pero la cantidad es importante también, claramente. Y aunque tenemos algunas instituciones estatales radicadas en Madrid muy importantes, como el CNIO y el CNIC, estas no hacen epidemiología y salud pública, nada más que de forma anecdótica. Por tanto, Madrid tendría que pensar algo.

Por supuesto, ya he hablado de las vacunas.

El tema de los aeropuertos, vamos a ver. Yo creo que en Barajas y en el conjunto de España se está haciendo todo lo razonable para aquellos pasajeros que vienen de países en los cuales la situación de la pandemia es similar a la que tenemos en España; todo lo posible y razonable. De hecho, lo que hacemos con los que vienen, por ejemplo, de Dinamarca en los aeropuertos es bastante más de lo que hacemos entre los que salen de Murcia y vienen a Madrid, hacemos bastante más. Además, hacer algo más sería muy difícil. ¿Por qué? Porque lo que nos quedaría por hacer serían básicamente dos cosas. Una es hacer pruebas, primero, serológicas y, a los que no hayan pasado la infección, de PCR para ver infección en fase aguda en origen o en destino. Pero si nos estamos manejando con una tasa –quizás ahora ha subido en el conjunto de España por los brotes de Lérida– que hace una semana podría estar en torno a 8 casos por 100.000 y día, esto significaría que para detectar 8 casos habría que hacer 100.000 PCR, y, por cierto, las PCR son poco sensibles en las fases iniciales, los test diagnósticos tienen algunos problemas. ¿Qué hay que hacer en general con los que vienen de fuera? Asegurarnos de que van a hacer lo mismo o mejor las cosas que los españoles cuando están aquí dentro, y para eso lo primero que hay que hacer es tenerlos localizados, rastrearlos y tomar medidas adicionales. Mi impresión además es que los que vienen por turismo están seleccionados por un mejor estado de salud en origen; aquel que se encuentra mal o que cree que se puede encontrar mal va a venir menos. Otra cuestión es que también se están produciendo llegadas,

según me cuentan, de aviones con mucha gente, probablemente trabajadores de países donde la situación aún no está controlada, como, por ejemplo, Chile. Bueno, si me lo permiten ustedes, a esto hay que darle una vuelta. Si esto es verdad, que creo que lo es, no es aceptable que vengan, aunque sea por motivos laborales, con los controles habituales, grandes contingentes de personas –estoy hablando de grandes contingentes; ahora les explico- de países cuya situación epidemiológica no solo no está controlada sino que incluso parece estar aumentando, está fuera del sentido común. Sobre todo grandes contingentes. Yo tengo muchos amigos en Chile. Si viene un chileno o dos, aunque la frecuencia de contagio allí sea muy alta, muy mala suerte hay que tener para que estos dos sean los contagiados. Pero, si van a venir aviones enteros, o esto hay que impedirlo, o hay que pedir controles en origen, o habrá que exigir cuarentena, que es lo tradicional. Yo ahí sí que no me la jugaría, porque sí que tenemos evidencia de que algunos de los brotes que se han producido recientemente en España están vinculados sobre todo a trabajadores inmigrantes. Aquí hace falta un acuerdo social; esto es sobre todo una competencia del Estado, si no estoy mal informado, pero sí que hace falta un acuerdo social. Mi impresión, además, es que esto será más grave en el otoño que en el invierno, porque probablemente, ahora, a Madrid no está viniendo específicamente tanta gente. Pero algo sí que hay que hacer con esto, ¿de acuerdo?

Y, luego, algo que tiene que ver con los aeropuertos es el número. Ahora, aquí en Madrid no me preocupa –yo sé que no es el tema-, pero si en Baleares se duplica –ojalá ocurriera esto, que no va a ocurrir- la población de veraneantes de bajo riesgo que vengan –que no es el caso tampoco- de Dinamarca, tendríamos automáticamente el doble de infectados, aunque vengan de un país de bajo riesgo. Entonces lo que hay que hacer, incluso con países de bajo riesgo, es tener garantía de que, si viene mucha gente, no un contingente razonable, tengamos preparado el sistema sanitario para lidiar con esto, porque seguro que alguno va a estar infectado y va a generar contactos. Por tanto, no es solo la situación epidemiológica sino la cantidad de gente que viene de fuera. No sé si me he explicado. Tampoco creo que de momento vayan a venir a Madrid los mismos millones de personas que venían antes, pero no solo importa el riesgo sino la cantidad de gente.

El tema de los colegios es algo que no está resuelto en ningún sitio, empezando por el país donde nos miramos, Estados Unidos, donde se está montando un follón de mucho cuidado con la vuelta al colegio. Pero ¿cuál es mi posición en este tema? Primero, se sabe hasta ahora que los niños se infectan un poquito menos que los adultos, no tanto menos, pero sí un poquito menos; sabemos que aunque los niños enferman, y algunos pueden ser graves, la gravedad de la infección es más baja, y sabemos también que, al menos, contagios documentados de niños a adultos en centros escolares ha habido muy pocos, y ha habido algunos brotes de contagios en niños que se han estudiado bastante bien en algunos países. Si esto lo juntamos con que es perentorio que los niños vuelvan a la escuela, porque con los niños de 3 a 10 años no vale la enseñanza on line y porque no es posible la conciliación laboral y familiar teniendo a los niños pequeños en casa, tendremos que organizar un sistema sensato para que vuelvan cuantos más niños mejor. Y hasta aquí llego. ¿Y qué es lo que tienen que hacer las autoridades de Salud Pública, que seguro que estarán en ello? Primero, en los colegios ya hay protocolos y la Comunidad de Madrid ya tiene protocolos muy bien redactados para manejar este tema de ingreso en el colegio, de higiene y de uso de mascarillas allí donde

procede, y lo que hay que garantizar es que esto se cumpla. Segundo, estar muy atentos cuando haya casos para actuar en consecuencia; además, en la mayoría de los casos probablemente ni siquiera haga falta cerrar el colegio, solo en algún caso habrá que cerrarlo. Y conseguir que haya alguien que explique muy bien a la gente –yo iría pensando en esto– que lo que ha ocurrido en el colegio es un tema abordable que no tiene que afectar ni a los niños de las otras aulas ni a los niños de los otros colegios, porque ahí sí tenemos un problema si no tenemos una persona capaz y un protocolo de comunicación que sea efectivo para hacer llegar esto a la población, ¿de acuerdo? Y hasta aquí puedo llegar. Si luego tenemos un problema, es inmanejable y a lo mejor ha sido un disparate, pues tendremos que dar marcha atrás, pero créanme que, con lo que sabemos hoy en día, lo más razonable es que los niños de 3 a 10 años vuelvan al colegio. Además, no tiene mucho sentido imponer distancias en el aula, porque no se van a mantener, no se le pueden poner puertas al campo. Es lo que yo haría; puedo estar equivocado, pero esta es mi honesta opinión, y si no funciona, habrá que dar marcha atrás, pero mi expectativa razonable es que pueda funcionar bastante bien.

Los jóvenes también han estado en las UCI, tienes toda la razón. Es que, sobre todo, era a los que más se les dejaba entrar. Pero, obviamente, también entraban. ¿Qué ocurre? La mayor parte de las personas que han tenido enfermedad grave y han muerto no han sido jóvenes, pero su observación sí que me es muy valiosa para hacer sentir a los que están cumpliendo en menor medida las recomendaciones que puede que esto no sea un problema banal para ellos, que estar sano no garantiza que no tengas un cuadro clínico extraordinariamente peligroso, porque, además, somos incapaces de tener todas las claves de por qué unas personas, incluso estando libres de patología crónica grave, desarrollan enfermedades graves. Recuerdo que una de las primeras fallecidas fue una médico de Extremadura muy joven y que además lo único que recuerdo es que tenía una patología respiratoria semibanal. Yo estoy muy de acuerdo con tu apreciación, pero para trasladarla a mensajes de: ¡ojo!, que nadie debe hacer el tonto con este tema.

El tema de Telepizza o de las pizzas. A mí no me gusta, pero también hay que decir que las pizzas no son los alimentos más insanos, también hay que decirlo; es así, no son los alimentos más insanos, no son los más insanos, lo aseguro. Mi línea de investigación tiene que ver sobre todo con la epidemiología nutricional y cardiovascular. ¡Ojo!, yo tampoco recomiendo que todo el mundo tome pizza todos los días, esto no lo recomiendo. Además, tampoco creo que ese sea el mejor mensaje de acuerdo a una política nutricional adecuada no solo para los niños sino para toda la población de Madrid. Pero, si me lo permite, y no es que haya venido aquí a propuesta del Partido Popular, también sé que hay muchas iniciativas en la Consejería de Sanidad a favor de una alimentación saludable y que la Comunidad de Madrid es especialmente activa realizando iniciativas dentro de la Estrategia NAOS. Por cierto, soy el presidente del Observatorio de la Nutrición y la Obesidad. Antes, el Ministerio de Sanidad ya era Ministerio de Consumo, y esto se lo digo con conocimiento de causa. No estoy muy contento con el tema de las pizzas, no es lo peor, no es recomendable tomarlas todos los días, pero también es cierto que Madrid tiene una actividad desde el punto de vista, por un lado, del control higiénico-sanitario de los alimentos y, por otro lado, de la elaboración de menús escolares en los colegios públicos y otras muchas actividades de información a la población en este campo que creo que son muy razonables.

Yo creo que también le he respondido ya al tema del impacto en salud.

Luego, está el inglés de los altos cargos. Yo no me refería a los altos cargos; pedir que un alto cargo hable inglés nunca lo he dicho. Si habla inglés, mejor, y francés y chino, pero no creo que esto deba ser una exigencia, ni siquiera ser esperable; no se llega a alto cargo por esto. Yo me he referido a que los empleados públicos, los principales gestores de la Administración sanitaria y no sanitaria en Madrid, progresivamente, deben tener un inglés fluido, y esto lo creo firmemente, pero no específicamente los altos cargos, aunque, si lo hablan, mucho mejor. Hemos tenido altos cargos en la Comunidad de Madrid, muy altos cargos tanto en la Comunidad de Madrid como ahora en el Gobierno del Estado, que afortunadamente hablan un inglés excelente, y yo creo que eso es bueno; para mí es un activo, es un valor, pero no creo que sea un requisito.

La confidencialidad de los datos. Yo le hablaba del hospital de epidemias. Bueno, esto es una opción. Como nadie sabe muy bien lo que va a pasar... Está muy claro, y así se está haciendo, que hay que reforzar nuestras capacidades para la asistencia de pacientes agudos que necesiten ser hospitalizados o ingresar en la UCI. A lo mejor lo cito equivocadamente, José Ramón, yo creo que a ti te he leído una argumentación por la cual no estabas muy convencido de que esta fuera la mejor opción. Yo creo que tenías argumentos poderosos. Pero yo creo que esta es una opción que también permite de antemano tener una infraestructura que tenemos que garantizar que pueda utilizarse para otros fines, porque, si no, también puede ser un fiasco, que en un momento de apuro nos salve de este problema. A mí me parece una opción y me parece una opción defendible. Estoy seguro de que aquí siempre habrá varias posiciones: si es mejor tener pequeñas unidades adyacentes a los hospitales bajo el trabajo de los mismos equipos, si es mejor tener –llamémoslo así– un hospital de descarga bien equipado donde además se puedan incorporar profesionales que no sean solo hospitalarios sino de Atención Primaria, como ocurrió aquí. Yo creo que aquí hay un debate y a mí me parece una opción razonable. La otra quizás también lo fuera.

Por último, creo que he respondido a prácticamente todo lo anterior, me quedan, creo yo, si no me equivoco, solo las cuestiones que me han planteado los doctores Eduardo Raboso y José Manuel Freire. Lo de los aeropuertos ya lo he respondido. En cuanto al despliegue de epidemiología en la Comunidad de Madrid, honestamente, desconozco cuáles son los recursos que se están invirtiendo, cuánta gente está trabajando, exactamente dónde están y cuántos contactos están cuarentenando, y me gustaría saberlo, pero también me gustaría que esto no fuera motivo, digamos, de confrontación. Sin embargo, hay un dato que a mí me parece que es muy importante y que no lo es tanto por los hechos sino por los resultados, los conoceréis. La situación en este momento en la Comunidad de Madrid está razonablemente bien controlada. Es cierto que todos los días tenemos un número más alto de casos del que a mí me gustaría que tuviéramos, que pueden ir de 20 a 60, pero, por lo que yo sé, una parte importante de ellos se está produciendo con motivo de pruebas diagnósticas que se están realizando a gente que tiene que ingresar en el hospital o que tiene que realizarse algún tipo de pruebas en los hospitales, y que no se están produciendo brotes y, si se están produciendo, se están controlando. Ya por los resultados creo que esto va bien. En tasas de contagio, estos 40, 50 o 60 sujetos cada día, cuando se relacionan con los 7 millones de habitantes de la

Comunidad de Madrid, son tasas de contagio muy razonables. ¿Qué ocurre? Pues que hay que estar especialmente alerta, porque en Madrid en cualquier momento se puede montar. Esto es lo que yo creo.

