



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

Año 2017

XII LEGISLATURA

Núm. 397

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

**PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARÍA DEL CARMEN
HERNÁNDEZ BENTO, VICEPRESIDENTA PRIMERA**

Sesión núm. 19

celebrada el lunes 11 de diciembre de 2017

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias:

- De los señores González Zapioca, presidente de la Confederación Salud Mental España y Arango López, director científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (Cibersam), para informar sobre la situación de la esquizofrenia y psicosis en España. A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 219/000143) 2
- Del señor Fumadó, representante nacional de Médicos de Atención Primaria Rural en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, para valorar la atención primaria de salud. A petición del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 219/000873) 12
- Del señor López Trigo, presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, para presentar propuestas y sugerencias a favor del envejecimiento activo y la promoción de la autonomía de las personas mayores. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 219/000629) 23
- De la señora directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (Blasco Marhuenda), para que explique la situación actual de dicho centro y sus futuros retos. A petición del Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 212/000136) 35

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 2

Se abre la sesión a las cuatro de la tarde.

COMPARENCIAS:

- **DE LOS SEÑORES GONZÁLEZ ZAPIOCA, PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA Y ARANGO LÓPEZ, DIRECTOR CIENTÍFICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE SALUD MENTAL (CIBERSAM), PARA INFORMAR SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA Y PSICOSIS EN ESPAÑA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 219/000143).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Muy buenas tardes a todos. Vamos a dar comienzo a esta sesión.

En primer lugar, me gustaría informarles de un cambio de orden en las comparencias. El señor don José Antonio López Trigo nos ha pedido intervenir en tercer lugar porque no llega a tiempo. Por tanto, en segundo lugar intervendrá el señor Fumadó y, en tercer lugar, esperemos que llegue a tiempo, el señor López Trigo.

Damos la bienvenida al primer compareciente, el señor González Zapioca, al que agradecemos no solo su presencia, sino también su disposición para informar a esta Comisión. Tiene usted la palabra.

El señor **GONZÁLEZ ZAPIOCA** (Presidente de la Confederación Salud Mental España): Muchas gracias.

Buenas tardes a todos y a todas. Quiero dar un saludo especial al presidente, a la vicepresidenta de la Comisión y a todos ustedes, señoras y señores diputados. Reitero mi agradecimiento a la Comisión por darnos la oportunidad de explicar lo que nos preocupa en materia de salud mental y sugerir algunas soluciones, que creemos que contribuirían a mejorar la situación actual. Comparezco ante esta Comisión con el ánimo de compartir con ustedes e intentar trasladarles lo que cada día viven gente con nombre, María, David, Paco, Claudia, y así sucesivamente hasta más de un millón de españoles y españolas que actualmente tienen un problema de salud mental considerado grave comúnmente, junto con millones de familiares y allegados a estas personas con nombre propio. Mi vecino, mi esposa, mi compañera de trabajo, mi padre, mis hijos, yo mismo, ustedes, podemos ser parte de ese 25 % de la población que, según la Organización Mundial de la Salud, va a tener algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Detrás de estos nombres y de la frialdad de las cifras se encuentran historias de vida, de ciudadanos y ciudadanas que aprenden a convivir con una circunstancia cuyo origen no se conoce. Parece que hay un acuerdo en considerar que las causas para que aparezca un trastorno mental suelen ser una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales; es decir, del entorno social, económico y cultural y de las experiencias vividas. El hecho de que desarrollemos un problema de salud mental no tiene nada que ver con debilidad de carácter, ni es culpa de la persona ni tiene por qué impedir tener una vida plena, que formemos una familia o que aportemos algo a la sociedad.

Esto es lo que defendemos desde la Confederación Salud Mental España, una entidad con presencia en todo el Estado. Salud Mental España es una organización de interés social declarada de utilidad pública, que representa a nivel estatal a más de trescientas asociaciones con las que reunimos más de 47 000 socios y socias. Desde hace más de tres décadas —en 2018 cumpliremos treinta y cinco años— representamos a este movimiento asociativo y nos dedicamos a la defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental y de su entorno y a mejorar su calidad de vida; en definitiva, a procurar su inclusión social. Tantos años de trabajo y de experiencia desde la primera persona, bien sea como sujeto que convive con un problema de salud mental o bien como sujeto que vive cerca de alguien que lo tiene, nos ha permitido conocer desde el terreno y en el día a día cuáles son las necesidades y peculiaridades que plantean los trastornos mentales y cuál es la situación de la salud mental en nuestro país.

En este sentido, consideramos que los principales elementos que deben ponerse en juego para lograr que el ámbito de la salud mental, si me permiten la expresión, goce de salud son: primero, promover la salud mental desde un enfoque positivo. Hablamos de un estado de bienestar, tener buena salud mental nos va a permitir ser conscientes de nuestras capacidades individuales y afrontar las tensiones normales de la vida. Además, debemos hablar de este tipo de cuestiones con naturalidad, como un aspecto más de nuestra vida al que prestar atención. Hay que facilitar la participación de las personas con problemas de salud mental de forma plena en el día a día de la comunidad, sin barreras y en condiciones de igualdad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 3

de oportunidades. También hay que poner en marcha sistemas de apoyo para la participación e inclusión en el ámbito de la vivienda, del ocio, de las actividades de la vida diaria y, sobre todo, del empleo. Les recuerdo a todos ustedes, miembros del Legislativo, que el colectivo de las personas con trastorno mental tiene un desempleo del 85 %. Además, hay que garantizar el reconocimiento y el ejercicio de los derechos.

Por otra parte, podemos caer en la tentación de considerar que en nuestro país la situación de la atención y promoción de la salud mental es muy buena, incluso que es excelente; sin embargo, la realidad nos dice que tenemos algunos problemas serios que es urgente abordar y que deberían formar parte de la primera línea de la agenda política. Estamos conviviendo con dos modelos, un modelo de atención comunitaria y otro de institucionalización. En relación al ritmo de implantación y nivel de desarrollo del modelo comunitario, existen enormes desigualdades entre las comunidades autónomas, incluso entre las ciudades y las zonas rurales de una misma región o entre barrios de una misma ciudad. No existe una clara prioridad de las administraciones públicas hacia la salud mental, dejando en muchas ocasiones en manos del movimiento asociativo gran parte de la responsabilidad. Es evidente la ausencia o dificultades muy serias en la coordinación sociosanitaria, la duplicidad y discontinuidad de sistemas, así como la ausencia de una visión integral en las intervenciones, adaptadas a las necesidades específicas que se producen en cada momento; la carencia de una clara apuesta por unos servicios de salud mental libres de coerciones y respetuosos con los derechos humanos de los ciudadanos y ciudadanas con trastorno mental; y la escasez tanto de recursos, dispositivos y programas destinados a la prevención y detección precoz como de recursos intermedios, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, etcétera, que garanticen la continuidad en el proceso de recuperación. Aunque se han incorporado diferentes disciplinas profesionales a los recursos de salud mental provenientes del trabajo social, de la psicología, de enfermería, etcétera, el número es aún insuficiente, lo que conlleva, por ejemplo, mayor tiempo de espera entre citas, breve duración de las mismas, intervenciones centradas en el tratamiento farmacológico, escasa práctica del diálogo, la escucha activa y facilitación de la toma de decisiones, cuestiones fundamentales en salud mental. En muchas ocasiones, en este tipo de intervenciones ante situaciones de crisis se practican contenciones y se siguen vulnerando los derechos en general por falta de sensibilización y de formación específica, por ser recursos inadecuados e insuficientes, por escaso conocimiento de los derechos y, sobre todo, por determinadas actitudes. Existe una escasa formación y sensibilización de los profesionales de la atención primaria, que no suelen informar por desconocimiento de los diferentes recursos comunitarios existentes, incluidos nosotros, las asociaciones, que somos una mano de la Administración. No se facilita la plena participación y la capacidad de decisión y autonomía de las personas, menos de un 7 % de las personas con trastorno mental participan en su plan individualizado de atención, y solo un 8,2 % participa activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento farmacológico. Hay un escaso desarrollo de políticas enfocadas a la promoción de la autonomía y la vida independiente. También hay una escasa conciencia social sobre el impacto de la salud mental en el bienestar y la vida de las personas.

Como manifestaba al principio, además de fotografiar someramente la situación desde nuestro punto de vista, vengo a exponer algunas ideas que creemos que pueden ser soluciones para tratar de abordar los problemas urgentes que acabo de enumerar. Lo primero sería concebir la atención desde la óptica del absoluto respeto a los derechos humanos, la ausencia de coerción y la defensa de la dignidad de las personas. Tanto la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad como el Manifiesto de Cartagena, de junio de 2016, por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción, son documentos que orientan hacia un marco adecuado en esta materia. En segundo lugar, apostar firmemente por el modelo comunitario y por el desarrollo de políticas y actuaciones de promoción, prevención y atención temprana; arrancar de nuevo desde el Sistema Nacional de Salud una estrategia en salud mental que sirva de elemento vertebrador de cohesión y marco común para todos los planes autonómicos de salud mental. En tercer lugar, introducir en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud cuatro medidas terapéuticas que enumero a continuación: planes individualizados de atención para todas las personas con trastorno mental, equipos de intervención familiar, apoyo domiciliario, desarrollo de equipos multidisciplinares que atiendan a las personas con trastorno mental y su entorno. Es decir, garantizar que existan mecanismos y recursos de apoyo, información y psicoeducación para familiares y el entorno. Situar en el centro de todas las intervenciones a las personas con problemas de salud mental. Desarrollar políticas normativas y estrategias enfocadas a garantizar la plena participación social y a eliminar miedos y desconocimiento, principalmente a través de una información veraz, positiva y objetiva. Poner en marcha un plan ambicioso de medidas para la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 4

inserción laboral. Prestar especial atención a la perspectiva de género en las políticas de salud mental. Promover la salud mental y atender adecuadamente los problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Garantizar la coordinación social y sanitaria y el acceso a recursos efectivos de apoyo que promuevan la autonomía, para evitar llegar a situaciones de dependencia. Articular una verdadera participación de las personas con trastorno mental, de familiares y organizaciones sociales, en el diseño y evaluación de las políticas públicas de salud mental.