En cuanto a una nueva sanidad para una nueva salud pública, esto sería más bien una conferencia para el Club Siglo XXI, y yo no me siento capacitado para hablar de tanto. Lo que sí hay es una nueva realidad y es que más allá del dicho tópico de que las epidemias y los problemas medioambientales no tienen fronteras, y es cierto, las epidemias y enfermedades infecciosas, los problemas de salud medioambiental no tienen fronteras ni entre comunidades autónomas ni entre países. Todo el mundo empieza a reconocer que la salud de nuestro país depende de la salud en el conjunto del mundo, y aquí viene el conocido fenómeno de salud global. Deberíamos tener más y mejores dispositivos e inversión para, desde Madrid, y no solo desde los organismos internacionales sino directamente desde Madrid, podamos ayudar a controlar problemas de salud en otros países del mundo. Cuando la epidemia de Ébola –yo estaba en el comité técnico que se ocupó- peleamos mucho y al final se consiguió crear una especie de figura que eran los cascos blancos españoles, por lo cual a los profesionales sanitarios españoles se les mantenían todos los derechos, incluso se les daba alguno más, siempre que fueran a hacer misiones internacionales, para controlar el brote de Ébola que había en África. Esto, además, si me lo permiten, no se hacía solo, que también, pero no se hacía solo por solidaridad con los que lo estaban pasando mal, la mejor forma de proteger la salud de nuestro país es que el brote de África no se extendiera más. Y cada día va a haber más ejemplos de estos. Yo sí que creo que es necesario un mayor énfasis en la Comunidad de Madrid, que tenemos que saberlo articular de acuerdo también a nuestras posibilidades, que son limitadas; o sea, Madrid no tiene el USA de Estados Unidos, no tenemos un CDC americano, que son los que desplazan los mayores equipos para ayudar a los países del tercer mundo cuando ellos tienen un brote que le puede acabar afectando a Estados Unidos. Por eso el abandono de la OMS por parte de Estados Unidos es tan grave, porque una parte muy importante de la respuesta sanitaria internacional, codo a codo con la OMS, y en parte dentro de la OMS, la proporcionaban equipos técnicos estadounidenses, no es solo una cuestión de dinero. Hasta aquí puedo llegar. Lo demás ya me parecería que es ir mucho más allá.

Otra cosa antes de decir nada. Alguien ha sacado aquí un tema de coordinación entre comunidades autónomas y nuestra sanidad. Cuando miro al mundo y sobre todo leo la prensa internacional, me siento mucho más orgulloso de lo que tenemos aquí en Madrid y en España. Cuando nosotros hablamos de los problemas de coordinación entre las comunidades autónomas, esto es un chiste, esto es nada en comparación con los problemas de coordinación que está habiendo en Estados Unidos, o es un chiste con lo que está habiendo en Latinoamérica; en Brasil, un alcalde piensa una cosa, el gobernador piensa otra cosa y le pone barreras, el alcalde de la ciudad de al lado hace una política distinta y el Gobierno federal de Brasil hace otra cosa. O cuando nos hemos fijado en cómo se ha reaccionado por parte de la comunidad científica y, luego, por parte de las Administraciones al brote en Inglaterra, pues sinceramente prefiero haber estado de España, donde al final, a pesar de tanto ruido, todos hemos ido trabajando juntos entre todas las comunidades autónomas; obviamente, con disfunciones, porque somos humanos y porque tenemos visiones distintas. Además, cuando yo

miro cómo ha respondido el sistema sanitario de Madrid, digo: ¡jolín! Una cosa que tenía en el papel y que no he dicho es que hay que confiar más en los profesionales, porque ellos tienen las soluciones. ¡Ojo!, los profesionales no nos tienen que hacer la agenda ni asignar los recursos presupuestarios, porque los profesionales también tienen intereses, aquí ingenuos no somos ninguno, pero conocen las soluciones, y la capacidad de los profesionales, la flexibilidad en la toma diaria de decisiones –me queda un minuto, creo que era hasta las 12:30 horas; disculpe, a lo mejor lo he contado mal- ha sido ejemplar. Por tanto, en España hay muchas cosas que mejorar, pero creo que hay muchísimas cosas que funcionan bien.

En cuanto a la situación de la salud pública en Madrid, creo –y conozco bastante bien la Dirección General de Salud Pública de Madrid- que tenemos gente muy lista y muy bien curtida en el manejo de brotes convencionales que lo han hecho muy bien. A pesar de todo en Madrid se ha gestionado bien el Ébola, se gestionó muy bien el tema de la fiebre hemorrágica por picadura de garrapatas; se han hecho cosas muy bien, tenemos profesionales muy listos, bien formados en el día a día, en el trabajo de la epidemiología de campo. Pero también creo, con todos mi respeto para ellos... Ah, bueno, yo les he visto también día a día trabajar en la elaboración de protocolos para la desescalada, gente muy lista que además trabajaba horas infinitas. Muchos de los epidemiólogos de la Dirección General de Salud Pública se han contagiado y se han contagiado haciendo trabajo de campo, no estando en sus despachos, y algunos lo han pasado muy mal. Pero sí creo que le haría falta un poco más de nuevos aires, mirando a lo que ocurre en Cataluña, fortalecer las actividades de investigación de Salud Pública, porque la investigación de Salud Pública dentro de las Administraciones sanitarias hace que la salud pública del día a día sea mejor; la investigación tiene efectos sinérgicos sobre la práctica de la salud pública, y habría que pensar en algún tipo de fortalecimiento en términos de acuerdos con centros académicos, un nuevo Imdea, mayor dotación de recursos para la salud pública de la Comunidad de Madrid. Por cierto, cuando una va –y acabo- a la Dirección General de Salud Pública, ¿qué es lo que creen ustedes que hay ahí sobre todo? ¿Qué tipo de profesionales nutren la Dirección General de Salud Pública? Veterinarios. Que está muy bien, está muy bien para el control higiénico-sanitario de alimentos, pero ¿cuántos epidemiólogos hay? 30, no sé, a lo mejor hay 40. Hay que fortalecer claramente el conjunto de lo que sería la inteligencia epidemiológica, las capacidades de epidemiología, no solo de campo sino también más académicas, dentro de la Dirección General de Salud Pública de Madrid. Eso es lo que yo creo. Y discúlpeme, que ahora sí que me he alargado un poquito.

El Sr. **PRESIDENTE**: Mil gracias por todas sus opiniones, intervenciones, informaciones, y por todo el tiempo que nos ha dedicado.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA** (Rodríguez Artalejo): Es un honor.

El Sr. **PRESIDENTE**: Subrayo esto. La contención en tiempo de los diferentes diputados ha permitido que el compareciente se pudiera explayar hasta el límite del tiempo que tenemos. Si seguimos así, creo que vamos a ser más útiles. Mil gracias.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA** (Rodríguez Artalejo): A ustedes. Ha sido un honor. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Cinco minutos y continuamos. Gracias.

(Se suspende la sesión a las 12 horas y 33 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 47 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, si les parece, vamos a comenzar con la tercera y última comparecencia del día.

**C-1292/2020 RGE.15060 - RGE.15376/2020 - RGE.15460/2020.
Comparecencia del Sr. Profesor José Ramón Repullo Labrador, Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud en la Escuela Nacional de Salud, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de aportar información para la reconstrucción en el ámbito de la sanidad (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).**

Quiero dar la bienvenida al profesor José Ramón Repullo Labrador, jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Salud, que no solamente comparece sino que ha tenido la amabilidad de acompañarnos durante toda la comparecencia anterior, con lo cual sabrá también cómo subrayar aquel aspecto que considere importante. Doy la palabra al Grupo Socialista, al señor Freire, para enmarcar la comparecencia por un tiempo de tres minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor presidente. Bienvenido, profesor Repullo, es un honor y un privilegio tenerle aquí, le agradecemos mucho que haya accedido a venir. Usted estuvo también de compareciente en la comisión del Congreso, y para los diputados que no conocen su trayectoria quiero resaltar el interés que tiene traer a alguien que hable de Sanidad habiendo tenido una experiencia tan rica en gestión sanitaria tanto en la Comunidad de Madrid, en el antiguo Insalud, como posteriormente. Usted es el autor de la zonificación sanitaria que todavía está vigente, por ejemplo, en la salud pública de Madrid. Y, luego, ha tenido usted una trayectoria de muchos años como profesor en la Escuela Nacional de Sanidad, de tal manera que en todos los hospitales de Madrid tiene usted alumnos que le han mantenido al día con sus trabajos de fin de máster en aspectos tan variados como la organización de la oftalmología en un hospital general pasando por los problemas de la Atención Primaria. Usted, además, tiene la experiencia de haber trabajado para los organismos europeos, de haber sido coautor del informe del Observatory sobre el sistema sanitario europeo y de conocer exactamente cómo está la sanidad en otros países.

Por todo ello, su contribución en esta comisión es importante, porque tiene el referente internacional, el referente de España y tiene los pies muy asentados en la Comunidad de Madrid, de donde han venido en los últimos años la inmensa mayoría de los alumnos del Máster de Administración Sanitaria y de Dirección Médica y Gestión Clínica que lleva usted dirigiendo durante muchos años. Por todo esto, muchas gracias; le escuchamos con una enorme atención e interés.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Freire. Pregunto al resto de grupos si quieren hacer uso del tiempo. Veo que asienten por el Grupo Vox y por el Grupo Popular. De menor a mayor, señora Cuartero, tiene la palabra.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Gracias, señor presidente. Muchísimas gracias, señor Repullo, por estar aquí para comparecer y también por habernos mandado la documentación que nos ha hecho llegar acerca de su opinión.

Es verdad que son muchísimos los aspectos que trata en su comparecencia, de los que creo que podríamos estar hablando de forma interminable. Me gustaría pedirle, teniendo en cuenta que estamos en la Comisión de Estudio para la Recuperación tras el COVID, que intentase en su intervención concretar por dónde cree que debería empezar la Comunidad de Madrid, cuáles serían los primeros aspectos que habría que atacar y, desde su punto de vista, la valoración real acerca de la viabilidad de esos cambios en un tiempo lo suficientemente corto como para que realmente sean posibles, porque, si nos centramos en medidas coyunturales que no tienen posibilidad de llegar a tiempo, quizá debamos reflexionar acerca de dónde está la balanza entre el cambio coyuntural y el estructural, que quizá esté en cómo ser capaces de balancear eso con las previsiones de cuándo se pudiera establecer un rebrote, que creo que es el tema más importante, porque, insisto, creo que de gestión sanitaria podríamos hablar de forma interminable. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Cuartero. Señor Raboso, en nombre del Grupo Popular.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Sí. Muchas gracias, señor presidente. Brevemente. Mire, en nuestra profesión se genera un vínculo de respeto entre maestro y alumno que dura toda la vida, y en virtud de ese vínculo, y dado que el doctor Repullo ha sido mi profesor, quisiera darle las gracias por estar aquí y darle la bienvenida de una forma muy cálida y muy personal en mi nombre y en nombre del Grupo Popular. Nada más.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias. Señor Repullo, la palabra es suya.

El Sr. **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD** (Repullo Labrador): Buenos días. Muchas gracias. Es un honor estar aquí compartiendo una sesión en la cual las autoridades legislativas de Madrid se plantean buscar respuestas que permitan enfrentar a una de las peores crisis que hemos tenido y también, obviamente, ver qué parte del sistema de salud de Madrid debería reformarse y evolucionar para que esto no nos vuelva a pasar. Por lo tanto, digamos que estamos focalizados sobre un problema, sobre

una pesadilla, pero obviamente generamos una serie de líneas de cambio, de transformación que creo que son una auténtica oportunidad para que unifiquemos el pensamiento y la acción desde la perspectiva técnica y científica y también desde la perspectiva política e institucional. La ventaja que tengo es que creo que Fernando Rodríguez Artalejo, que me ha precedido, ha cubierto muy bien los aspectos más habituales de lo que sería la parte epidemiológica. De los tres temas de los que querría hablar, uno sería la preparación para las crisis de salud pública, que es sobre el cual ha glosado una parte importante mi compañero, en segundo lugar, la reforma de la gobernanza institucional y, en tercer lugar, la reorganización del modelo asistencial del Sermas. Todo ello, como decía antes, muy conectado con el escenario pos-COVID, ¿de acuerdo?

En lo que se refiere al primer tema, voy a pasar muy por encima para ahorrar tiempo, pero básicamente hemos de tener en cuenta que Madrid tenía al menos tres condiciones que la hacían y la hacen particularmente vulnerable: el comercio global, la movilidad transcontinental y las megaciudades, son tres aspectos que aconsejan tener un músculo de salud pública y de vigilancia epidemiológica más desarrollado posiblemente que en otros lugares; por lo tanto, quizá nos toca compensar. A nivel de toda España ha habido dos o tres décadas en las que la salud pública ha sido desatendida institucionalmente, y en Madrid creo que esta tendencia ha sido mucho más acusada, cuando posiblemente habría que haber tenido una intervención mucho más activa y mucho más vigorosa. Hemos de aprender de lo sucedido. Las líneas de trabajo para la respuesta desde Salud Pública al COVID están muy bien trazadas, yo creo que en la comisión parlamentaria salen unas conclusiones que son muy aplicables: hablamos de reforzar la infraestructura en Salud Pública, sobre todo en la epidemiología de campo y en la inteligencia; hablamos de preparar el Sistema Nacional de Salud para emergencias y catástrofes, y esto tiene que ver con insumos críticos; también hablamos de conseguir seguridad y soberanía en la producción de aquellos elementos –medicamentos, equipamientos...- para asegurar que se produzcan de forma adecuada en el territorio español y que podamos resolver, o bien mancomunadamente con la Unión Europea, estos problemas que tuvieron mucho que ver con el inicio de la pandemia, y obviamente, también, que los centros sanitarios aprendan de la experiencia y, por lo tanto, articulen planes de contingencia, como ya han desarrollado, que puedan responder de manera más eficiente y rápida.

Hay un problema que no quiero hurtar y es que en Madrid, de alguna forma, la desconfianza de los profesionales respecto a las autoridades sanitarias implica que la carga de la prueba esté alterada, que de alguna forma las autoridades sanitarias deben hacer un mayor esfuerzo por asegurar que las cadenas de contagio o de transmisión están controladas, que los brotes que van a venir van a ser adecuadamente resueltos y que, bueno, las reformas estructurales que necesitamos van a ponerse en marcha, como decía antes, para que algo así no vuelva a pasar.

Me voy a concentrar más, por tanto, en los aspectos sistémicos, de organización de los servicios; en una primera parte hablaremos de corregir el mal Gobierno y la pobre financiación de la sanidad de Madrid y en la otra parte hablaremos de la modificación o de los cambios en la organización del servicio de salud de Madrid. Dentro de esta corrección del mal gobierno quiero hablar de cinco temas: gobernanza, financiación, competencias de gestión para el Sermas, políticas de

personal y atención a mayores institucionalizados. Vamos a hablar primero de cómo salimos de esta senda de mal gobierno. El reto de gobernar temas sociales y organizaciones profesionales exige hoy en día mucha inteligencia, más que nunca, y en sentido contrario, la improvisación, la desidia, la falta de direccionalidad, los conflictos de interés o el desgobierno cotidiano van a cobrarse un precio cada vez mayor. Tengo que decirlo, porque estoy muy convencido, creo que en 18 años la sanidad de Madrid, desde las transferencias, ha tenido demasiada interferencia política, mucho ánimo de lucro, no pocas ocurrencias y una muy débil adherencia al interés general. El resultado es una autoridad sanitaria superada y desmoralizada y unos servicios asistenciales desestructurados y erosionados, y, de hecho, a poco que se hable con los compañeros que hay en los hospitales, muchos echan de menos el extinto Insalud, con su sobria y discreta eficacia. Por lo tanto, creo que la institución autonómica para los servicios de salud recibiría una nota muy baja si preguntáramos a la gente que ha vivido distintas épocas de gestión.

El sistema necesita líneas conductoras de las transformaciones; no vale, no es suficiente una serie de invocaciones más o menos retóricas a un presunto ethos liberal o dossieres de marketing encargados a consultoras mercenarias. Las pocas veces que en esta Casa se ha aceptado un marco de participación -recuerdo la comisión que se montó en la Asamblea de Madrid en 2008 y 2009- lo cierto es que, digamos, quedaron desaprovechadas como punto de enganche para iniciar un cambio de modelo de gobernanza. Bueno, creo que en este momento tenemos condiciones objetivas por el COVID para replantear esta situación; creo que debemos ir más allá de ese modelo de gobierno sin complejos a un Gobierno que tenga reflexión y rendición de cuentas. Ese sería quizás el cimiento sobre el cual construir un proceso, un estilo de trabajo diferente.

En segundo lugar, la financiación sanitaria. El gasto sanitario real de las comunidades autónomas –no el presupuesto, que, digamos, es muy modificable- depende tanto de las reglas de reparto del sistema general de financiación de las comunidades autónomas como de las prioridades políticas que tengan los Gobiernos. En 2002, cuando se completaron las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas y empezó a funcionar el nuevo sistema de financiación, Madrid tuvo un gasto liquidado de 829 euros por habitante protegido, frente a la media española de 872; por lo tanto, un 5 por ciento menos. Esta diferencia se podría atribuir en su momento al método de asignación inicial de fondos, que tenía en cuenta el patrón de gasto histórico y los ajustadores de la Ley 21/2001, que no eran particularmente provechosos para Madrid. En 2017 el gasto sanitario público que tuvo Madrid fue de 1.259 euros, frente a los 1.411 de la media española; en porcentaje, por debajo, pero la distancia aumenta, de un 5 por ciento menos pasa a un 10 por ciento menos que la media nacional. Este alejamiento sí que podría verosíblemente atribuirse a un menor interés en invertir recursos generados por la Comunidad Autónoma de Madrid en la sanidad. Que los Gobiernos de Madrid, desde 2002, hayan aportado menos recursos incrementales a la sanidad en relación con la media española desvela la menor prioridad política que se concede a lo público y la preferencia ideológica a favor de que los ciudadanos financien con su dinero parte de los servicios sanitarios que consumen. Esto crea un servicio de salud estancado financieramente que alimenta el crecimiento del aseguramiento privado -como se ve en la estadística- y del gasto sanitario de bolsillo, lo cual es relevante, porque Madrid es una comunidad con un gran dinamismo económico y posee un margen de fiscalidad que le

permitiría allegar, adicionar recursos que compensasen esa distancia creciente entre Madrid y las demás comunidades autónomas.

Tercero. Reasignar capacidades y competencias de autogobierno y gestión para el Sermas. Es necesario reactivar el papel de las autoridades sanitarias y de las políticas sanitarias en Madrid. Las autoridades económicas y de función pública autonómicas son poderosos actores que desde la sombra dictan y condicionan la gestión económica y de personal, y lo cierto es que poca política sanitaria cabe cuando casi todo depende de un tercero que no da la cara ante los problemas. La Consejería de Sanidad y el Sermas deben tener muy amplias atribuciones de competencias para la gestión de personal, económico-financiera y contractual. Un buen ejemplo dentro de España lo podemos encontrar en la arquitectura de gestión de la red de Osakidetza, del servicio vasco de salud, creada en 1997. Lo curioso es que poco tiempo después ese mismo modelo se propugnó en Madrid en 2001 con la Ley de Ordenación Sanitaria, cuyo artículo 59 habilitaba una potente capacidad de autogobierno por parte del servicio de salud, que nunca se llegó a aplicar; muy al contrario, la Consejería de Salud fue perdiendo función operativa y cada vez más cosas se iban controlando y decidiendo en otras consejerías. Esto tiene que cambiar en todas las comunidades autónomas, pero muy especialmente en Madrid.

Cuarto tema. Políticas de personal. Nuestros profesionales llevan mucho tiempo sintiéndose maltratados por la sanidad pública: una crisis económica que encogió sueldos, plantillas y medios para trabajar en toda España, una poscrisis que racaneó los fondos para la recuperación y un COVID que está siendo una prueba muy dura. Y en Madrid se añade un mayor resentimiento desde las políticas de privatización radical de 2012, con la que se produce una quiebra de la confianza de los sanitarios con sus autoridades. La deuda contraída por la sociedad española con sus sanitarios tras su ejemplar entrega, dedicación y asunción de riesgos debe honrarse con un compromiso de mejora de sus condiciones de trabajo. Necesitamos movilizar tanto políticas generales de gestión de personal como otras más específicas que podríamos abordar en la dimensión de profesionalismo. Las políticas de personal deben centrarse fundamentalmente en controlar o en acabar con la temporalidad, en la cual Madrid exhibe un triste liderazgo, es un tema central que ha sido abordado en la Comisión de Reconstrucción del Consejo, en el punto 7.1. No voy a entretenerme, si luego tienen interés... Pero creo que hay que cambiar el modelo de selección fundamentalmente para los facultativos. Las políticas profesionales de la Consejería de Sanidad deben asumir un papel diferente, más activo, que favorezca y promueva la formación y el desarrollo profesional continuo de los facultativos, que apoye su participación en la docencia y en la investigación y que fomente su implicación en la gestión clínica. Madrid debe volver con fuerza a asumir un liderazgo en la sanidad y en la medicina española y crear a través de la gestión del conocimiento y el estímulo de la excelencia profesional una palanca para retener y capitalizar el talento. Esta comunidad acabó con la Agencia Laín Entralgo, acabó con el Centro Universitario de Salud Pública, y creo que la tendencia es exactamente la contraria: crear estructuras de generación y difusión del conocimiento.

Quinto y último tema de este bloque. Incorporar la atención sanitaria a los mayores institucionalizados como responsabilidad primaria del Sermas. La alta mortalidad y letalidad de

España, y particularmente en Madrid, tiene que ver con la mayor incidencia en gente mayor y frágil, especialmente en las residencias de mayores. Las derivaciones de pacientes entre hospitales y residencias han creado una especie de infección cruzada sociosanitaria que ha sido un componente esencial de la propagación y el daño. Con independencia de la importante agenda de mejora de los servicios sociales, desde Sanidad podemos hacer mucho. Tenemos la posibilidad de introducir mejoras sustanciales si aplicamos el principio de ciudadanía sanitaria. Debe ser responsabilidad primaria e irrenunciable del Sistema Nacional de Salud velar por la salud y atender la enfermedad de los que viven en estas instituciones y, por ello, la Comunidad de Madrid debería asegurar que esta cobertura sanitaria se haga efectiva, con las peculiaridades organizativas que se requieran, a través de la red de Atención Primaria, hospitales, urgencias y emergencias y Salud Pública.

Tercer y último bloque. Cambio del modelo asistencial para un Sermas efectivo, de calidad e internamente sostenible. Tocaremos cinco temas: territorialización sanitaria, otorgamiento de autonomía de gestión a los centros, revitalización de la Atención Primaria, rediseño de la red hospitalaria y aplicación de la norma de buen gobierno. Yo concedo mucha importancia al primero de los temas, volver a la necesaria territorialización sanitaria. El Sermas se ha distinguido de otras comunidades autónomas por avanzar en sentido contrario al camino marcado por la Ley General de Sanidad. La ordenación territorial de hospitales y centros de salud, curiosamente, ha sido una característica muy bien valorada del Sistema Nacional de Salud a nivel internacional. Esta ordenación fue liquidada con una mera disposición adicional de la Ley de Libertad de Elección en Sanidad, de 2009, que, creando el área sanitaria única, consiguió en la práctica destrozar una arquitectura de relación entre niveles asistenciales que de forma muy laboriosa se había construido en los veinte años anteriores. Yo querría aclarar una cosa, un malentendido importante. La libertad de elección no exige disolver las áreas de salud, porque la territorialización lo que busca es integrar por el lado de la oferta, pero no imponer restricciones por el lado de la demanda; es decir, la zonificación no tiene por qué quitar ninguna libertad de elección ni encerrar poblaciones en corralitos sino que prepara y desarrolla avenidas y canales de comunicación para que los profesionales se conozcan, se relacionen e integren los procesos clínicos. Pero, además, esto supuso la voladura de una red de once gerencias de Atención Primaria, que era una estructura nodal heredada del Insalud fundamental para respaldar funciones tanto de gestión como de organización de los servicios de apoyo para la Atención Primaria. Su ausencia ha dificultado gravemente la capacidad y velocidad de respuesta a la presente pandemia de COVID, pero, además, también es una grave limitación para responder a la otra pandemia silente de la cronicidad. Toca, por tanto, abandonar este sendero inapropiado y volver a articular territorialmente el Sermas, quizás incorporando innovaciones como, por ejemplo, la integración subregional de hospitales y la gestión planificada y colaborativa de lo que llaman ahora alta especialización, y también, por supuesto, volver a crear la red de gestión territorial de Atención Primaria.

En segundo lugar, importante, liberar las ataduras para la gestión de los centros sanitarios. Hemos de quitar esas ataduras innecesarias para que pueda haber una buena gestión pública emprendedora. Los centros y servicios sanitarios son organizaciones muy complejas, con alta y cambiante tecnología y basadas en el conocimiento, un conocimiento que es atesorado y custodiado

por los profesionales; su funcionamiento simplemente no cabe y no encaja en los métodos de gestión administrativa. Por lo tanto, hemos de cambiar este modelo. Los centros sanitarios públicos deben adquirir personificación jurídica o capacidades equivalentes para la gestión operativa de su personal, de sus compras y de sus contratos, y en este sentido van claramente las conclusiones provisionales de la comisión parlamentaria de reconstrucción, que también aboga por potenciar contratos de gestión y darles proyección plurianual.