El hecho de comparecer hoy aquí contribuye, sin duda alguna, a que haya una conexión entre quienes hacen las leyes y la realidad sobre el terreno. Muchas gracias, de verdad, por ese interés. A continuación, voy a dar la palabra al doctor don Celso Arango, que pondrá el zumo en la realidad concreta de las personas con psicosis y mostrará los resultados de una iniciativa en la que hemos participado llamada Proyecto Voz.

El señor **ARANGO LÓPEZ** (Director científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Cibersam): Muchísimas gracias a Nel González por pedirme que esté aquí con él. Y también muchas gracias a José Manuel Fernández por su interés en todo lo que tiene que ver con la salud mental y hacer posible esta comparecencia. En cinco minutos, brevemente, les voy a hablar de un tema muy concreto que son las necesidades no cubiertas de las personas con esquizofrenia en este país, en España. Y lo voy a hacer no a través de una visión subjetiva o de mi experiencia clínica —yo soy psiquiatra y trabajo en el Hospital Gregorio Marañón—, sino a través de una encuesta que se ha realizado a más de 5000 personas en todas las comunidades autónomas, tanto a personas con trastornos psicóticos o esquizofrenia como a sus familiares. Esto es el Proyecto Voz, del cual les daré simplemente unas pinceladas y sus principales resultados. He traído unas diapositivas para explicarlo. **(Apoya su intervención con una presentación en Power Point).**

En primer lugar, quiero recordarles que la prevalencia de la psicosis es mayor del 1 %, si hablamos de esquizofrenia en aspectos más concretos la cifra es aproximadamente unas 400 000 personas en este país. La esquizofrenia es la tercera causa de discapacidad en personas jóvenes entre los quince y los cuarenta y cuatro años, afecta a adolescentes en sus edades más tardías o a adultos jóvenes. Les mencionaré que por cada persona con diabetes mellitus tipo 1 hay cuatro personas con esquizofrenia en este país. La mayor parte de los gastos son indirectos y derivados de la falta de productividad. Entonces, con el objetivo de escuchar la voz en primera persona de los que acuden a los servicios de salud mental, a las unidades de rehabilitación psicosocial, a las asociaciones de pacientes y familiares en este país, se hizo el Proyecto Voz. Elaboramos una especie de programa piloto con una serie de personas y familiares para ver si eran capaces de entender las preguntas y poder contestarlas. Y luego se confeccionó una encuesta concreta, sencilla, articulada en varias preguntas generales como, por ejemplo, cómo perciben su estado de salud, cuáles son las ayudas que les hubiese gustado recibir y que no recibieron; en cuanto a los programas de rehabilitación y tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos si llegaron en el momento adecuado; si fueron aceptados y su patología fue comprendida cuando recibieron el diagnóstico, etcétera.

Como digo, en estos cinco minutos voy a dar unas pinceladas. Tenemos los resultados de 5205 personas en todas las comunidades autónomas, incluida la Ciudad Autónoma de Ceuta, nos falta solo Melilla. Ahí viene reflejado el porcentaje de personas que respondieron, 60 % hombres y 40 % mujeres; el 68 % eran pacientes, el 32 % cuidadores, y las respuestas provienen de asociaciones de pacientes y familiares, centros de rehabilitación psicosocial, hospitales o centros de salud mental ambulatoria. A grandes rasgos, ¿qué es lo que más les preocupa a las personas con esquizofrenia en este país? La preocupación número uno son las necesidades afectivas; tener amigos, pareja, familia, gente que les comprenda y les respete como son, independientemente de tener o no un trastorno mental. En segundo lugar, les preocupa sentirse bien físicamente, aspectos que tienen que ver con el aseo, la dieta o el deporte. En tercer lugar, saber qué va a ser de mí o de mi familiar el día de mañana. En cuarto lugar, el potenciar su autonomía. En quinto lugar, dedicar tiempo a actividades placenteras, ocio. Y por último, trabajar o estudiar. Ahora voy a presentar algunas diferencias por segmentos de edad y sexo. El 74 % considera muy importante poder trabajar o estudiar. Y esto es más importante todavía en aquellos jóvenes menores de dieciocho años o de dieciocho a veinticinco años. Como ha dicho el presidente de la Confederación Española de Salud Mental, menos del 15 % de las personas con esquizofrenia trabajan en este país. Las personas con esquizofrenia de este país no tienen una patología distinta a la de las personas con esquizofrenia de otros países europeos, donde el porcentaje de personas que trabajan es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 5

superior al 50 % gracias a las políticas de integración laboral. Respecto al sentimiento de aceptación en el momento en el que aparece la enfermedad, una de cada tres personas no se siente aceptada. Hay un rechazo generalizado, sociedad, trabajo, ambiente académico, y lo sienten como algo realmente importante. Otro aspecto que tienen muy en cuenta es el de la salud física. Señorías, las personas con esquizofrenia viven veinte años menos que la población general. En el momento en que una persona recibe ese diagnóstico, su esperanza de vida se reduce de golpe en veinte años por muy diversos motivos que podemos entrar a discutir. Lo cierto es que su salud física no está tan bien atendida como la salud física de otras personas que no tienen esa patología. Y esto se refleja aquí, con diferencias importantes en esa percepción de la salud física dependiendo de la comunidad autónoma. Si hemos visto que los usuarios de asociaciones y de recursos públicos de rehabilitación psicosocial tienen una experiencia subjetiva mejor que aquellos que no reciben atención o no forman parte de asociaciones de pacientes o de familiares. Otro elemento fundamental es que para más de un tercio de la población el tratamiento llegó tarde, en concreto para el 36 %; el 35 % piensa que el tratamiento psicoterapéutico fue tardío y más del 32 % que los programas de rehabilitación, talleres o actividades lúdicas llegaron pero tarde. También hay diferencias por sexo, un aspecto que considero fundamental. Un porcentaje mayor de mujeres identifican que el tratamiento médico o psicoterapéutico ha llegado más tarde de lo deseado. Observen esta diferencia, el 36 % de las mujeres consideran que los programas o intervenciones intermedias llegaron tardíamente, frente al 15 % de los hombres. Cuando les preguntamos qué es lo mejor que podemos hacer para reducir el estigma asociado a la salud mental, un 90 % identifica una mayor inversión en esquizofrenia en los planes de salud mental. Lo cierto es que a nivel nacional todavía no existe un plan de salud mental vigente, y en muchas comunidades autónomas o no lo tienen o el que tenían ha caducado hace ya unos años. Cuando preguntamos a las personas con esquizofrenia qué parte de la ayuda profesional es la que más valoran, no responden el tratamiento farmacológico, etcétera; lo que solicitan en primer lugar es darme más información, conocer más la patología que tengo. En segundo lugar, el grado de satisfacción también mejoraría si hubiese mayor investigación en salud mental.

Para acabar y conocer mejor lo que nos dicen las personas con esquizofrenia diré que, lamentablemente, muchas veces los dispositivos asistenciales de que disponemos no siguen a la evidencia, no escuchamos lo que deberíamos escuchar. Este es un artículo que acabamos de publicar recientemente en la revista oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, en el que explicamos que la actividad asistencial responde a la evidencia de la falta de programas de intervención precoz en psicosis en España. Es cierto que estos programas de intervención precoz existen en la mayor parte de los países europeos y se pusieron en marcha en el Reino Unido hace diez años. Recientemente han sido evaluados por la London School of Economics, la Escuela Económica de Londres, después de diez años desde su implantación, y lo que se ha visto es que con la intervención precoz en psicosis las personas que la reciben tienen más acceso al trabajo, menos reingresos hospitalarios, menos intentos de suicidio y suicidios consumados y un mejor nivel subjetivo de satisfacción. Respecto a la inversión, por cada euro que el Gobierno del Reino Unido invirtió en los programas de intervención precoz, el retorno diez años más tarde ha sido de 18 euros en ahorro; no solo se recuperó ese euro, sino que se ganaron 17 euros adicionales. Eso ha hecho que el NICE considere los programas de intervención precoz en psicosis como algo obligatorio, ahora mismo en el Reino Unido son obligatorios en todos los CMHS. Como es un tema que nos preocupa, les invitamos a todos ustedes a una reunión que vamos a celebrar en breve, el día 8 de febrero, con el profesor Valentín Fuster para que nos dé su visión sobre la intervención precoz en salud cardiovascular, y nosotros la nuestra diciendo que aquello que funciona en patología cardiovascular funciona también en patología mental.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor González y doctor Arango, por acercarnos a la realidad de las personas con trastorno mental y, sobre todo, por ponernos en su piel y ver las cosas con su mirada.

A continuación, van a tomar la palabra los diferentes portavoces. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Muchas gracias, señora presidenta.

Muy buenas tardes y bienvenidos, señor González Zapico y doctor Arango, muchas gracias por habernos hecho llegar todos estos datos y, sobre todo, esas preocupaciones que compartimos todos. En estos días para preparar la intervención he recurrido al informe completo del Instituto Nacional de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 6

Estadística sobre el empleo de las personas con discapacidad y, como usted ha señalado, la verdad es que estos datos nos tienen que preocupar mucho. Es muy llamativo que siendo la tasa media de empleo de las personas con discapacidad un 25 %, la de las personas que sufren enfermedad mental sea un 14,3 %. La tasa de actividad de personas con discapacidad asociada a trastornos mentales parece que ha bajado un poco respecto al año anterior. Como bien nos decía el señor González Zapico, los datos son muy variables de una comunidad autónoma a otra; si bien en Castilla-La Mancha la tasa de actividad es del 43,3 %, en Galicia es del 27,8 %. Creo que son datos lo suficientemente elocuentes no solo para que llamen nuestra atención, sino para que nos pongamos manos a la obra.

Por otra parte, hemos tenido alguna reunión con el señor González Zapico, y sabe que el Grupo Parlamentario Socialista está muy preocupado por ese parón que sufrimos con la Estrategia en Salud Mental. La estrategia tenía un período de vigencia 2009-2013, y sigue pendiente ese proceso previo a la elaboración de una nueva estrategia, que parecía que iba a ser para el período 2017-2022, pero que necesariamente tendrá que ser ya para el período 2018-2022 en el mejor de los casos. La pregunta más sencilla es qué ha ocurrido desde 2013 a 2018 porque estamos convencidos de que un millón de pacientes no se han evaporado. Nosotros, recogiendo todas las propuestas que ustedes nos han hecho, siempre hemos defendido que la estrategia debe dar respuesta a los planteamientos y las necesidades que han hecho llegar al Consejo Interterritorial las comunidades autónomas y las diversas asociaciones que representan a los pacientes. Lógicamente, queremos que se les escuche y se tomen en cuenta sus iniciativas para que lleguen de nuevo al Consejo Interterritorial, y no se den pasos atrás como ocurrió en los meses de marzo y abril. Nosotros siempre hemos pedido que la estrategia esté dotada presupuestariamente y, sobre todo, que el abordaje sea multidisciplinar y la atención a la salud mental deje de ser en todas las comunidades autónomas y en todos los territorios como una especialidad —no quiero decir fuera del sistema porque no está fuera del sistema, tiene que estar necesariamente dentro—, ya que en muchas comunidades autónomas todavía permanece en un segundo plano. Compartimos su preocupación por un correcto seguimiento y apoyo a los pacientes y familiares. Y por supuesto, compartimos que la inserción sociolaboral es fundamental para la evolución en ese amplio concepto de salud de los pacientes. Además, esa inserción sociolaboral tiene que ser con todos los apoyos y acompañamientos necesarios. Es cierto que el estado general de una persona que cambia de ser paciente a tener una actividad laboral mejora considerablemente. En algunas de nuestras propuestas e intervenciones hemos insistido en la necesidad de campañas de formación para los profesionales y la detección precoz y, sobre todo, de sensibilización para romper el estigma. Es algo de lo que estuvimos hablando muchísimo tiempo cuando nos reunimos con el señor González Zapico, especialmente en los casos de psicosis y esquizofrenia. Hemos insistido en la detección precoz porque es imprescindible. Y por ello hace muy pocos días, en el anterior debate de esta Comisión, nuestro grupo presentó una propuesta para el reconocimiento de una vez por todas de la especialidad de psiquiatría infantojuvenil. Todos los grupos parlamentarios apoyamos la propuesta y esperamos que hayamos hecho presión suficiente para que ministerio lo aborde de forma inmediata.

En definitiva, hemos recogido todas sus propuestas y muchas gracias por hacernos llegar este Proyecto Voz. Ya sabe que compartimos el deseo de avanzar en la estrategia en salud mental y, desde luego, seguimos comprometidos en ser la voz de ustedes, la voz de los pacientes y la voz de los familiares en esta casa. Yo solo quiero hacerles una pregunta muy sencilla que seguro que van a saber responder. ¿Qué número de profesionales estiman que son necesarios para estar cubiertos en la atención a estas patologías? Seguro que lo han valorado y lo tienen más que definido. Nos gustaría contar con ese dato para argumentar mejor nuestras propuestas y nuestras peticiones en las diferentes iniciativas que salgan del Congreso dirigidas al ministerio que tiene que desarrollar la atención sanitaria.

Muchas gracias, un saludo y de nuevo bienvenidos.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Martín.

Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra la señora Sorlí.

La señora **SORLÍ FRESQUET**: Muchas gracias, señora presidenta.

Me gustaría que profundizara un poco más sobre el enfoque de derechos humanos y déficit de atención en temas de salud mental.

También me gustaría que profundizara un poco más en cuanto a qué cuestiones detectan que hay que trabajar más o no se están enfocando bien actualmente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 7

Por otro lado, si pudiera, también me gustaría que profundizara más en cómo podemos hacer para mejorar esa conciencia social y conocimiento sobre los problemas de salud mental.

Quizás tiene datos o información sobre cómo está la situación en salud mental y sistema penitenciario, un espacio bastante abandonado que creemos que es importante empezar a trabajar y que actualmente está totalmente dejado de lado.

Gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Sorlí.
Por Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchísimas gracias a los dos, al señor González y al doctor Arango, por su exposición.

La verdad es que estas intervenciones dejan una preocupación notable, sobre todo por lo que se refiere a los datos de desempleo; en enfermedad mental en nuestro país son altamente preocupantes, y, además, como ha dicho la representante del Grupo Socialista, muy variables. Es imposible conseguir ninguno de los otros cinco objetivos principales que se revelan en el estudio si no conseguimos el que se supone que es el sexto, el del empleo, porque difícilmente tendremos autonomía, futuro, preocupación y ocio si no tenemos empleo. Por eso, nos gustaría saber qué experiencias concretas hay, además de la ya mencionada del Reino Unido, que mejoren la tasa de empleabilidad de estos pacientes y qué podemos hacer a nivel práctico para que este aspecto mejore.

También nos preocupa bastante la inequidad en este término, como en todos en el Sistema Nacional de Salud, la ausencia de indicadores en el sistema sobre el funcionamiento de las unidades de psiquiatría. En realidad, de los indicadores claves solo hay uno, las tasas de reingreso en unidades psiquiátricas, que son absolutamente diferentes: van del 4 al 18 %, es decir, se multiplican casi por cuatro. Eso indica que también hay una dispersión que no se debería sujetar por la variabilidad clínica. ¿Qué indicadores creen que serían los más eficaces para incluirlos en el sistema de indicadores claves y cómo podemos luchar contra la variabilidad también en empleabilidad y en resultados clínicos?

Por último, también es muy preocupante la pérdida de calidad en el resto de la asistencia sanitaria, esa pérdida de esperanza de vida, de media, de hasta veinte años una vez diagnosticados los pacientes. ¿Cuáles son los principales determinantes que, a su juicio, influyen en esta pérdida de esperanza de vida y qué podríamos hacer para intentar mejorarla?

Por lo demás, si en medicina siempre es preocupante la escasa práctica del diálogo entre el médico y el paciente, en este caso, sinceramente, creo que es un desastre. Es decir, en todas las especialidades de la medicina es un desastre, pero, desde luego, en psiquiatría también. Y me gustaría saber si, en su opinión, se debe a la presión asistencial o a falta de cultura, a la falta de valoración objetiva de la calidad, y cómo podríamos mejorar esta relación, midiendo también los resultados sobre la calidad percibida por parte de los pacientes y que ello se tuviera en cuenta a la hora de evaluar los rendimientos de las unidades de psiquiatría.

Nada más. Muchísimas gracias a los dos por su excelente exposición.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señor Igea.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Sibina.

La señora **SIBINA CAMPS**: Gracias, señora presidenta.

En primer lugar, quiero agradecerles su presencia hoy en esta Comisión y su exposición.

Sabemos que la salud mental es la gran olvidada. Y este estudio que hoy nos presenta, con una numerosa muestra que hemos estado revisando, nos lleva a hacer algunas preguntas, además de señalar algunas conclusiones sobre aspectos que nos han llamado la atención. Por ejemplo, los resultados de este proyecto indican que las personas con esquizofrenia y psicosis tienen las mismas necesidades vitales que cualquier otra persona, que actualmente un 77 % de ellos perciben que tienen poca libertad y un 41,13 % sienten que tienen muy poca libertad para tomar decisiones relevantes sobre su vida, al tiempo que acompañar en la reconstrucción de una vida plena exige un enfoque y unos recursos humanos y temporales que van mucho más allá de la medicalización. A este respecto, les preguntaríamos qué modificaciones harían ustedes sobre el actual sistema en salud mental para responder a las necesidades y a la voz de las personas con diagnóstico de psicosis o esquizofrenia.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 8

También le preguntáramos qué opinan de un plan nacional de salud mental o, en su defecto, que los planes de salud mental hayan de ser aprobados en los diferentes parlamentos autonómicos para consolidarlos con el acuerdo mayoritario de los partidos, y no dejarlos a expensas del Gobierno territorial de turno, por ejemplo.