Atención Primaria. Creo que tenemos la oportunidad de fomentar una Atención Primaria que sea la clave de un cambio duradero. Es importante entender, se ha dicho, que la Atención Primaria precisa una inyección rápida e inteligente de recursos humanos y tecnológicos. Ubicar en ella la parte operativa del llamado rastreo o trazado de contactos y casos es lo más eficiente, porque la capilaridad de la Atención Primaria le permite llegar a todos los rincones y porque su compromiso y componente comunitario le permite activar la intervención en domicilios, empresas, colegios y residencias. En esta crisis se ha demostrado que la autoorganización y cogobernanza de los centros de salud es viable, ofrece muchas ventajas adaptativas y es un claro elemento de motivación para los propios profesionales. La gestión clínica en Primaria puede ser el catalizador de este cambio, pero para poder hacer posibles esas transformaciones es necesario redimensionar e incrementar las plantillas teniendo en cuenta las mayores cargas de trabajo actuales y futuras. Un aspecto importante que a veces pasa inadvertido: un médico de Atención Primaria, teniendo en cuenta sus vacaciones, días de permiso, días de formación y bajas anuales, es posible que esté fuera de su consulta entre 30 y 38 jornadas al año, seis o siete semanas de media, que son de ausencia inevitable y en cierta forma programable y que deben suplirse para que la consulta siga abierta y no se recargue a los compañeros. Algunas comunidades autónomas han convertido esta necesidad inevitable de suplencias en plazas estructurales de personal estatutario, lo que sirve y revierte en mayor calidad de empleo, atraktividad del puesto, calidad en la relación clínica, capacidad de cubrir esas plazas, longitudinalidad en la relación con los pacientes y una serie clara de ventajas. Esta es la forma o una de las formas de retener talento, reducir el empleo precario y mejorar la calidad del empleo.

En cuarto lugar, profundizar y estabilizar el cambio organizativo en los hospitales públicos. En el escenario de ahora, en el actual, las estructuras hospitalarias han de repensarse para facilitar la readaptación de locales, la posibilidad de extender puestos de cuidados críticos, de organizar circuitos diferenciados y la disponibilidad de zonas que se pueden habilitar para pacientes convalecientes de menor gravedad, bien en zonas adyacentes del hospital, bien en hoteles próximos. De todo esto ya se ha hablado abundantemente. Pero quizás hay que empezar a ver en la nueva normalidad en la que vamos a abocar si habrá que plantearse con seriedad qué forma de organizar y planificar la red de hospitales va a ser la más apropiada; posiblemente: el movimiento europeo hacia hospitales en red flexibles, internamente articulados, agrupados en forma de redes subregionales que se apoyan mutuamente y que estructuren de forma cooperativa sus alianzas para crear unidades de alta especialización. Ese es el nuevo debate y es el nuevo debate, ya les anticipo, que quizás trasciende al modelo que en 1986 diseñó la Ley General de Sanidad. Hospitales basados en áreas y unidades de gestión clínica que ofrezcan a sus profesionales una buena calidad de empleo y de desarrollo profesional, ese es el debate planteado.

Quinto y último lugar. Poner en marcha los órganos colegiados de gobierno y los sistemas de profesionalización de la dirección. A ver, creo que la base de este tema es aplicable a toda España, nos conviene a todos poner un cortafuegos para que la interferencia política no afecte al funcionamiento de los centros y servicios sanitarios públicos para que los puestos de dirección no sean un botón electoral. Hablamos por tanto de buen gobierno, un debate que debería ser muy fácil en Madrid, porque la Ley 11/2017, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión, plantea un montón de buenas ideas y soluciones a este reto, y aplicarlo así de fácil, sin excusas, sobre situaciones excepcionales, que parece que nunca es el momento de aplicar la ley. Por lo tanto, tenemos el problema, tenemos la solución; hacen falta voluntad política, decisión y capacidad de ponerlo en marcha.

Estos serían los mensajes que yo les plantearía, pero sí querría cerrar con un pequeño no sé si llamarlo epílogo o reflexión final. Miren, muchos atacan en este momento a la balcanización que se ha producido en la España de las autonomías y es habitual, quizás lógico, achacarlo a las fuerzas políticas nacionalistas o regionalistas radicales, pero lo cierto es que la balcanización autonómica sanitaria expresada como desapego al Sistema Nacional de Salud ha enraizado fuertemente en muchas comunidades autónomas y muy especialmente en esta. Contrasta con el discurso patriótico español, pero se produce una práctica absentista que con demasiada frecuencia se desapunta del esfuerzo para construir un Sistema Nacional de Salud cooperativo. A veces salta a las normas comunes, como la contabilización de listas de espera. Creo que COVID-19 ha vuelto a ser un motivo para el distanciamiento y la discordia, y la escenificación de diferencias realmente no ayuda, porque, además, la situación a la que tenemos que ir es exactamente la contraria. Construir un Sistema Nacional de Salud cohesionado y sostenible necesita a Madrid, es esencial que se incorpore Madrid. La sanidad de Madrid debe dejar de ser parte del problema para ser una pieza clave en la solución, y, por lo tanto, creo que desde el punto de vista político e institucional, esté quien esté en el Paseo del Prado o en la Puerta del Sol, deberíamos ser capaces de trenzar apuestas institucionales para reforzar un Sistema Nacional de Salud que necesita desesperadamente la contribución y el talento de esta comunidad autónoma, de sus instituciones sanitarias y de sus profesionales. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, profesor. Pasamos al turno de los grupos parlamentarios. Por el Grupo Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie, la señora Lillo, por favor.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Buenos días, doctor. Bienvenido. Muchas gracias por la exposición que nos ha hecho en esta comisión. Simplemente quería plantearle una serie de dudas o lanzarle ideas acerca de qué opina sobre algunos aspectos que ha comentado usted. Uno de ellos tiene que ver, por ejemplo, con el área sanitaria única, cómo ha afectado -si considera que eso ha afectado o si no tiene nada que ver- al cambio de fase. Me refiero a eso porque veíamos, por ejemplo, que en la Comunidad de Madrid tardábamos en cambiar de fase; a nadie se le escapa que supuso una tensión también política e incluso se hablaba de las consecuencias económicas, y veíamos que en otras regiones o en otras zonas no era toda la comunidad autónoma sino que por áreas de salud o no sé si por zonas básicas de salud había quien cambiaba de fase y quien no. Aquí teníamos

diferencias de forma que había zonas con una tasa de incidencia acumulada que era muy baja y quizá, si hubiésemos tenido otra organización, se hubiese permitido esa capilaridad en la Comunidad de Madrid, o bien la circunstancia concreta o la situación que tenía la Comunidad de Madrid indicaba que no se podía hacer de otra manera. También es por recoger ese aprendizaje de cara a situaciones futuras y conocer, sobre todo por saber, si se empieza a mezclar con el argumento económico, si hay otras posibilidades que puedan facilitar y saber si depende de una voluntad política o si realmente no hay otra opción en ese sentido.

Quería comentarle que en las comparencias que llevamos aquí creo que todas estamos de acuerdo –y no sé quién lo decía el otro día, uno de los comparecientes- en que, por ejemplo, en situaciones como una crisis sanitaria o una pandemia como la que supuso COVID la velocidad prima frente a la perfección a la hora de tomar decisiones. Yo creo que en eso estamos todos y todas de acuerdo, pero creo que la idea de esta comisión es hacer ese aprendizaje y ver qué modificaciones tenemos que hacer más urgentes para que, si nos volvemos a ver en esa situación, aunque prime la velocidad, las decisiones se acerquen más a la perfección aprendiendo de esos errores. Entonces, quería preguntarle sobre las decisiones que se han tomado en la Comunidad de Madrid -y en este caso más relativas a lo que tiene que ver con la Atención Primaria, a la reorganización de los cierres de los centros de salud, de los cierres de los servicios de urgencia de Atención Primaria-, hasta qué porcentaje entiende usted que es una decisión idónea o hasta cuál también corresponde quizá a un déficit de recursos humanos, o que esos recursos se ponen a disposición de otros, como en el caso del hospital de pandemias, o porque falta personal porque muchos están contagiados y contagiadas.

Por último, relativo a los hospitales, también se habla sobre lo que nos permite cambiar de fase, de la importancia de los planes de flexibilidad en los hospitales para triplicar o duplicar camas y de que eso vaya acompañado de planes de recursos humanos. Hablamos de que al final a los profesionales sanitarios los hemos tratado como héroes, pero, si nos llega una segunda oleada, de qué sirve que sea necesario duplicar y triplicar camas si no va acompañado también de un compromiso o de una garantía de un refuerzo de los profesionales sanitarios para que sobre todo quienes nos han cuidado no tengan que volver a hacerlo pasando por las situaciones que creo que todos y todas conocemos. Simplemente, le doy las gracias de nuevo por su presencia aquí.

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

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Gracias, señor presidente. Bueno, agradezco al compareciente los conocimientos que nos ha aportado. Quería hacerle algunas preguntas y algunas reflexiones para conocer su opinión. Lo primero, ha hablado sobre el material de protección, sobre la reserva. Usted también ha participado en la comisión del Congreso, y me gustaría saber su valoración. Hay diferentes posibilidades. Los que venimos de un mundo diferente al de la sanidad -yo particularmente- conocemos, por ejemplo, el funcionamiento de las reservas estratégicas de crudo. Creo que hay estudios y que hay soluciones que se han implementado en otros ámbitos y nadie piensa que podamos producir crudo en España, pero, sin embargo, sí que hay una gestión a nivel

nacional de una reserva estratégica de crudo, en contraposición con la producción nacional. Es verdad que quizás esto sea un poco más de tipo económico que sanitario, pero, bueno, como usted tiene esta especialidad, me gustaría saber su opinión; parece ser que usted va hacia tener una capacidad de producción nacional, y me gustaría que nos dijese por qué no un tipo de reserva estratégica nacional de productos sanitarios y, por tanto, también reserva estratégica nacional o no. Nosotros, por supuesto, somos partidarios de la reserva estratégica nacional y no autonómica o local, por un criterio además de economías de escala, pero me gustaría tener su opinión.

Con respecto al traslado de pacientes, fundamentalmente entre Madrid y las provincias limítrofes, aunque no solo eso sino también entre Madrid y otras provincias que puedan estar comunicadas con Madrid, bien vía helicóptero, bien vía aérea, bien vía líneas de alta velocidad, bien líneas de ferrocarriles, me gustaría también saber su opinión sobre cómo se ha gestionado este traslado; es una técnica que se utiliza en otros ámbitos como pueden ser los portacontenedores, la gestión de huecos en hospitales de otras comunidades autónomas, que se basa además en una política de tarjeta sanitaria única a nivel nacional, y lo que sería la gestión de esas camas libres en hospitales que pueden estar más alejados para cualquier paciente.

También me gustaría que nos contara su reflexión acerca de cómo ha sido la integración de los medios sanitarios disponibles por los servicios de emergencia. Los de urgencia, si no me equivoco, están en manos de los hospitales, pero los de emergencia, en el caso de la Comunidad de Madrid, no dependen de la Consejería de Sanidad, o por lo menos el mando no depende directamente de la Consejería de Sanidad, sino de la Consejería de Justicia, Interior y Víctimas, como el Samur, por poner un ejemplo. ¿Cómo ha sido la coordinación? ¿Cuáles cree usted que son los posibles puntos de mejora de esta coordinación entre servicios adscritos a diferentes consejerías?

Creo que es también muy importante –por favor, señor presidente, avíseme si me alargó- un tema que usted ha traído, que es la gran pandemia de la cronicidad. Creo que quizá los enfermos crónicos hayan sido los grandes olvidados en esta pandemia del coronavirus. Me gustaría saber qué medidas propone usted para suplir ahora esas carencias de tratamientos que hayan tenido durante la pandemia y si cree que se pueden implementar medidas para que, en caso de que haya un rebrote, se pueda atender mejor a esos pacientes crónicos. Finalmente, me gustaría saber cuáles son sus recomendaciones -parece que no es usted partidario del hospital de pandemias sino de otro tipo- y que nos concretase un poquito más cuál sería la solución que usted recomendaría concretamente para la Comunidad de Madrid.

Por último, a ver si fuera capaz de decirnos en cuánto cifra usted esta subida que tantas veces oímos de financiación, ese aumento de financiación para la gestión sanitaria; me gustaría tener, si fuera posible, su previsión de cuál sería la financiación necesaria. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Cuartero. Señora García, por el Grupo Más Madrid.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, señor presidente. Bueno, lo primero es darle la bienvenida a esta comisión, señor Repullo; yo también, como su alumna, le debo más que respeto.

Nos ha hecho un diagnóstico de muchas áreas de nuestra Sanidad dentro de nuestra comunidad, y creo que es fundamental hacer eso, hacer un diagnóstico, porque, efectivamente, como bien sabemos los sanitarios, en base al diagnóstico se puede hacer un buen tratamiento o se puede hacer un tratamiento equivocado. Usted nos ha hablado de la zonificación, que decía el señor Freire que está vigente. Muy vigente, muy vigente no está; quiero decir, está conceptualmente, pero realmente no estamos trabajando como con las áreas sanitarias inicialmente, que no tenían un interés político sino que tenían un interés de alguna manera pragmático, porque es verdad que no tiene nada que ver el área al que pertenece, por ejemplo, el 12 de Octubre que el área al que pertenece el Puerta de Hierro; son diagnósticos, realidades sociales y realidades sanitarias y de salud muy diferentes, que obviamente hay que tratarlas de manera diferente.