Sobre las conclusiones, no sé si quizás en un próximo estudio o si se tendría que haber hecho en esta muestra, dado que es tan importante y tan numerosa, pero, además de las variables demográficas como edad, sexo y comunidad autónoma, pienso que hubiera sido muy importante, por ejemplo, incluir la situación socioeconómica o el nivel de estudios del paciente.

No creo que sorprenda a nadie, pero pienso que debemos hacer hincapié y poner de relieve que los cuidadores son fundamentalmente mujeres. Ello ratifica que siguen siendo las mujeres las que asumen el cuidado de los enfermos, en general, y creo que no debemos cansarnos de poner este aspecto sobre la mesa y hacer una reflexión.

Otro tema que nos ha llamado la atención es que las personas se sienten mejor atendidas a partir de asociaciones y de la red de recursos públicos de rehabilitación. Sería importante definir en qué tramos de edad se les atiende. Por ejemplo, si son las personas mayores las que se sienten peor quizás es porque no hay apoyo y asistencia en este tramo de edad. Hablo por la comunidad de donde vengo, de Cataluña, donde no hay nada, solo medicación y descarga del seguimiento de estos pacientes en atención primaria.

Por último, en referencia a que las personas afectadas por estas dolencias viven, de promedio, veinte años menos, echo en falta que no se describen las causas de mortalidad. Una de ellas, intuyo que importante, es el suicidio, y no se menciona.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señora Sibina.
Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Tremiño.

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: Muchas gracias, señora presidenta.

Gracias, querido presidente de Salud Mental España, querido Nel, por habernos expuesto hoy en esta Comisión las necesidades, de las que he tomado buena nota, de las personas con enfermedad mental. Quiero pedir disculpas porque estoy un poco afónico, aunque creo que el que no esté al cien por cien en mi salud va a ser beneficioso, porque voy a ser menos beligerante con lo que han dicho otros portavoces con relación a las necesidades.

Querido Nel, no te voy a hacer ninguna pregunta sino que voy a adquirir un compromiso, un compromiso del Partido Popular y del Gobierno por todos y cada uno de los puntos que has ido comentando, de los que he tomado buena nota.

Sobre la tasa de empleo, tenemos un 14,3 % frente al 28 % en el resto de las discapacidades y un 85 % de desempleo. A pesar del crecimiento del empleo de personas con discapacidad en los últimos años, algo inédito y que todos debemos aplaudir, es verdad que estas cifras no han repercutido en el empleo de personas con enfermedad mental. Como tú sabes, presidente, he trabajado codo con codo con personas, compañeros de trabajo, con problemas de salud mental y sé de la capacidad que estas tienen para trabajar. Sin embargo, como siempre he dicho y aquí reitero, las personas con enfermedad mental tienen una doble discapacidad: la discapacidad en sí misma, por su enfermedad, y la del rechazo social que sufren, por el desconocimiento generalizado que hay entre la población sobre la salud mental. Por eso, nuestro compromiso para que las cifras sobre empleo de personas con problemas de salud mental se incrementen, igual que está sucediendo con respecto al resto de personas con discapacidad, que crece al ritmo de un 20 % anual. No se pueden quedar atrás, y para eso, evidentemente, tenemos que trabajar.

Con relación a la estrategia de salud mental, también quiero señalar el compromiso del Partido Popular y el del resto de partidos, como ya se ha expresado. Como todos sabemos, en el consejo territorial de abril de 2016 se llevó al Pleno la estrategia, que quedó paralizada por consejeros del Partido Socialista. Pueden decir que no les gustaba porque no estaba completa, pero también es verdad que previamente ya había sido validada en las comisiones de trabajo, por lo que no se entendió esa paralización. Yo te digo que el compromiso de este partido es el de seguir trabajando para que en los primeros meses del año que viene, de 2018, esté la nueva estrategia de salud mental 2018-2020, y además con ese enfoque multidisciplinar que has comentado, con atención y apoyo individualizado en el ámbito domiciliario a las personas con enfermedad mental, y trabajando la prevención, como también se ha comentado.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 9

Y, sobre todo, me ha llamado la atención algo muy importante, especialmente para la concienciación social, y es que la salud mental no depende de la debilidad de la persona. ¡Qué frase tan acertada, querido Nel! ¡Cómo se nota que trabajáis, evidentemente, y que trabajáis por las personas como ningún otro! Desde luego, cuenta con el apoyo del Partido Popular y creo que con el de todos. En mi etapa anterior en el Gobierno de España hice todo lo que pude —no yo, el ministerio—, además en un momento de crisis tan complicado, para incrementar el presupuesto con cargo al IRPF para Salud Mental España. Se incrementó en 900 000 euros en los últimos cinco años, entre 2012 y 2016, porque sabemos que el trabajo que hace Salud Mental España es fundamental para avanzar las personas con enfermedad mental.

Y con relación a las personas con esquizofrenia y los datos que ha dado el doctor, 400 000 afectados, siendo la tercera causa de discapacidad, y cuyos problemas son, fundamentalmente, por este orden: las necesidades afectivas, sentirse bien físicamente y el futuro, poder trabajar y estudiar, evidentemente, ahí nos vas a tener —te tuteo, perdóname—, codo con codo con vosotros, para trabajar y encontrar soluciones a los problemas; y creo que no solo al Grupo Popular, sino a todos los grupos presentes hoy en esta Comisión.

Antes de terminar, no quiero dejar pasar el momento de felicitar a Salud Mental España por la gran decisión que ha tomado, por el avance en cuanto a los verdaderos protagonistas, que son las personas con problemas de salud mental, incluyendo en los órganos colegiados de la federación, en los órganos de decisión a los verdaderos protagonistas que la mueven, que son las personas con discapacidad, con enfermedad mental. Sé que vais a tomar esa decisión —lo hemos estado hablando antes de empezar la sesión—, para que también las personas con enfermedad mental sean protagonistas reales en los órganos de decisión de vuestras organizaciones. Es un paso valiente y creo que no os equivocáis; todo lo contrario, vais a conseguir todavía más respeto por parte de todos los ciudadanos y, por ende, de los grupos políticos presentes en esta Cámara.

Muchas gracias. Y ahí nos tienes a tu disposición, querido presidente.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señor Tremiño.

Para contestar a las preguntas y los diferentes planteamientos de los distintos grupos, tienen un nuevo turno de palabra los comparecientes, que no sé si van a compartir. **(Asentimiento)**.

El señor **GONZÁLEZ ZAPIOCA** (Presidente de la Confederación Salud Mental España): Supongo que el doctor Arango dará contestación a aspectos más técnicos, que corresponden a un profesional.

Me gustan mucho las preguntas que hicieron todos ustedes.

En cuanto a los equipos, a si estamos considerando que hay que hacer una revolución y poner cientos de miles de profesionales, es un disparate. Efectivamente, sobre otras experiencias que hay por el entorno, me gustaría decir a los legisladores y legisladoras que las cosas se pueden hacer de una forma diferente, a veces usando el sentido común y a veces dando respuesta a la necesidad. Se pueden hacer las cosas de forma diferente y que ello suponga un respeto real a los derechos de las personas. Los equipos pueden ser como los de las experiencias que ya conocemos en Europa, dividiendo la población por un número determinado de personas. Una de las medidas terapéuticas que proponemos son los equipos multidisciplinarios, equipos multiprofesionales, para un determinado número de población. También tenemos experiencias de cómo se hace la asistencia en varios puntos del Estado, de cómo debe ser el apoyo familiar, con muy poca más dotación de personal, que no tienen por qué ser solo psiquiatras, sino psicólogos, auxiliares y, sobre todo, personal de enfermería. Y, efectivamente, se puede atender a la gente de una forma totalmente diferente.

En cuanto a la pregunta sobre el sistema penitenciario, es algo que hay que decir, y habría que decirlo a voces. En este país nuestro tenemos la desgracia de que los manicomios ahora son las cárceles. Por mi experiencia como presidente de la confederación, puedo afirmar que casi el 30 % de la población reclusa tiene un tratamiento psiquiátrico, y puedo dar ejemplos concretos. Hay cantidad de situaciones que no están adecuadamente enfocadas ni tratadas. La gente acaba en la prisión, cuando, en realidad, una persona con trastorno mental jamás debería estar en la cárcel. Deben existir y existen fórmulas alternativas para que eso sea así. Insisto, el 30 %. Visité a la médica jefa de la enfermería de Villabona —yo soy asturiano— y me dijo que consumía el sueldo de un enfermero y de un auxiliar en preparar la medicación psiquiátrica para 650 personas, y hablo de hace ocho años. La cárcel de Villabona tenía en aquel momento 1570, 1560 personas ingresadas. Entonces, era el 30 %, y sucede igual en todas las prisiones. Es un caso sangrante, que también hay que poner sobre la mesa.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 10

En cuanto al desempleo, me gustaría que todos ustedes fueran conscientes de que es imprescindible para cualquiera de nosotros pero también para una persona que tiene un trastorno mental que contemplar ese estadio final de acceso al empleo, que permita tener autonomía y participación en la vida económica, es lo más terapéutico. Todo el mundo necesita trabajar para acceder a lo mismo, pero mucho más una persona que tiene un problema de salud mental.

En cuanto a la estrategia, ¿qué modificaciones habría que hacer para dar una respuesta a las personas con problemas de salud mental? Son muchas y diversas, pero, sobre todo, creo que tienen que ver con un cambio en la actitud política en el tratamiento de la salud mental y tienen que ver también con un cambio social radical en cuanto a cómo percibimos y nos relacionamos con la enfermedad mental. Me gustaría poner en valor el nombre de la confederación que tengo el honor de presidir. No quiero hablar de enfermedad mental, quiero hablar de la salud mental, y esta es patrimonio de todos, todos tenemos derecho a ella. A una gente le falta más y a otra le falta menos, a una gente le falta más tarde y a otra, más pronto, pero la salud mental es algo envolvente, no es algo que toque a los demás. En nuestro entorno privado más íntimo y en el familiar más cercano, debemos ser conscientes de que la salud mental es algo que debemos defender cada uno de nosotros, porque es cosa de todos.

En cuanto al apoyo que decía Nacho Tremiño sobre las propuestas y demandas de salud mental, un ruego más al Gobierno y un ruego más a todos los legisladores y las legisladoras. La salud mental debe estar sobre la mesa no solo porque es una cuestión sobre derechos humanos, porque todos somos ciudadanos que tenemos derecho a la misma dignidad, sino porque supone un importantísimo ahorro para las arcas del Estado. No podemos consentir que, mientras que una gente se deteriora, no tiene vida y es echada a la cuneta, al margen, estamos gastando el dinero de todos los ciudadanos. Este es un argumento de peso que también debemos poner sobre la mesa.

Muchas gracias.

El señor **ARANGO LÓPEZ** (Director científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Cibersam): Voy a añadir algunos aspectos; el primero, en relación con la estrategia de salud mental. Creo que la mayor parte de las estrategias —seguro que si digo que todas me equivoco—, las que yo conozco sobre salud mental, pero sospecho que de otras patologías también, son cantos de sirena. ¿Cuánta gente, qué porcentaje de los indicadores de la estrategia previa se cumplieron o no? Lo he hecho, lo tengo, pongo el TIC y así ya digo que tengo una estrategia. No puedo estar más de acuerdo con usted cuando dice que debería ir acompañada de un presupuesto para poderse implementar, porque, si no, todavía hay más posibilidades de que sean cantos de sirena. Y muchas veces son estrategias que tienen que ver con aspectos no siempre técnicos, sino incluso políticos, y no voy a hablar de la estrategia nacional de salud mental, sino de distintas comunidades autónomas. Hay buenos y malos cardiólogos, buenos y malos oncólogos, buenos y malos psiquiatras. Entonces, que los coordinadores de las estrategias sean personas de reconocida adscripción a un partido o a otro es algo que creo que dice muy poco de muchas de esas estrategias de salud mental.

En cuanto a la psiquiatría infantojuvenil, no puedo estar más de acuerdo. Además, quiero agradecer aquí al doctor Igea que desde hace ya un tiempo ha manifestado un interés importante en el tema de la especialidad, que es una de las asignaturas pendientes de este país, el no tener la especialidad de psiquiatría infantojuvenil. La tuvimos en el año 2014, pero, como se anuló el real decreto sobre troncalidad, apareció y desapareció, como el Guadiana. Me consta que en el Ministerio de Sanidad están trabajando arduamente para volver a sacarla, y creo que debería salir antes mejor que más tarde. Al final, lo que está pasando es que los médicos internos residentes, los MIR de psiquiatría, salen al mercado laboral, salen a trabajar con cuatro meses de formación, y tienen que llevar consultas de patología infantojuvenil muy complicadas. Cuatro meses de formación créanme que no es suficiente, no es suficiente para ningún país europeo de nuestro entorno ni para ningún país avanzado y tampoco lo es en España. Por tanto, espero que cuanto antes salga de nuevo esa especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente.

Nos preguntaban por ratios de profesionales por habitantes y les voy a dar los datos concretos que tuvimos ocasión de publicar en el libro blanco de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente recientemente, a finales del año 2014. Se recomiendan 14,5 profesionales de psiquiatría y un número algo superior de psicólogos clínicos por cada 100 000 habitantes para ese segmento de población infantojuvenil. Pues bien, frente a ese 14,5, las discrepancias en España van desde 9,28 profesionales en el País Vasco y 6,26 en Navarra a 1,6 en Extremadura, es decir, hay una diferencia de cinco veces entre unas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 11

comunidades y otras, pasando por 6,42 en Cataluña, 2,48 en Galicia y 2,72 en Andalucía. Realmente, hay unas diferencias muy notables.

En cuanto al empleo protegido, ¿por qué pienso que aquí somos menos capaces de incorporar al mercado laboral a personas con discapacidad, en este caso concreto a personas con trastorno mental grave, esquizofrenia? Creo que tenemos la mentalidad del todo o nada, o bien se sirve para trabajar al cien por cien o no se trabaja. Si una azafata de vuelo se queda embarazada y, por tanto, no puede trabajar, no pasa a ser azafata de tierra; simplemente, no trabaja. Entonces, hay personas que pueden desarrollar su trabajo de la mejor manera que lo pueden hacer y eso para ellos es muy productivo, para la sociedad es muy productivo y para los familiares también. Y eso del todo o nada creo que nos hace mucho daño.

Sobre la falta de indicadores, algunos son muy crudos, como el porcentaje de personas con trastorno mental grave que trabajan. Otro es la media de esperanza de vida. ¿Cuál es la media de esperanza de vida de personas con esquizofrenia, trastorno bipolar o autismo en este país? Son realmente crudos. También son muy importantes otros, como la tasa de suicidios por patología mental, el porcentaje de personas sin tratamiento o el de listas de esperas. En la Comunidad de Madrid hay una lista de espera de seis meses para adolescentes con trastorno mental grave para poder ir a un hospital de día, un recurso intermedio. Evidentemente, durante esos seis meses están esperando en casa; ni van al colegio ni hacen nada más, esperan en casa a que haya un dispositivo para ellos.

En cuanto a la forma de reducir estigmas, hay muchas, pero una que creo que es muy importante es la que empieza en el propio profesional. Cuando estoy trabajando en mi hospital y pido una interconsulta al médico de medicina interna, viene y lo primero que hace es mirar hacia atrás porque tiene miedo de entrar en la planta de hospitalización de psiquiatría. Si somos capaces de formar a los propios profesionales de la sanidad, no solo a los médicos, en que las personas con trastorno mental no son más violentas que la población general y que muchos de esos estigmas hay que perderlos, probablemente ya estaremos haciendo algo importante.

El tema de la poca libertad creo que tiene que ver mucho con el paternalismo, es decir, todavía seguimos ejerciendo una medicina muy paternalista: yo sé lo que es bueno para ti. Es decir, muchas veces hay ingresos involuntarios o se llevan a cabo restricciones que no ayudan a nada, porque, al final, a corto plazo uno puede conseguir tratar a una persona en contra de su voluntad, pero a medio y largo plazo la pierde para siempre. Además, creo que estamos muy acostumbrados a una prevención terciaria, es decir, nos parapetamos en las camas. Y son necesarios muchos más recursos intermedios. Cuando las cosas van mal, el sistema responde, y responde muy bien, porque tiene las urgencias, las camas, etcétera. El problema está en esos estadios iniciales y en esas fases de prevención, ya sea primaria o secundaria, que es donde entiendo que hacemos más agua.

Agradezco las sugerencias que ha tenido para próximos estudios, donde incluiremos otras variables, como el nivel socioeconómico, etcétera. Algunas ya están, y se puede acceder de forma gratuita a los resultados generales, pero otras aún no figuran.

He escuchado decir que en Cataluña no hay nada. Yo traigo aquí el plan director de salud mental y adicciones de CatSalut publicado en julio de 2017, donde, sobre un presupuesto solo para el plan de hospitalización de más de trescientos millones, han aprobado una partida adicional de 70 millones de euros para el periodo 2017-2020. Ya les gustaría a otras comunidades autónomas, incluida la mía, tener ese presupuesto adicional.

Agradezco al señor Tremiño la ayuda que dice que va a prestar a las sociedades científicas y, en concreto, al mejor entendimiento de qué es lo que les pasa a las personas con esquizofrenia.

Muchas gracias.

El señor **GONZÁLEZ ZAPIOCA**: Solo quería añadir una frase, porque creo que es de justicia. La carga de la enfermedad mental en nuestro país está en la familia. Y contestando a lo que decía la señora diputada, esa carga familiar la llevan fundamentalmente las mujeres, madres y hermanas; fundamentalmente, las madres. Es de justicia que se diga cómo se están haciendo las cosas.

Gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias por su comparecencia en nombre de los miembros de la Comisión. Y hablaremos de salud mental, no de enfermedad mental. **(Pausa)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 12

— **DEL SEÑOR FUMADÓ, REPRESENTANTE NACIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL EN EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA, PARA VALORAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 219/000873).**

La señora **VICEPRESIDENTA**: Continuamos con la comparecencia del señor Fumadó, representante nacional de médicos de atención primaria rural en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, para valorar la atención primaria de salud.

Señor Fumadó, tiene la palabra.

El señor **FUMADÓ** (Representante nacional de médicos de atención primaria rural en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España): Gracias, señora presidenta.