Nos ha hablado también de los modelos sanitarios o de los modelos que ahora mismo están vigentes aquí, en la Comunidad de Madrid. Me gustaría que profundizara un poco sobre qué dice la evidencia, qué dicen los estudios tanto nacionales como internacionales –nacionales hay pocos, como usted sabrá, y de la comunidad hay menos todavía; si acaso, había un estudio de la Cámara de Cuentas, un anteproyecto, que nunca fuimos capaces de poder poner sobre la mesa- que avalan realmente tanto las externalizaciones como las privatizaciones, la gestión directa o la gestión indirecta. Hay múltiples estudios en muchos otros países, Canadá, Inglaterra, etcétera, etcétera. Me gustaría que usted nos hablara desde la evidencia existente sobre cuál es la eficiencia y la efectividad de estos modelos, porque una de las cosas que nos hemos encontrado -nos las hemos encontrado tanto en las residencias de mayores como en algunos hospitales de titularidad privada, y no solo privada sino de titularidad, como le gusta mucho al señor Raboso que yo diga a menudo, de fondos de inversión extranjeros-, es lo que usted ha dicho de que hay un tercero que no da la cara. Hay un tercero que ahora mismo gestiona parte de nuestro patrimonio de Sanidad al que, cuando le tienes que pedir que flexibilice su contrato o que flexibilice sus condiciones para afrontar una pandemia, pues no está; no está, entre otras cosas, porque no se le ha contratado para estar, se le ha contratado para otra cosa que tiene que ver más con el lucro y con el beneficio. Esto nos lo hemos encontrado, por ejemplo, en las residencias de mayores; en las residencias de mayores que eran de titularidad pública hemos sido capaces de intervenir de una manera mucho más rápida que en las de titularidad privada. El señor Muñoz Abrines hace gestos, pero realmente en las de titularidad pública hemos podido contratar a 2.000 profesionales; en las de titularidad privada no lo sabemos. Eso se llama intervenir, ¿vale?

Otro aspecto que me interesa. Merkel ha nacionalizado ahora un laboratorio y, bueno, eso aquí sería un escándalo, sería una política casi revolucionaria, y realmente lo ha hecho por un bien patriótico, ha considerado que nacionalizar uno de los laboratorios que está investigando para la vacuna del COVID era asumir desde el Gobierno que los fármacos, las vacunas, todo lo que tiene que ver con la salud, tiene que estar a disposición del bien común. Eso es lo que hace un Gobierno, poner las herramientas a disposición del bien común. Y aquí tenemos –no solo en Madrid; en Madrid especialmente, pero también en nuestro sistema sanitario- un sistema de investigación, de desarrollo y de innovación tecnológica y de fármacos que está completamente descapitalizado, en el cual no tenemos ninguna incidencia. Me gustaría que nos valorara si es el momento de ser valientes -como lo ha sido la señora Merkel, a la que no se le puede acusar mucho de ser una política revolucionaria de

izquierda radical- y poner realmente las instituciones a emprender y a trabajar también en el desarrollo de vacunas, de fármacos, etcétera, etcétera.

Quiero hacer un inciso también en el tema del divorcio, del divorcio que hay entre los profesionales y las direcciones, gerencias o autoridades sanitarias -no solo lo ha dicho usted, también lo decía Rafael Matesanz, de la Organización Nacional de Trasplantes-, y este divorcio al final no deja de ser un lastre; tiene que ver con que seamos capaces de profesionalizar realmente la gestión, la dirección, etcétera, y tiene que ver con tener una organización en la que en todas sus escalas en las tomas de decisiones haya una confianza bidireccional entre los profesionales -que al final en esta pandemia se ha demostrado que se han podido autoorganizar y han sido capaces de sacar las castañas del fuego- y las direcciones y las autoridades, que de alguna manera no han estado conectadas con la realidad de lo que pasaba, y esto tiene que ver con un concepto que está más en los términos de la red clientelar que de la profesionalización de la gestión o de las direcciones.

Y ya por último, efectivamente, como decía al principio, es importante hacer un diagnóstico. ¿Qué necesitamos? Según su opinión, ¿necesitamos realmente más infraestructuras? ¿Necesitamos más hospitales? ¿Necesitamos más ladrillos o necesitamos más profesionales? Quiero decir -lo hemos visto con el ejemplo de Ifema; Ifema lo hemos rellenado a base de descapitalizar la Atención Primaria-, si tenemos que desvestir a un santo para vestir a otro y eso implica que además vamos a tener un gasto -en economía se llama coste de oportunidad- y que vamos a dejar de gastar en lo que realmente necesitamos, pues es importante ese diagnóstico. En ese diagnóstico nosotros consideramos desde Más Madrid que no necesitamos un hospital de pandemias; podemos, a lo mejor, necesitar una flexibilidad en nuestros hospitales -que la hemos tenido en la pandemia, pero no la hemos tenido antes-, de número de camas. Pero, ¡ojo!, que la flexibilidad no la dan las camas, la flexibilidad la dan los profesionales, que hubo un momento en las UCI en el que teníamos camas, respiradores y monitores y lo que no teníamos era enfermería. O sea que no nos equivoquemos, que la flexibilidad no nos la va a dar tener un nuevo edificio o que seamos capaces de transformar el gimnasio de un hospital en una UVI, la va a dar que haya profesionales expertos y experimentados en atender esas camas.

Bueno, todas estas cosas. Le agradezco mucho su comparecencia, que ha sido muy diagnóstica y muy clarificadora. Muchas gracias.

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

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, presidente. Bienvenido, señor Repullo, a esta comisión. Lo primero que ha dicho usted, que me ha parecido muy interesante, y la verdad es que le he prestado a partir de entonces atención, porque creo que he entendido algo diferente, es que usted entiende que hay que despolitizar la sanidad. Sin embargo, su intervención -y está claro por las intervenciones que van a hacer los grupos políticos, y más después del predecesor que ha tenido- está teniendo un tinte mucho más político del que hubiéramos deseado, y a lo mejor no es solo

responsabilidad suya, que se ha tomado en cuenta que tenía usted una intervención, sino quizá del grupo que le ha invitado, que no le ha explicado que esto es una Comisión de estudio para la recuperación e impulso de la actividad económica y social de la Comunidad de Madrid, pero que está circunscrita al COVID. Me refiero a que esta intervención podría haber sido perfectamente bien recibida por nuestra parte en la Comisión de Sanidad que tenemos, a la que vienen muchos expertos de manera externa, donde le hubiéramos prestado muchísima atención, donde estamos, de hecho, casi todos los portavoces. Pero, insisto, creo que a lo mejor el Grupo Socialista no le ha dicho que esta intervención está circunscrita al COVID. Bueno, la grabaremos y seguramente muchas personas la verán como si la hubieran comentado hace unos meses o ahora. ¿Por qué? Porque usted ha hecho un diagnóstico de la sanidad de la Comunidad de Madrid -y le felicito, y muchos compañeros seguramente en esa misma línea le felicitarán-, pero, así como antes hemos podido sacar adelante proyectos o visiones a futuro de lo que tendríamos que plantearnos seriamente con la pandemia que estamos atravesando y que no hemos eliminado, pues de alguna manera usted ha hecho un análisis, ya le digo, circunscrito a lo que podría ser no este momento histórico en la Comunidad de Madrid sino a una realidad social que arrastramos desde hace unos cuantos años. ¿Y por qué le digo esto? Porque es usted el que ha hablado de modelos sanitarios, el que ha mencionado la palabra marketing o modelos liberales, el que ha hablado de voluntad política, el que ha sacado a colación la Ley de Buen Gobierno; que encantados de debatir y discutir sobre ella y a lo mejor no está cumpliéndose como todos deseamos, pero no creo que sea este el momento ni la circunstancia para valorarlo.

En esa misma línea, usted ha hablado de la falta de confianza de muchos profesionales en las autoridades, pero, claro, haciendo intervenciones donde echa por tierra muchas de las decisiones, que seguramente sean críticas y decisiones políticas que se toman en momentos críticos como los que hemos vivido, y decisiones que pueden ser, como ha dicho el anterior compareciente, como las de Ifema, hospitales de campaña más cercanos, próximos a un hospital o no. Son decisiones políticas. Pero, como decíamos el sábado pasado, queremos tener el primer día sin ningún fallecido en la Comunidad de Madrid y valorar respecto a la crisis sanitaria que hemos sufrido qué decisiones se han tomado que hayan podido no ser tan eficaces e intentar cambiarlas en el futuro.

Ha hablado usted de la financiación del personal o de la organización del Sermas, y está claro que podemos hablar de ello, pero no se circunscriben a este momento. Hablaba usted de gasto por habitante, y una vez más tengo que volver a sacar a colación que no podemos igualar la densidad de población de la Comunidad Autónoma de Castilla y León con la de la Comunidad de Madrid; por lo tanto, no es un dato al que tengamos que agarrarnos. El gasto por habitante depende mucho del servicio que recibe el madrileño, y aquí tenemos, afortunadamente, una Atención Primaria que abre desde las 08:00 horas hasta las 21:00 horas, que no se puede dar, por lógica, en provincias que están deshabitadas de la Comunidad de Castilla y León. Sobre todo nos queríamos circunscribir a las necesidades de la Comunidad de Madrid, y por eso entendíamos que a lo mejor esa parte del discurso ahora mismo no ha lugar.

Hablaba usted del modelo asistencial del Sermas y de las deficiencias que puede haber en el área única. Bueno, podemos profundizar en qué ha supuesto respecto al COVID, porque al final

hemos visto que la pandemia ha unificado mandos, se ha sumado todo el mundo para trabajar de manera coordinada, y esa territorialización que ha comentado queremos que usted pueda compararla en la realidad social que vivimos, con una pandemia o con el COVID. Es decir, queremos que esta comisión sea cien por cien práctica, porque, además, aspiramos a tener una serie de conclusiones que realmente nos sirvan. Se lo digo desde la humildad y desde el respeto que le tengo, que usted ha manifestado y que muchos de los componentes que están aquí le tienen como profesor. Necesitamos datos prácticos para poder tener un informe que realmente nos sirva, que nos sirva como representantes públicos en el momento de ahora, y no hacer un análisis de la situación de la Comunidad de Madrid, que seguramente haya que hacerlo, pero lo haremos en paralelo en la Comisión de Sanidad. No sé cómo explicarle y manifestarle la angustia del momento crítico que vivimos y la necesidad de tener soluciones reales y prácticas en un corto periodo de tiempo. Por eso, también le animo, en cuanto a lo que ha hablado de la valoración de los mayores y de la ciudadanía sanitaria -concepto que además me ha parecido interesante-, a que nos plantee cuál sería esa responsabilidad social, que a lo mejor lo ha querido introducir, pero no lo ha dejado detallado. Creo que es algo que podríamos aprender hoy, ponerlo en claro y cambiarlo, porque aunque muchos de los grupos que están aquí, seguramente el que le ha invitado, tengan necesidad de que haya un cambio político, a priori, hasta dentro de tres años no se va a dar, y lo que sí tenemos encima es una crisis sanitaria y una incertidumbre por un virus al que no sabemos cómo enfrentarnos.

Así que creo que esta comisión tiene que ser válida y tiene que ser práctica, y para que todos los madrileños que nos estén viendo realmente confíen en nosotros tienen que ver que estamos siendo prácticos, útiles y que estamos llegando realmente al problema de la situación que tenemos ahora mismo. Porque, además, lo manifiesta usted de una manera, a lo mejor, dramática, cuando somos uno de los países con la esperanza de vida muy alta en la Unión Europea, y en breve dicen los expertos que superaremos a Japón, lo que significa que tenemos una buena Sanidad, a grandes rasgos digo. Entonces, no profundicemos en esa vía y sí en la urgencia y en las necesidades que tiene ahora mismo la sociedad madrileña en una pandemia y con unas circunstancias de peligro que usted también ha dicho -porque somos una gran ciudad, porque tenemos un gran aeropuerto, porque tenemos una gran movilidad por ser capital de este país-, porque queremos activar económicamente esta región, pero con toda la seguridad que necesitan nuestros pacientes. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. En nombre del Grupo Popular, el señor Muñoz Abrines.

El Sr. **MUÑOZ ABRINES**: Muchas gracias, señor presidente. Señorías. Gracias, señor Repullo, por su intervención, por sus explicaciones y por haber dado la oportunidad de escuchar a esta comisión sus impresiones y su visión del modelo sanitario de la Comunidad de Madrid. Gracias por venir a defender su modelo y haberlo hecho abiertamente en esta comisión.