Buenas tardes, señoras y señores diputados. En primer lugar, quiero agradecer en nombre de la organización a la que pertenecemos, la Organización Médica Colegial, la invitación que nos han hecho ustedes —muy especialmente a Amparo, que ha sido quien nos ha invitado—, para poder expresarles y exponerles en qué situación se encuentra la tan preciada atención primaria de salud que está agonizando y qué tratamientos hay que aplicar después de un exhaustivo estudio realizado por el grupo AP25, formado por médicos de la trinchera que estamos día a día en nuestros centros de salud urbanos o consultorios rurales y la mayoría con un recorrido profesional de más de treinta años.

Voy a empezar con el último artículo del blog AP25 del lector salmantino José Luis Garavís que dice que la voz de alarma ha sonado ya en demasiadas ocasiones, advirtiendo del riesgo de deterioro que acecha a nuestro modelo de atención primaria; un modelo que tanto esfuerzo ha costado desarrollar y que tan magníficos resultados ha obtenido en los cuidados de la salud de la población. La atención primaria lleva más de una década instalada en la parálisis y entre nosotros, los profesionales, cunde el desánimo. Sin embargo, nuestros políticos —ustedes— nos obsequian un día sí y otro también con un discurso autocomplaciente, que estoy seguro de que les sonará: Nuestro sistema sanitario es uno de los mejores del mundo —es verdad, es uno de los mejores del mundo— y la población parece también conforme con la asistencia que recibe porque concede a la atención primaria una buena valoración en las encuestas de opinión. Debo recordarles también, señorías, que ninguna conquista social es reversible y algunas debilidades, como la falta de apoyos políticos, una financiación insuficiente, el escaso nivel de participación en la toma de decisiones sobre la gestión de los centros de salud, un cierto desprestigio de la especialidad en la que intervienen, así como su escasa presencia en la universidad y el empeoramiento de las condiciones laborales y retributivas están conduciendo a la atención primaria de salud a una situación de crisis como modelo y al desánimo profesional.

Vamos ahora a explorar los problemas de la atención primaria. **(Apoya su intervención con una presentación en Power Point)**. Como podemos ver en esta diapositiva la atención primaria pierde porcentaje de inversión sanitaria pública en España desde el año 2011, estando en el año 2015 en un 14,2 %; si lo comparamos con la hospitalaria, vemos que está en el 62,4 %; también se puede ver que está por debajo del presupuesto de farmacia, que está en el 16,1 %. Estamos, por tanto, en farmacia en un 16,1 %, primaria en un 14,2 % y hospitalaria en un 62,4 %. Se ve mucho mejor en este gráfico. Aquí vemos en azul la inversión en hospitales, en rojo vemos la inversión en primaria y en verde la inversión de farmacia. Es cierto aquello que dice Juan Simó sobre la serpiente en su página web: Todo el mundo le quiere, pero nadie le apoya. Aquí vemos la gran diferencia que existe entre la inversión en atención especializada y la atención en primaria que va tirando hacia abajo.

Además, existen diferentes estudios que reflejan que hemos estado perdiendo en plazas médicas unos 10 000 puestos desde la crisis y unos 30 000 puestos de trabajo de enfermeros. Esto ha hecho que aumenten los contratos eventuales, con lo cual se produce la rotura del nexo de continuidad y longitudinalidad que son pilares fundamentales de la atención primaria. Según datos del ministerio el 38,8 % de los médicos de familia en España tienen cupos entre 1501 y 2000 personas asignadas, teniendo de media entre treinta y cuatro y cuarenta y cuatro consultas diarias y el 2 % con más de 2000 superarían las cuarenta y cuatro consultas de media diarias. Pero lo más importante es que con una estimación media de 1700 personas asignadas en el grupo de 1501 a 2000 y 2200 en el grupo de más de 2000, nos encontramos con más de veinte millones de personas afectadas, lo que supone más del 50 % de los casi cuarenta millones de habitantes en España.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 13

Para conseguir que los cupos máximos no superen los 1450 ciudadanos adscritos, en España se necesitaría ampliar la plantilla en 2202 médicos de familia adicionales. El coste de esta medida supondría unos 100 millones de euros al año. Si tenemos en cuenta los beneficios para los ciudadanos y la repercusión en el ahorro de otros niveles, como menos derivaciones a urgencias o ingresos hospitalarios, estoy seguro de que la medida sería muy eficiente.

La gran mayoría de los médicos españoles son empleados públicos, pero con unas características muy diferentes y específicas. En general, las retribuciones son las correspondientes al resto de empleados públicos del mismo nivel y grupo, pero sería necesario un planteamiento que contemple un modelo retributivo específico para el médico que tuviera en cuenta estas especiales características. Pocas profesiones o quizás ninguna tienen el nivel de exigencia de formación continua y permanente, que viene dada por la rápida evolución y mejora de la medicina que se produce día a día. Aquí los médicos que hacen guardias, que además son obligatorias, dedican parte de su tiempo de ocio y de la conciliación familiar a trabajar. ¿Pero qué ocurre? Que el sueldo que tienen de más está penalizado, porque cobran un poquito más del 50 % del trabajo que realizan. Dada esta situación entendemos que el médico que hace guardias es castigado. Sin embargo, pensamos que debería estar libre del IRPF, siguiendo las medidas que existen en otros países de nuestro entorno. Esta medida, entre otras, paliaría en parte el problema que tenemos actualmente con la falta de médicos.

En 2009 pidieron certificados de idoneidad para trabajar fuera de España 600 médicos; en los últimos cuatro años, 12 000 médicos han pedido este certificado para ir a trabajar fuera de España. ¿Por qué se van? Se van porque fuera existen mejores condiciones laborales. Además, son médicos que están muy preparados porque tenemos un sistema MIR de formación de especialidades que es un referente mundial de formación. Sin embargo, no tienen las mismas condiciones que en Suecia, Inglaterra u otros países y por eso nos van.

Por otra parte, en los tres últimos años hemos homologado 8300 títulos extracomunitarios, que representa un 10 % del total. Si la dinámica fuese esta, en los próximos diez años tendríamos 30 000 médicos extracomunitarios. ¿Cuál es el problema? El problema es que exigimos mucho a los estudiantes de bachillerato para entrar en las facultades de Medicina. Ellos son los mejores, pero si seguimos esta dinámica resultará que cuando terminen los estudiantes de ahora a lo mejor encuentran su silla ocupada por extracomunitarios. Por lo tanto, es un problema grave el que tenemos.

Asimismo, delante de nosotros tenemos que en los próximos ocho años habrá entre 50 000 y 60 000 jubilaciones. El problema se va agravando cada vez más. Nosotros estamos viendo también que no conseguimos que los graduados en Medicina, a pesar del esfuerzo que hacemos desde la Organización Médica Colegial con un programa que se llama Atención Primaria en la Universidad para tratar de convencer a los estudiantes de lo bonito que es ser médico de familia, se apunten al MIR y por tanto seremos los últimos MIR. Si nos fijamos en este cuadro, vemos que todos eligen Medicina de Familia a partir del número 5000. Si nos fijamos bien del 1 al 5000 hay 470 y del 5000 hasta el final hay 1301. ¿Qué quiere decir esto? Que la mayoría de los médicos que eligen el MIR de familia lo hacen porque no tienen ninguna otra opción. Le ven las orejas al lobo, ven las malas condiciones que tienen ahora y, además, el difícil futuro que viene por el tema de las jubilaciones. Por tanto, se está despilfarrando todo el potencial humano que tenemos de médicos bien preparados y además hay que tener en cuenta que cada médico MIR nos cuesta entre 200 000 y 300 000 euros. Por tanto, eso deberíamos hacérselo mirar.

En cuanto a la suficiencia financiera proponemos un avance del 0,1 % sobre el PIB en el presupuesto sanitario público entre los años 2017 y 2025 y dentro de este periodo un avance del 0,6 % anual en la participación de la atención primaria, hasta llegar al 19,6 % del presupuesto del año 2025, lo que equivaldría a un aumento de un 1,35 % del PIB. Sin una financiación adecuada, suficiente y equitativa de atención primaria, no se podrá hacer frente a los grandes retos del Sistema Nacional de Salud con eficiencia y calidad.

La feminización de la profesión es una realidad. De hecho en el año 2015 la medicina familiar y comunitaria fue elegida por el 73 % de las mujeres y en 2017 por un 71,8 %. Esta progresiva feminización de atención primaria debería servir de incentivo para lograr una mejora en las condiciones laborales. Una buena calidad de empleo y buenas condiciones de trabajo pueden facilitar mucho la conciliación: jornadas deslizantes, etcétera. Por tanto, nuestros esfuerzos deberían enfocarse hacia garantizar una plasticidad adaptativa en la aplicación de los objetivos que el equipo multiprofesional se haya fijado con la población que se le haya adscrito; desvincular los objetivos sanitarios de los enfoques políticos, adaptando los recursos económicos, de personal y de infraestructura, a los objetivos fijados por el equipo; y dotar a cada

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 14

profesional de los recursos precisos, tanto humanos como materiales, así como acceso a pruebas para lograr los objetivos fijados y aceptados por el mismo.