Ha planteado usted un principio que yo comparto y es que no es el momento de establecer discordias. Como estoy completamente de acuerdo, voy a cumplir con los principios que hemos establecido en esta comisión, que son que, con independencia de que podamos tener discrepancias

con las opiniones que manifiestan los comparecientes, lógicamente, nosotros no estamos en estos momentos para debatir con los comparecientes sino simplemente para escucharles y para intentar reflexionar sobre lo que digan. Por lo tanto, no voy a entrar en controversias sobre cosas que usted ha manifestado y sobre las que yo discrepo abiertamente, especialmente en los calificativos y en algunos juicios de valor; evidentemente, no es el momento, porque todos los comparecientes pueden dar sus opiniones y cualquier grupo parlamentario podría discrepar, pero entonces entraríamos en un debate que no es oportuno en estas circunstancias.

Pero sí quiero entrar a hacer una matización para hacerle una pregunta o pedirle una explicación respecto a algo que me parece que es fundamental y a lo que usted ha hecho referencia, que es la financiación, porque, lógicamente, si no contamos con la financiación adecuada, muchas de las cosas que pretendemos o queremos hacer no se pueden realizar, es un castillo de naipes que se derrumba si no tenemos la base sólida de la financiación. Usted ha planteado en su intervención dos momentos concretos. Uno es el año 2002, cuando se hacen las transferencias, diciendo que de inicio ya había en la Comunidad de Madrid una diferencia en financiación del 5 por ciento respecto a la media y que eso era, probablemente, debido a cómo se habían hecho las transferencias, las cuales, efectivamente, en aquel momento se hacían por lo que se llamaba el coste efectivo de los servicios, y que a Madrid en aquel momento le asignaron un coste efectivo de los servicios que estaba por debajo de la media. No voy a entrar a valorar si ese 5 por ciento era correcto o no, porque no es el momento; da igual, es un hecho que está ahí. Pero ha planteado también que en estos momentos la diferencia es de un 10 por ciento. Y es verdad, tiene usted toda la razón, de lo que discrepo es de la valoración que ha hecho, el motivo por el cual. Entonces, permítame explicar una cuestión para después hacerle una pregunta respecto a la financiación de la sanidad. El sistema de financiación autonómico establece básicamente las necesidades o cálculos de gasto de cada región y lo hace teniendo en cuenta unos indicadores para establecer un estándar similar en todas las regiones en todos los servicios. ¿Cómo calcula las necesidades de gasto sanitario de las comunidades autónomas para después hacer el cálculo de recursos que tiene que tener cada comunidad autónoma? Divide la población en siete tramos; a esos siete tramos le asigna un coeficiente de coste y cada tramo de edad tiene un coste, y ese coste y esa distribución de tramos en la Comunidad de Madrid suponen que, si eso lo llevamos a financiación per cápita, Madrid pierde 600.000 habitantes, ¡600.000 habitantes! Por lo tanto, ya es difícil hablar en términos homogéneos de financiación per cápita entre las comunidades autónomas, porque la propia dinámica del sistema no establece precisamente la posibilidad de obtener financiación per cápita igual por todas las comunidades autónomas. ¿Cuál es el resultado cuando se suman todos los mecanismos? Que la financiación per cápita de las comunidades autónomas es muy diferente en su conjunto. Para que nos hagamos una idea, Madrid, último ejercicio cerrado año 2017, tenía una financiación per cápita de 2.089 euros para el total de las competencias, ¡ojo!, y se calculan en términos normativos, con independencia del uso que cada uno haga después de sus competencias tributarias; 2.089 euros. La Rioja recibe más de 3.000 por habitante y año y Extremadura, 2.780. Es decir, Madrid recibe 230 euros por habitante menos al año que la media, pero recibe, por ejemplo, 443 euros menos de media que Cataluña y 1.000 euros menos que La Rioja. Por lo tanto, es muy difícil poder hablar y comparar el gasto sanitario de comunidades autónomas en

términos per cápita, y tampoco se puede hacer en términos de PIB, ya que el PIB no es homogéneo entre comunidades autónomas, porque no son entidades cerradas como lo son los países debido a que hay transferencias de renta entre regiones.

Entonces, como partimos de una realidad en la cual la financiación no es homogénea para la prestación de servicios sanitarios ni para los otros tampoco, ¿estaría usted de acuerdo en modificar el sistema de financiación de manera que la financiación per cápita -sin correcciones de tramos de edad, población ajustada, etcétera-, el término de población per cápita sea el fundamental que establezca la financiación de las comunidades autónomas no solo para Sanidad sino también para la inmensa mayoría de los servicios? Yo creo que es fundamental, y así podremos, además, alejarnos de muchos errores que nos llevan, desde el punto de vista metodológico, a hacer diagnósticos equivocados. Nada más y muchas gracias, señor presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Muñoz Abrines. Por el Grupo Socialista, el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor presidente. Profesor Repullo, enhorabuena y muchas gracias de parte de mi grupo, pero no solo de parte de mi grupo, pues me ha llegado por los medios que varios directivos de la sanidad le están escuchando. En relación con eso, yo le haría una serie de preguntas que contribuyeran a reforzar la sanidad de la Comunidad de Madrid, con propuestas muy concretas que permitan que la sanidad de Madrid no solo sirva a los ciudadanos que vivimos aquí sino también que sea un referente ejemplar para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Uno de los temas que tiene interés es, en primer lugar, que usted ha hablado de la necesidad -todo el mundo está de acuerdo-... Por cierto, permítame que haga un inciso respecto a la señora Marbán, de Ciudadanos. Esta comisión tiene el mismo mandato que la comisión del Congreso de los Diputados y en el Congreso de los Diputados se ha hablado y mucho, por ejemplo, de acabar con la temporalidad del personal sanitario, se ha hablado y mucho de la financiación; es decir, estos no son temas ajenos a esta comisión. Y en este sentido es en el que va mi pregunta. Concretamente, doctor Repullo, uno de los temas clave para terminar con la temporalidad es el modelo de selección -usted ha escrito mucho sobre ello-. En estos momentos hay profesionales y ciertamente directivos, al menos algunos que he visto por las redes, que están interesados en que se explaye sobre ello. ¿Qué cosas tendríamos que cambiar para que la temporalidad no fuera sistémica en el sistema que actualmente tenemos? Un punto importante.

Segundo punto. Usted ha mencionado algo que es novedoso, que tiene una enorme repercusión, y son los hospitales en red. Este es un tema también de un enorme interés profesional y organizativo, y quizá fuera útil también que usted se explayara un poco sobre ello.

Tercer punto. Una de las cosas que Madrid ha hecho últimamente -y estoy tratando aquellos puntos sobre los cuales esta comisión puede tener un consenso; soy perfectamente consciente de las cosas que nos separan, de las cosas sobre las que nunca vamos a estar de acuerdo, pero sí hay cosas

en las que podemos avanzar- es aprobar en 2017 la Ley de Buen Gobierno, la Ley 11/2017. Esta es la única comunidad que tiene una ley de este tipo, una ley que manda organizar los hospitales, las áreas de salud, en fin, todas las organizaciones del Sermas, de acuerdo con los principios que rigen en los países de nuestro entorno, y es que toda aquella persona que gestiona un presupuesto sea responsable ante un órgano colegiado que le controle eso. Entonces, me gustaría que enfatizara las ventajas que tendría poner esto en marcha para la Comunidad de Madrid y, ciertamente, como referente para el conjunto del sistema.

Hay otra cuestión -claramente, tampoco quiero sobrepasar el límite de cosas a las que puede responder, que serían muchas- que se refiere a su punto segundo, a la gobernanza del servicio madrileño de salud, y es la petición de que el servicio madrileño de salud tenga autonomía gestora. Recientemente hemos visto que tenemos una enorme interferencia en la microgestión de la sanidad de, por ejemplo, la Consejería de Hacienda, pero cuando digo microgestión me refiero al nombramiento incluso -ayer salió en el pleno- de las limpiadoras de un hospital, que necesitan autorización de la Consejería de Hacienda. Esta autonomía de gestión en unos servicios tan especializados y que tienen tantas peculiaridades merece un comentario, que le agradezco.

Por lo demás, enhorabuena. Muchas gracias, ha respondido usted a lo que queríamos, que era una reflexión global sobre cómo está la sanidad en Madrid y qué perspectivas, desde su punto de vista, se precisan para cambiarla. Además, quiero señalar que lo que usted ha planteado coincide con el consenso intelectual de muchos de los analistas de la sanidad española; coincide, por ejemplo, con el informe de la Asociación Española de Economía de la Salud de 2013 en prácticamente todos los puntos relevantes que ha expresado. Así que, de nuevo, muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias a todos los portavoces por su contención en el tiempo y por su excelente manera de expresar sus opiniones, como no podía ser menos. Tiene la palabra el profesor.

El Sr. **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD** (Repullo Labrador): Bien. Muchas gracias. Voy a intentar responder rápidamente a la mayor parte de los temas que he podido anotar.

En relación con el tema del área sanitaria única planteado por la señora Lillo, honestamente, creo que no hubieran tenido mucha influencia las áreas de salud en las estrategias de desescalada diferencial o territorial. Por una razón: si vemos el mapa de movilidad de Madrid, nos encontramos núcleos de densidad; Madrid es una enorme intersección entre flujos. Por ejemplo, entender qué ha pasado en Soria y en Segovia es imposible sin ver la cantidad de segovianos y sorianos que viajan a Madrid y que de Madrid viajan allá. Por lo tanto, yo diría que lo que la zonificación o la sectorización aporta es la rapidez para dar respuestas locales. Es decir, no tiene que haber una única inteligencia a nivel central; las pequeñas inteligencias distribuidas aportan una mayor capacidad para tomar decisiones.

Respecto a ese binomio entre velocidad frente a perfección, bueno, yo creo que en este momento la red de Atención Primaria ha aportado una adaptabilidad, como usted citó, importante. El problema está en que es una red que tiene muy limitada la capacidad para dar respuestas, vamos a llamar, sostenidas. ¿Por qué? Bueno, pues porque digamos que tiene un cierto proceso de debilitamiento y vamos a decir también una cierta desmoralización. Por lo tanto, creo que han respondido de una manera muy correcta, pero en este momento necesitamos salir al rescate porque el ajuste de recursos está siendo realmente muy limitado.

Respecto a los hospitales, vamos a ver, el problema es que un hospital no son ladrillos ni son somieres con ruedas. Lo difícil son las personas, siempre. De hecho, a mí me tocó abrir un hospital en Madrid, fui el primer director del Hospital de Móstoles, del viejo Hospital de Móstoles, y se tarda aproximadamente un año y medio en abrir realmente un hospital, es decir, en que haya una funcionalidad y que todas las piezas encajen. Es una organización muy compleja, por eso me da cierto reparo la idea de que de pronto puedan incorporarse. Incluso el hospital chino fue inmediatamente relleno por médicos militares que ya tenían una cierta capacidad de coordinación. Por eso creo que con las soluciones quick and dirty, rápido y sucio, hay que tener cuidado. Es mejor, incluso en el debate de cambio financiero, ir poco a poco con una tónica de subida y de incremento de los servicios para asegurar que atraemos talento, que lo integramos y que le damos una solución. Obviamente, cuando toca velocidad, toca velocidad, y vemos que muchos médicos dejan su especialidad a un lado y se meten en la UVI, se meten en urgencias. Claro, cuando toca, toca, pero ya no estamos en esa situación. Eso va, por lo tanto, un poco en la línea de ver hacia dónde organizamos la sanidad para que pueda combinarse especialización con cierta polivalencia y versatilidad.

Por parte de la señora Joya... Doctora, ¿no?

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Ana Cuartero. También soy de Vox, pero no soy médico.

El Sr. **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD** (Repullo Labrador): Vale, perdón. Lo siento, había tomado mal nota. Me disculpo.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Nada, no pasa nada, ¡qué tontería! Era solo por aclararle que no soy médico. Me parece más importante aclarar que no soy médico que aclarar el nombre, que es lo de menos.

El Sr. **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD** (Repullo Labrador): Bueno. Pues uno de los temas que plantea es muy importante y es el tema de que hemos descubierto en esta epidemia que hay cadenas logísticas globales. Lo sabíamos. Y, es más, los economistas, durante una o dos décadas, llevan diciendo que es una maravilla, que cada cual se dedica a hacer lo que sabe hacer; que al final ha resultado que todo se hace en China, porque hay un dumping social con sueldos y condiciones ambientales y de seguridad que hace que realmente puedan concentrarse como la gran fábrica del mundo. Por lo tanto, de alguna manera, esto complica el planteamiento, porque la reserva estratégica

es una necesidad que en teoría podría cubrirse de distintas maneras, pero hemos de tener en cuenta que cuando se intentó en España que las empresas españolas empezaran a hacer mascarillas prácticamente ninguna estaba en eso. Ahora, sí; ahora, posiblemente, con un tiempo de reacción es fácil que lo consigan, pero encontramos que un medicamento muy importante para la intubación de los pacientes se fabricaba solo en un sitio y estaba en falta. Es decir, nos hemos dado cuenta de hasta qué punto somos vulnerables. Pero tiene razón en que la solución más racional, por economías de escala, gama y alcance, sería no hacerlo todo aquí. Si nos pudiéramos fiar de los compañeros de la Unión Europea, de los compañeros de viaje, sería mucho más racional y posiblemente a través de técnicas contractuales un poquito más finas esto se puede organizar de una manera, digamos, más eficiente. Pero está claro que cuando tocan malos tiempos los países acaban siendo países y velan por su propia lógica interna.