En cuanto a las unidades de gestión clínica actualmente los marcos normativos deben tender hacia una potenciación de la microgestión con capacidad autoorganizativa real, con un fortalecimiento práctico y adaptado al medio de la atención primaria basado en la flexibilidad y la legitimidad de este nivel asistencial, con total independencia de la duración de las legislaturas políticas o la caducidad de las actuaciones por la dependencia de la persona que dirija un ministerio, consejería u otra estructura jerárquica. Todo ello se debe de asociar a una periodicidad en la rendición de cuentas con un modelo de valoración previamente consensuado dentro del equipo asistencial. Quienes llevamos muchos años vemos pasar a multitud de gerentes y directores. Cada vez que llega uno nuevo hay cambios, cambios y cambios, pero esto no es bueno para el ciudadano.

Asimismo, tenemos que incrementar la capacidad resolutoria de la atención primaria. Esto es curioso porque un 80 % de los pacientes son atendidos por la atención primaria, con menos de un 20 % del presupuesto. Sin embargo, menos del 20 % de los pacientes atendidos en atención hospitalaria tienen un presupuesto que camina hacia el 80 %. Tenemos que revertir esta tendencia porque nuestro modelo de salud está basado en la atención hospitalaria. Es preciso que cambie de sentido y gire hacia la atención primaria. Debe dejar de ser un sistema hospitalocentrista, porque es mucho más caro —todos lo sabemos—. ¿Qué tenemos que hacer para revertir esta situación? Tener unos presupuestos suficientes y una mayor implicación en la gestión de personal de atención primaria; tener unos recursos humanos adecuados; hay que reducir la burocracia en consultas; tener un acceso a todas las pruebas diagnósticas; tenemos que mejorar la dotación material y tecnológica de los centros de salud, y mejorar la comunicación entre niveles asistenciales.

Para mejorar la continuidad y la comunicación entre niveles podemos servirnos de instrumentos como son los protocolos, las vías clínicas o la gestión por procesos —preferiblemente esta última—, consensuándolos entre niveles y aplicándolos a un entorno determinado sobre patologías prevalentes en el mismo y basándolos siempre en la mejor evidencia disponible. Con ello conseguimos mejorar al mismo tiempo que la comunicación, la calidad de la asistencia y la eficiencia, disminuyendo notablemente la variabilidad.

Por otro lado, tenemos un problema en la medicalización. Hay que usar siempre el principio de *primum non nocere*, es decir, no hacer daño de entrada. Es iluso plantearse desde la atención primaria detener la ola masiva de medicalización del malestar promovida desde el espectáculo mediático con el impulso de los promotores de tratamientos, dietas, actividades o productos diversos. Pero sería indigno no desarrollar acciones en los escenarios clínicos para minimizar su impacto o cuando menos no agravarlo, así como fomentar alianzas con los poderes públicos para reducir la exposición a estos factores irracionales.

Es prioritario avanzar en modelos basados en la promoción de la salud, reducción de las desigualdades, aumentar la prevención, así como la capacitación del individuo para el manejo de aquellos procesos que limitan su bienestar. Por ello, proponemos invertir en conocer y mejorar los determinantes de la salud, sin que ello suponga retirar recursos al sistema de asistencia que ya se encuentra infrafinanciado.

Cuando el avance de la investigación biomédica con la aparición de nuevas moléculas, dispositivos y tecnología supongan avances en la lucha contra enfermedades, el beneficio comercial no puede eclipsar los verdaderos beneficios clínicos para los pacientes, ni puede poner en peligro la viabilidad económica del Sistema Nacional de Salud. Por ello, instamos a revisar y reformar con urgencia el sistema de patentes en el sector salud para medicamentos y productos sanitarios, así como los criterios para su financiación. Todos conocemos el reciente problema que hemos tenido con el tratamiento de la hepatitis C, un tratamiento carísimo y ya todos sabemos cómo ha ido. Por tanto, se impone la necesidad de crear una agencia independiente de evaluación de tecnología sanitaria que evalúe los beneficios en salud de las terapias emergentes y determine su incorporación o no al catálogo de prestaciones. Para combatir la iatrogenia se precisa incorporar en los módulos de prescripción electrónica sistemas de detección de alergias, intolerancias, interacciones e incompatibilidades de los distintos fármacos que componen el plan terapéutico de cada paciente. Ustedes sabrán que tenemos diecisiete sistemas informáticos diferentes. Aunque en algunos sitios ya se trabaja en ello, sería interesante que se unificaran todos esos criterios. Aparte de esto pensamos que debería haber una sola historia clínica informatizada, aunque esto sería un poco más complicado.

Si nos fijamos en esta pirámide de población vemos cómo en la pirámide hay una inversión. A medida que van pasando los años —2014, 2029 y 2064—, se puede ver que estamos ante un cambio donde el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 15

vértice está abajo y la base está arriba. Por tanto, ahí aparece la cronicidad porque cada vez más tenemos pacientes de mayor edad. La transición pendiente de nuestro sistema sanitario, para dar respuesta al fenómeno de la cronicidad, requiere cambios organizativos, asistenciales y tecnológicos. La atención primaria debe ser el eje de la cronicidad. Se precisa una triple alianza entre administradores sanitarios, atención primaria y servicios de medicina interna de los hospitales de referencia que garantice la acción coordinada de cuidados, que garantice el abordaje de este asunto. Se precisa establecer un sistema de vías clínicas, de actuación conjunta, entre los dos niveles asistenciales para coordinar la asistencia del paciente frágil pluripatológico.

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación y la telemedicina deben jugar un papel fundamental para la coordinación de cuidados en el manejo y el seguimiento y control de los pacientes. Se precisa incorporar al paciente en su proceso de atención, potenciando el autocuidado mediante el conocimiento y adiestramiento en el manejo de su patología. La intervención comunitaria también es muy importante.

En la prevención cuaternaria prima el principio de *primum non nocere*, no hacer daño. Las autoridades sanitarias deben asumir y cumplir un compromiso de evitar la influencia comercial en la medicalización y medicamentación del malestar, así como en la publicidad engañosa y el fraude intervencionista en la salud. También deben evitar las campañas de presunta educación para la salud no basadas en la evidencia. En todas las actuaciones médicas preventivas, curativas y rehabilitadoras debemos de guiarnos por la mejor evidencia con sistemas de evaluación como Grade y contando siempre con el paciente.

Las nuevas tecnologías evidentemente van a cambiar la forma de ejercer la medicina y serán necesarios nuevos tipos de profesionales de la salud, pero el contacto directo con el paciente —esencia de la atención primaria— deberá permanecer inalterable. Podemos hacer la comunicación con las nuevas tecnologías como wasap o telegram, con todos los medios que tenemos actualmente. La telemedicina que incluye, entre otros, el telediagnóstico como la radiología, electrocardiograma, retinografía, dermatología, así como la teleconsulta y la videoconferencia nos permitirán la comunicación con el paciente y su entorno, que son de gran ayuda para el acceso y apoyo a profesionales que ejercen la medicina en regímenes más aislados. La historia clínica electrónica —como he dicho antes— debería ser uniformada y tener el apartado de intolerancias.

El desarrollo profesional continuo es importantísimo porque constituye una herramienta fundamental para el médico y es un elemento primordial de garantía para el ciudadano y seguridad en la atención de los pacientes, que ha de ser acreditado en el marco del ámbito profesional. La evaluación del desarrollo profesional continuo no será punitiva y consistirá en alcanzar unas competencias y unos requisitos previamente definidos, que en el caso de no alcanzarse deben ir asociados a un programa de mejora. El proceso de validación periódica de la colegiación y recertificación debe ser comprensible y voluntario, con unos requisitos mínimos de fácil implementación en las primeras fases, con carácter periódico cada seis años, que no sea punitivo, con un programa asociado de mejora, basado en los indicadores previamente definidos, con un peso significativo en la práctica clínica y que sea asimilable a procesos internacionalmente reconocidos.

Es necesaria también la puesta en marcha de estructuras investigadoras en la red para la atención primaria para poder abrir nuevas líneas de trabajo y la creación de alianzas intercentros, así como estructuras estables y servicios de apoyo al investigador en metodología de investigación y conocimiento estadístico. La creación de departamentos universitarios de atención primaria podría ejercer un importante estímulo, señalando las líneas de investigación prioritarias, promoviendo la formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la atención primaria.

Por otra parte, la formación universitaria en España minusvalora el perfil del profesional de atención primaria. Por cierto, hace poco ha habido unas encuestas en Inglaterra que demuestran que los tutores de los estudiantes de medicina les influyen porque hablan mal de la atención primaria —un 25 %— y también porque lo estimulaban poco. Pensamos que el futuro pasa necesariamente por la instauración de la asignatura obligatoria de medicina familiar y comunitaria en todas las universidades; la inclusión de la medicina familiar y comunitaria en el catálogo de áreas del conocimiento de la universidad española; la creación de departamentos de medicina familiar y comunitaria y atención primaria específicos en todas las facultades de Medicina integrados por médicos de familia.

Voy terminando, presidenta. Tenemos que hacer política basada en la evidencia. Esta es una reflexión que tenemos que hacernos todos nosotros. En la actualización del programa de estabilidad del Reino de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 16

España vemos que el porcentaje de inversión en sanidad va bajando y hasta 2009 sigue bajando al 5,4 %. Nos tenemos que preguntar: ¿habrá más envejecimiento en los próximos tres años? Esto que cada uno responda lo que crea. ¿Seguirá aumentando el precio de las tecnologías e insumos y la intensidad de su uso? ¿El leve crecimiento económico estimulará la demanda de servicios médicos? ¿Los 0,50 puntos del PIB que llevamos recortados desde 2011 no requerirán recuperar inversiones y reponer personal amortizado? ¿Es razonable prever una bajada del gasto sanitario público de 0,21 puntos adicionales del PIB dedicado a la sanidad en 2019? Estas son preguntas que nos tenemos que hacer todos.