Hay otro elemento que ha surgido en los debates. Si aprovechamos esta emergencia para estimular la capacidad de producción de la industria española de determinados bienes y servicios, que por su espectro tecnológico son fáciles de desarrollar, igual tenemos un área interesante de incremento de la economía y de la exportación. Por lo tanto, este sería el otro planteamiento que subyace en muchas de las aportaciones que desde el punto de vista de la economía industrial están planteándose aquí.

El tema de los traslados de pacientes. Yo creo que este es un tema importante y que lo determinante en este debate ha sido una palabra: confianza. Es decir, unas comunidades autónomas, unos hospitales pueden ayudar a otros si piensan que por ahora la epidemia está en Madrid y, por lo tanto, pueden recibir pacientes de Madrid para de alguna manera compensar una situación epidemiológica que ha sido muy desigual en España. Cuando aquí estábamos prácticamente con un 50 por ciento más de camas y habíamos doblado el número de puestos de UCI, en otras comunidades no estaban así. Pero, claro, es muy fácil reescribir la historia hacia atrás. Ahora, sí tiene razón, ahora sí convendría que dentro del Sistema Nacional de Salud aprovechásemos la desigualdad de las prevalencias y de las tasas de ataque para establecer reglas claras de apoyo mutuo. Pero en la primera etapa -y supongo que la gente del servicio madrileño de salud lo intentaría- me da la impresión de que se recibió de alguna manera un "espera un poco, vamos a ver qué pasa", etcétera, porque, claro, todos estaban aterrorizados con lo que les venía encima.

En cuanto a Protección Civil, Urgencias y Emergencias, creo que son importantes. No sé hasta qué punto el mundo de la protección civil ha trabajado con epidemias, pero creo que poco, porque, realmente, el gran problema que hemos tenido con la COVID es que semejante extensión era inconcebible, porque, además, la última epidemia que tuvimos de estas características, que fue la del Ébola, era muy diferente, era algo que mataba mucho y que se contagiaba mucho; de hecho, las primeras instrucciones que se dieron de mandar a Majadahonda todas las pruebas para hacer el PCR no tenían ningún sentido en esta pandemia. Por lo tanto, digamos que los antecedentes que teníamos en la memoria colectiva no funcionaron bien para el tamaño y la expansión del coronavirus. Por tanto, supongo que ahora sí toca obtener o extraer conclusiones y que toda la estructura del 112 y de los servicios de protección civil tengan más estabilizada su sistemática de coordinación.

En relación con el tema de crónicos, se suele hablar de que es la segunda oleada de daño. El primer daño directo es el COVID y el segundo son los pacientes que no pudieron ser atendidos, que fueron desplazados, descuidados o cuya atención fue desplazada por el coronavirus. La duda es, si hay una nueva oleada, cómo va a quedar ese balance. Yo creo que se ha avanzado bastante en lo que se llaman los circuitos COVID; es decir, los hospitales y los centros de salud tenían desesperadamente que abrir la atención a los pacientes convencionales y por lo tanto se ha articulado una manera de que las circulaciones... Obviamente, ahora tenemos pruebas que permiten canalizar adecuadamente a la mayor parte de los pacientes en unos circuitos u otros; creo que en esto sí hay buenas noticias, se está trabajando bien. Evidentemente, si tenemos un rebrote enorme, volveremos a tener que inhibir la atención convencional a favor de la atención de los pacientes críticos. Pero igual que decía Fernando Rodríguez Artalejo en la anterior presentación, es posible que semejante situación no se dé o no se vuelva a dar con esa intensidad. Por una razón, además, porque esa infección cruzada sociosanitaria a la que me he referido antes está bastante controlada por parte de los sanitarios, que ya por fin hay equipos de protección individual y hay test para identificar quién está enfermo; no son perfectos, no son totales, pero ahí están. Y además porque hemos aprendido a encapsular y a proteger a nuestros mayores más vulnerables. Al haberse cortado ese circuito, ha bajado la edad, por ejemplo; por eso encontramos, proporcionalmente, más jóvenes, esos jóvenes de menos de 60 años. ¿Por qué? Porque han ido desapareciendo del escenario. Ojalá consigamos mantener esa tónica de encapsulamiento y de protección de la gente más mayor para que esto se mantenga; aunque pueda haber eventuales transmisiones comunitarias, no supongan un quebrantamiento, una saturación de la red asistencial convencional.

Respecto a los hospitales de pandemias, es un tema en el que nadie ha dicho la última palabra, porque es muy nuevo, pero hay una cosa que yo sí traería a consideración. La idea de trasladar el concepto de hospital militar de campaña tiene un problema; los hospitales militares de campaña tienen problemas muy bien definidos: son militares, soldados jóvenes, que tienen, digamos, muy buena salud y que tienen una herida de guerra, de metralla, etcétera, y, por lo tanto, una vez que tú estabilizas la fractura, la hemorragia, etcétera, pues en principio no necesitas mucho más. De hecho, la sanidad militar desplaza básicamente cirujanos, anestesistas, intensivistas, y no necesita mucho más. ¿Qué ocurre? En las epidemias estamos hablando de un problema médico y ninguna epidemia es igual a otra. En el siglo XIX había hospitales para el tifus, el cólera, etcétera, que eran relativamente sencillos de habilitar, de poner en marcha, y luego se cerraban; solían ser alas de hospitales. Pero el COVID, en su perfil más grave, afecta a gente mayor con pluripatología. Eso significa que hay que ver qué está tomando, validar la medicación, tener una buena farmacia hospitalaria y prácticamente tener detrás a todo un hospital general funcionando bien. Esto hace difícil la idea de crear hospitales, salvo que sean hospitales de descarga -vamos a llamarles algo así como sanatorios COVID, para convalecientes o gente de ese perfil-, ¡y pueden ser útiles! La pregunta que nos hacemos muchos es, por ejemplo, los hospitales COVID, que fueron una buena idea, ¿cubren ese papel? Y si están cerca del hospital, añaden la ventaja de que los equipos pueden estar coordinándose, como de hecho ha ocurrido en la experiencia de Madrid. Y también ocurre otra cosa, los hospitales podrían tener áreas de expansión donde pusieran en marcha -por prefabricados, carpas,

etcétera- zonas también adyacentes para convalecientes. Muchos hospitales de Madrid tienen camas sin habilitar. Yo creo que la suma de ese conjunto de acciones permitiría soluciones técnicamente más eficientes desde el punto de vista clínico que la creación de hospitales presuntamente versátiles que luego tienes que rellenar con gente que traes de otros sitios, gente que improvisas o gente que viene de Primaria, que son gente estupenda. Pero, ya digo, un hospital tarda mucho tiempo en articularse.

Bueno, respecto a lo de cuánto subir la financiación, si acaso, lo comento luego con el tema financiero, ¿de acuerdo?

Mónica García se interesa por los temas de modelos. A ver, las evidencias en los estudios de organización siempre son débiles, porque falta lo que llaman el contrafactual: ¿qué hubiera pasado si no hubiéramos hecho esto y hubiéramos hecho lo otro? Por lo tanto, suelen ser comparaciones complejas. Pero sí tenemos algún estudio, y además estudios que a muchos han molestado, como por ejemplo el de Granada. El grupo de la Universidad de Granada –Pepe Martín y todo ese grupo- ha hecho el primer estudio con todos los hospitales españoles analizando la eficiencia, es decir, la capacidad de convertir inputs económicos en outputs: actividad clínica, etcétera. Lo más llamativo que sale de este estudio es que la concesión a un hospital de personificación jurídica supone un aumento de la eficiencia del 10 por ciento. O sea, nos está hablando de que la creación de modelos descentralizados... También dice una cosa que no se ha comentado mucho: los antiguos hospitales bicéfalos de Madrid -los “infantas” que llaman- quedaron muy bien en esa comparación. Claro, son hospitales jóvenes. Hay otro problema con los tamaños de hospital, etcétera. Pero quiero decir que parece que un hospital público –bien sea empresa pública, fundación, etcétera- con autonomía de gestión y capacidad emprendedora iguala o casi iguala a los hospitales privados, que tienen algunas ventajas desde el punto de vista de su cartera de servicios y su agilidad institucional. Por eso en la comisión parlamentaria se habló precisamente de conceder o de buscar la manera de que los centros sanitarios tuvieran capacidades jurídicas, y por eso hablamos del modelo Osakidetza, que sin necesidad de jugar a eso consiguió que el conjunto de la red sanitaria vasca tuviera capacidad de acción tanto con Derecho Público como con Derecho Privado, que tuviera, por doceavos, todo el presupuesto, que lo asignara y repartiera funciones y responsabilidades en personal, compras... Algunas cosas se gestionan en red y otras no y se contabiliza todo inmediatamente a través de un sistema SAP. Por eso, quizás una opción organizativa útil sería esa idea de un “Madrikidetza”, que es lo que permitía hacer la Ley de ordenación de profesiones de Madrid. Por supuesto, esto no les gusta habitualmente a las autoridades económicas. ¿Por qué? Porque prefieren tener el cash, la capacidad de pago, la gestión económico-financiera, y no ceder el 40 por ciento del presupuesto para que la gestión económico-administrativa la lleve otro. Es comprensible. La pregunta no es si es comprensible, la pregunta es si lo que es bueno para el confort económico de Hacienda lo es para la gestión sanitaria; esa es la pregunta.

Bueno, en ese sentido, respecto a los temas de modelos, a ver, el debate académico sobre externalizaciones -hay tres Premios Nobel, Coase, Williamson y otro más, que lo han dejado muy claro- es un balance. Cuando lo que se externaliza tiene una serie de características que permiten su control puede ser una buena opción, pero cuando lo que se externaliza tiene problemas de

información, problemas de controlabilidad, problemas de innovación, pues, o forma parte del núcleo de responsabilidad de la organización, o no debe externalizarse. Por lo tanto, en último término, el gran debate es: no somos buenos gestionando dentro del Derecho Público, pero parece que somos casi peores controlando el externalizado; de alguna manera, digamos, es una especie de equilibrio de mediocridades. Por tanto, quizá lo que tenemos que hacer –y esa es mi opción, la que yo recomiendo, porque tenemos casi todo, el 70 por ciento, en provisión pública administrativa- es desatar a los gestores y que funcionen. Esa sería la idea. Por ello, creo que en este momento, más que un debate de ver cómo ha sido la lógica de la externalización, etcétera, etcétera, vamos a centrarnos en lo importante, vamos a gestionar bien los centros sanitarios. Con un sesgo importante que creo que hay que decirlo: Madrid ha gastado mucha energía política y mucho dinero en lo que yo llamo lanchas rápidas, hospitales de proximidad, o como quieran llamarlos; han desvestido a ese santo, a los grandes hospitales terciarios, a través de reasignación de efectivos, etcétera, para vestir estos hospitales de proximidad. No todas las comunidades han hecho esto; muchas comunidades han dedicado recursos a sus grandes hospitales terciarios porque sabían que era donde se genera conocimiento científico, donde se irradia capacidad de acción. Y creo que una característica de Madrid es el desamparo en el que ha dejado a los grandes hospitales, no de Madrid, del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, creo que es importante reactivar la reinversión, porque, sin desmerecer la importancia de hospitales de proximidad, es importante también mantener la arquitectura intelectual, científica, de la medicina de Madrid.

Rápidamente. El gap entre profesionales y autoridades yo creo que es una parte importante de la tarea que hay que resolver, es ese contrato social que necesitamos poner encima de la mesa. De esto, lo único que puedo decir es que se necesitan vehículos de relación entre el mundo institucional y el mundo de los profesionales. Cuando me tocó desarrollar la Dirección General de Planificación, Formación e Investigación en Madrid, hace ya varios años, en esa época se montaron unas comisiones asesoras científico-técnicas estables que permitieron, digamos, un diálogo permanente con el mundo profesional. Yo creo que esa es una buena idea, aparte ya de la relación más negociadora con sindicatos. Creo que se trata un poco de tener válvulas abiertas para que ese enorme talento que hay en el mundo profesional... También hay, como decía antes Fernando, neurosis, es decir que aquí cada cual tiene su sesgo, pero creo que en el ámbito del conocimiento es donde habría que abrir esa capacidad.

Respecto a los planteamientos que hacía Marta -Marbán, ¿no?; no me equivoco ahora, ¿no?-, le quiero agradecer la crítica. Quizás soy un poco vehemente, lo acepto, pero es que a mí me tiene muy enfadado Madrid. Lo siento. Desde el punto de vista profesional, del ámbito de la administración, la gestión, la planificación sanitaria, este era el Insalud puntero de España, esta era la joya del Insalud, ¡y es que ahora mismo no estamos en ningún congreso, estamos fuera del mapa! ¡Es la verdad! Es más, en este momento en el que tanto hace falta tener organizaciones tolerantes, con la capacidad de contar cosas, porque la verdad no la tiene nadie, pues resulta que tenemos un mundo profesional con miedo a hablar. ¡Es la verdad! Entonces, domina una mediocridad ambiental que, luego, si te cuchichean, te dicen: ¿Pero esto por qué no lo comentáis?, pues te dicen: No, no, porque sienta mal. A mí me da mucha pena, porque este es un ocaso del mundo profesional, ¿no? En ese

sentido, por eso quizás he sido un poco vehemente. Pero no he hablado como opción política, lo reivindico. Creo que tengo mis convicciones, pero, por ejemplo, cuando hablo con Ana Pastor, con Alberto Núñez Feijoo, con Verónica Casado o con Igea, encuentro una capacidad enorme de resonar en planteamientos y en coordenadas que son muy diferentes y digamos que no veo esa facilidad de endosar mis posiciones a... Pero, bueno, obviamente esa es mi opinión y puedo estar sesgado por mi propia visión.

Respecto al gasto sanitario, es complicado ese debate -luego, si acaso, lo uno con el comentario-, pero está claro que los ajustadores territoriales siempre son una pesadilla. El debate histórico empezó con la fórmula Robe en el Reino Unido; unos decían: no, hay que darme más porque tengo más mortalidad; no, yo, porque tengo más población; no, yo, porque estoy más concentrado; yo, porque estoy más disperso... Todo el mundo tiene un poquito de razón en su perspectiva, pero lo que está claro es que la medicina moderna cuesta mucho y que cuando empieza a haber un envejecimiento mayor -y Madrid era muy joven hace treinta años; ahora, ya no es muy joven- digamos que se hace necesario refloatar el marco financiero.

¿La territorialización hubiera afectado al COVID? Yo creo que sí, hubiera ayudado. De hecho, mucha gente de Primaria, sobre todo en Primaria, dicen: Es que no hay a quien llamar. Sí, hay una gerencia lejana, única. Antes, las gerencias de Atención Primaria eran organismos muy vivos, tenían su director médico, su director de Enfermería, tenían los servicios de apoyo, había un lugar físico, había una estructura donde, por ejemplo, estaban los farmacéuticos de Atención Primaria, había almacenes, se distribuía algún tipo de medicamento, pañales... ¡Era un lugar vivo donde además todo el mundo sabía adonde ir! Esto costó mucho montarlo, y aunque sigue habiendo siete gerencias asociadas, yo creo que sí se ha notado, ha habido una sensación. Pero, claro, como casi todo, la contrafactualidad no se la puedo argumentar, no sé qué hubiera pasado si hubiera habido estas medidas.

Y, luego, el concepto de ciudadanía sanitaria. No voy a entrar en el debate de servicios sociales, hablo del sanitario. Es importante que los sanitarios que vayan a los centros residenciales sean los de la red convencional. ¿Por qué? Por una razón importante: si son contratados por la propiedad, hombre, yo no hablaría de un conflicto de interés, pero sí de demasiada proximidad, y además porque están fuera del sistema general, no son estatutarios, son contratos, tienden a ser precarios, tienden a tener condiciones de trabajo penosas y, sobre todo, si ven algo que es enormemente inaceptable o incorrecto, igual no lo comunican con la misma velocidad. Pero, ya digo, este es un debate antiquísimo. Creo que en el año 1980 o en el setenta y tantos hubo un escándalo en el Reino Unido en el Hospital de Ellis; era un hospital de media-larga estancia o psiquiátrico, tenía las dos alas, y se encontró con que había unos estándares penosos de atención a la población. El Gobierno británico montó una comisión para vigilar lo que llamaron instituciones cerradas, porque ocurrían muchas cosas y estaban fuera de la visión. Si los médicos de Atención Primaria, si los hospitales, si los servicios de urgencia, toman la función asistencial, de pronto hay otros ojos que miran la misma realidad. Yo creo que es algo que nos puede venir bien. Y encima alguien dice: liberamos carga económica de las empresas, de las residencias. ¡Bendito sea, que la reinviertan en

servicios de atención sanitaria! Pero, claro, lo que no puede ser es que lo hagamos con los mismos recursos; el famoso dilema de hacer una tortilla sin romper huevos, sin huevos, sin aceite y sin sartén. Eso sí ha pasado. Si un centro de salud tiene que atender una residencia de 200 personas, habrá que recalcular las cargas de trabajo, los tiempos, etcétera. Y el principio de ciudadanía sanitaria lo que establece es la primacía de quién tiene la responsabilidad primaria. Esto no se va a hacer de un día para otro, pero yo creo que convendría tenerlo claro para orientar un poquito la acción colectiva.

En relación con el tema de la financiación, creo que es un debate interesante y lo ha planteado muy bien... En realidad, tenemos un sistema alambicado nada fácil de entender. La pregunta es, la primera gran pregunta: ¿financiación sanitaria finalista? O, dicho de otra manera, ¿gasto sanitario público recalculado periódicamente para que el per cápita sea homogéneo para toda España? Yo sí lo mantengo, creo que es una opción por lo menos que hay que valorar. A la mayor parte de los economistas financieros no les gusta, porque, además, roba a la comunidad autónoma una competencia. Hay alternativas, claro que las hay, pero, bueno, en todo caso va a abrirse o debería abrirse un debate sobre las necesidades homogéneas de financiación y cómo se configura el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales; yo creo que es un debate importante. Pero sí creo que en este momento las grandes diferencias en euros per cápita en el Sistema Nacional de Salud están ocasionando una descohesión, una alarma y un escándalo. Esa es la verdad. Por lo tanto, por la vía que sea, habría que acercar los fondos garantizados por el sistema de financiación, lo que no significa que no haya posibilidades para que Madrid ayude a través de su fiscalidad a reponer esa brecha, esa sería la otra cuestión, porque nadie obliga a que una comunidad autónoma no utilice ese 25 por ciento adicional de su sistema de financiación en hacer despegar determinados servicios. Se puede gastar en muchas cosas, pero esta sería una alternativa a los costes de oportunidad.

La última intervención, la de José Manuel Freire. Bueno, el modelo de selección es algo por lo que llevamos mucho tiempo batallando y básicamente se refiere a que no es normal el sistema que tenemos; funciona, digamos, pensado para otras disciplinas. Las vacantes de un año se acumulan, se compactan y salen en el siguiente en una cosa que se llama OPE, u OEP -oferta pública de empleo-, que se examina al año siguiente, si hay suerte, si no hay un recurso, va al otro y, si no, hay que volver a la casilla de inicio. ¡Esto lo ha pensado un enemigo! Y encima, como son brutales las cargas de trabajo administrativo, las consejerías suelen intentar que no sea ahora mismo, alejarlas, y llegamos a un 30 o a un 40 por ciento de interinos. Ahora mismo, la mediana en España es de nueve años de interinidad, o sea, están durando nueve años. ¡Pronto se nos jubilará el primer interino! ¡Eso es inaceptable y, además, no tiene por qué ocurrir! En el sistema abierto y permanente que hemos propuesto sería que la parte más farragosa de hacer el examen, la parte de oposición, se hiciera a nivel nacional; lo mismo que hay un examen MIR que haya un board que permita obtener una puntuación, y con esa puntuación, cada centro saca sus plazas, las perfila, las valora y utiliza esa nota como elemento de referencia. Así funcionan, por ejemplo, los praticiens hospitaliers franceses, la comisión de credenciales que usan en otros hospitales, o el sistema británico. Hay otras soluciones y en todas ellas hay mérito, concurrencia y capacidad, y se puede conseguir no reducir a cero, pero casi a cero. ¿Por qué? Porque incluso se puede convocar una plaza para relevar al que se jubila, estatutario uno y estatutario el otro. No es un tema solo de Madrid, ¿eh?, en el puzle hay que retocar

el estatuto marco, pero Madrid está teniendo un problema muy grave que hace poco atractivo venir a trabajar a Madrid, a pesar de que suele ser muy atractivo.

Hospitales de red. Rápidamente. En toda Europa está ocurriendo un fenómeno que es la aparición de la unificación y la integración de distintos hospitales. En Toulouse, siete hospitales se han juntado, pero también en muchos otros sitios. En España las integraciones asimétricas han ido funcionando bien, en las que un hospital grande incorpora hospitales de mediano tamaño, pero las integraciones simétricas han funcionado mal; alguno quizá recuerde el problemón de Granada. Por lo tanto, yo creo que para Madrid, que tiene seis o siete grandes hospitales, la idea de construir estructuras subregionales en las que un hospital y otros que se alían establemente creen una dinámica de trabajo sería enormemente positiva.

Buen gobierno. Solo una reflexión final respecto a esto. Yo creo que la necesidad del buen gobierno para la profesionalización de la gestión es la siguiente; es decir, la gestión no se aprende en un MIR, la gestión es learning by doing, el que se incorpora en la gestión va haciendo ciclos progresivos de ejercicio profesional de mejora, lo que ocurre es que si el aprendizaje se hace a través de la adquisición de experiencia progresiva, lo que es tremendo es que a los cuatro u ocho años se rompa esa continuidad por razones totalmente ajenas a la lógica de su proyecto o de su desempeño. Yo creo que la parte importante que tiene la Ley de Buen Gobierno de Madrid es que establece un pequeño cortafuegos a través del órgano colegiado de Gobierno que permite que duren más los proyectos de gestión y, además, protege al político de sí mismo y de sus circunstancias, porque, a veces, para un responsable político es imposible decirle que no a alguien, a su jefe o a otro, y casi tiene como obligación colocar a alguien de su grupo. Por lo tanto, si hay un cortafuegos, este también protege al político de su propio contexto. Aprovecho ya para decir que esa Ley de Buen Gobierno, 11/2017, está siendo ampliamente estudiada y valorada en toda España; yo creo que sería una oportunidad también de generar un momento de innovación. Eso es lo que he intentado responder. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, profesor, por su tiempo y por sus conocimientos. Le deseo un magnífico fin de semana. Solamente nos queda, señorías, un punto.

— RUEGOS Y PREGUNTAS. —

No sé si hay algún ruego o alguna pregunta. (*Pausa.*) Yo sí tengo un ruego y es que, aunque creo que hemos trabajado mucho y bien esta semana, que hemos tenido ya dos días con comparecientes, saben que tenemos Mesa y Portavoces el lunes por la tarde para hablar del procedimiento para la elaboración del Dictamen de esta comisión. Entonces, les quiero pedir a los portavoces parlamentarios -casi no hace falta que lo haga- que este fin de semana, telefónicamente o como ustedes deseen, hablen entre ustedes y traten de acercar posiciones. Para mí sería fantástico

que el lunes por la mañana me llegara alguna propuesta, consensuada a ser posible, para ese procedimiento o para la elaboración del Dictamen, porque, como todos saben muy bien, del procedimiento dependen muchas cosas y, como yo creo que se trata de buscar convergencias útiles, de esos procedimientos también dependerá nuestra capacidad. Creo que hemos demostrado con intervenciones medidas en el tiempo, de magnífica factura, de mucha responsabilidad, que estamos haciendo el trabajo que nos ha pedido la Mesa de la Asamblea, y creo que al menos se pueden felicitar ustedes; no voy a decir que nos felicitemos todos, pero les agradezco a los grupos parlamentarios el trabajo que han realizado. Veo que el secretario ha salido huyendo de la mesa y que se ha colocado entre los diputados; no sé con qué intenciones, pero adelante, Alberto.

El Sr. **OLIVER GÓMEZ DE LA VEGA**: Muchas gracias, señor presidente. Por lo que he ido hablando con distintos miembros de esta comisión, si no está este tema lo suficientemente trabajado para el lunes, porque es una decisión que además no van a tomar exclusivamente los diputados que estén en esta comisión sino que seguramente trasladen sus necesidades al grupo parlamentario, va a ser muy difícil que el lunes por la tarde podamos llegar a un consenso. Entonces, lo que sí pediría a los grupos es que, si tienen alguna propuesta -nuestro grupo tiene una en concreto que podemos pasarles sin problema; obviamente está sujeta a cualquier modificación por consenso de cualquiera de los otros grupos-, nos las hiciésemos llegar antes del lunes, a ser posible, para que también los distintos portavoces y miembros de esta comisión puedan pensar sobre ello. No sé si el presidente piensa dedicar toda la tarde del lunes, lo digo para organizarme también con los horarios familiares y estas cosas. En ese sentido, les pediría también a los portavoces que lo considerasen y que valorasen qué opciones tenemos. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Agradezco mucho al secretario que haya hecho esta intervención. No es una escenificación en virtud de la cual yo he dicho algo y el secretario trata de apoyarme desde los escaños para reforzar en algo mi autoridad, pero de eso se trata, de que intercambien posturas, hablen, se envíen correos electrónicos, y si terminamos el lunes de definirlo, estupendo y, si no, tenemos más días para hacerlo, pero si el lunes dejamos sentado un acuerdo, estaríamos bien. Muchísimas gracias y buen fin de semana.

(Se levanta la sesión a las 14 horas y 33 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