Quiero terminar —como la atención primaria es muy extensa cuesta un poco más exponer sus problemas— con una cita del que fuera el expresidente de esta Cámara, don Manuel Marín, que comentaba en una entrevista de Radio Nacional en la que decía que en España se hacen políticas cortoplacistas, políticas mirando al capó del coche, en vez de mirar hacia el horizonte. Señorías, creemos que ha llegado la hora del sentido común y la oportunidad del momento para dar soluciones sólidas que saquen a nuestra atención primaria de la UCI y mirando hacia el horizonte. Como viene Navidad, un poco más de jamón y chorizo: capítulo I y capítulo II.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Nos va a subir el colesterol.

El señor **FUMADÓ** (Representante nacional de médicos de atención primaria rural en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España): Si es de bellota, no.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Fumadó.

A continuación tomarán la palabra los portavoces de los grupos parlamentarios. En primer lugar, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Botejara.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Muchas gracias, a Josep y a todos los compañeros que le acompañan del Colegio de Médicos. Ha sido una intervención magnífica: no tendremos un Sistema Nacional de Salud de calidad, si no tenemos una atención primaria de calidad.

Aunque sucedió hace solo catorce días, creo que es importante recordar lo que pasó en la última Comisión de Sanidad. Mi grupo parlamentario presentó una proposición no de ley sobre la atención primaria. Era una proposición no de ley básica y simple para que fuera aprobada por todos los partidos políticos. En ella se contemplaba que habría que poner las medidas necesarias para que la atención primaria fuera realmente el eje del sistema y se garantizara una financiación concreta, un sueldo dentro de cada presupuesto de cada área de salud. Esto desató las iras del Partido Socialista que introdujo una enmienda en que lo que hacía era concretar el porcentaje en un 20 % del sueldo.

Nosotros estábamos totalmente de acuerdo en que el 20 % del presupuesto del área de salud correspondiente debería de ser un sueldo para atención primaria. Nosotros aceptamos la enmienda, pero lamentablemente fue rechazada por Ciudadanos, aunque yo me esforcé en explicarles que no se trata ya de dinero contante sino de recursos. Hay recursos que son de atención primaria, como la prevención primaria, que están en las consultas de los hospitales. Muchas veces es más reorganizar los recursos que hay, que otra cosa. Como he comentado antes fue rechazada la enmienda. En el fondo, y también en la superficie, es lógico porque ya conocemos que en la Comunidad de Madrid la atención primaria es un obstáculo para que el negocio de la entidad privada haga caja. A Ciudadanos, que también conocemos cuál es su filosofía que es financiación pública y la provisión privada, tampoco le apasiona la atención primaria.

Quería formularle dos preguntas al compareciente. Ante la falta de planificación del ministerio a la necesidad de médicos en atención primaria, fundamentalmente en el medio rural, ¿qué medidas más prioritarias consideran que habría que tomar? La segunda pregunta es si sería necesario o bueno que nuestros profesionales que están en una formación posgraduada pasaran a rotar por los equipos de atención primaria.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Botejara.

No veo a nadie del Grupo Mixto. **(Pausa)**. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 17

El señor **IGEA ARISQUETA**: No vamos a entrar en repetir una discusión. He de decir que sí que me ha llamado la atención que la Sociedad Española de Medicina General y sus representantes que están hoy aquí sean mucho menos ambiciosos, que la enmienda que proponía el Partido Socialista que planteaba un 20 %. Aquí se ha dicho un 19 % en el año 2025, que es algo bastante más razonable. De todas maneras, como dijimos en su día, este Parlamento no puede fijar los porcentajes de gasto de atención primaria porque es algo que corresponde a las comunidades autónomas. Está mal que esto lo diga yo, que soy el supuesto centralista de esta banda, porque si de algo nos acusan a diario es de centralismo.

No me gustaría repetir el mismo debate ni insistir en que porcentajes de atención primaria del 12,84 %, del 12,36 %, del 12,27 %, del 12,59 % los hay en comunidades populares y socialistas indistintamente. Las comunidades que más gastan en primaria —una de ellas es Castilla y León, de donde yo vengo— lo hacen obligadas por un territorio desértico y una población dispersa que hacen, como bien sabéis, que se tengan que mantener centros con muy pocas plantillas. Esa es una de las preguntas que queríamos hacer. Habéis dicho bien que no superan los cupos de mil quinientos, pero habría que saber qué estamos dispuestos a hacer para redistribuir en los sitios en los que hay cupos mucho más bajos, en los que a veces hay que enfrentarse a decisiones de política local, a alcaldes que no quieren que se retire un consultorio, etcétera. A veces la política —no ha sido nuestro caso porque no hemos tenido responsabilidad ejecutiva, pero sí lo hemos comentado— se ve sola ante el peligro, no se ve respaldada por las sociedades científicas o de medicina familiar en una toma de decisiones que en ocasiones es polémica, que es reubicar las zonas, redimensionar los centros de salud. Creo que eso es importante.

Para nosotros también es importante conocer su postura sobre un aspecto fundamental, que se va a tratar con posterioridad, y creo que hoy es un día muy a propósito para hacer esta pregunta, que es qué hacemos con la pediatría en la atención primaria. A lo largo de este mes vamos a solicitar en todas las comunidades autónomas un mapa de recursos de pediatría en atención primaria para saber qué centros cuentan con pediatra, cuáles no y a qué distancia están. Lo que es evidente es que habrá que definir, por eso me gustaría conocer su opinión, si hace falta pediatra o no. Una de las dos cosas tiene que ser cierta: o hace falta o no hace falta. Hay que definirse, porque no solo nos toca definirnos a los políticos. Si hace falta, habrá que tomar las medidas que sean necesarias para proporcionar ese servicio.

Ha hablado del modelo retributivo. Bien sabe Dios que este es un tema importante, porque efectivamente en los últimos cuatro años se han ido de este país tres mil médicos al año y puede que a la privada se hayan ido otros tantos, primaria especializada, indistintamente. Creo que ha llegado el momento de que este país se plantee si su sistema, no solo retributivo, sino el estatutario, es el adecuado a la profesión o no. Un sistema que se diseñó para dar seguridad, estabilidad, incentivos y buenas retribuciones, ni da seguridad, ni da estabilidad, ni da incentivos ni da buenas retribuciones. Quizá sea el momento de plantearse este sistema. Me gustaría escuchar su opinión acerca de las unidades de gestión clínica, de la incentivación por resultados dentro de los centros de salud, y si vamos a mantener, creo que sí —en principio nuestra opinión es que sí— que son los centros de salud los que deben liderar, de acuerdo con nuestro modelo, la atención primaria, si deben estar gestionados autónomamente y si debemos llegar a un acuerdo sobre cómo incentivamos a todos los profesionales que trabajan en ella, de acuerdo a qué parámetros y si este es el modelo que se propone o no.

Me ha parecido muy interesante el asunto de suspender el IRPF en el concepto de guardias. No sé si se sabe qué impacto económico supondría esto. Si existe el estudio, me gustaría conocerlo; en caso contrario, habrá que hacer el cálculo. Somos partidarios de revertir —quiero que quede claro— el continuo descenso del porcentaje de la tarta de atención primaria. Estamos muy de acuerdo en que el hospitalocentrismo ha sido el veneno del sistema y sigue siéndolo. En este país unos y otros se han dedicado a ganar elecciones haciendo hospitales, porque en muchos casos la política sanitaria ha sido puramente de ladrillo sanitario, y hay ejemplos en las comunidades de un lado y del otro. Podríamos hablar de hospitales como el de Toledo o como el de Vigo y de despropósitos de toda clase y condición.

Me ha parecido muy atinada la reflexión acerca del sistema de fijación de precios y del desastre que ha supuesto la gestión —hablo del desastre económico, no clínico, porque son dos cosas diferentes— de la crisis de la hepatitis C. Es una posición que comparto. Desde nuestro punto de vista, no ha sido un modelo eficaz de gestión económica. Por esa razón quisiéramos saber su posición acerca de un cambio en el sistema de fijación de precios de las novedades terapéuticas, es decir, que vaya a un sistema de fijación de precio por valor, parecido al que tienen otros países en Europa, que para nosotros es esencial si queremos mantener la sostenibilidad del sistema, pero que exige el compromiso de los partidos políticos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 18

de empezar a poner nombre y precio a las cosas: qué vale una novedad, qué vale un mes de vida de un español. Al fin y al cabo esto es de lo que vamos a hablar.

Ha hecho unas reflexiones sobre la telemedicina con las que estoy muy de acuerdo. Es verdad que hay que potenciar, sobre todo en comunidades desérticas como la mía, la telemedicina y la gestión a distancia. Nosotros vamos a trabajar para ello. También ha hablado sobre la pirámide poblacional...

La señora **VICEPRESIDENTA**: Señor Igea, tiene que ir terminando.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Termino en dos segundos.

...que es un tema que tiene que ver con la geriatría, y detrás de usted viene el presidente de la Sociedad Española de Geriatría. Me gustaría saber cuál es el papel de la geriatría y de la medicina de familia con una población envejecida, mayoritariamente por encima de los sesenta y cinco años...

La señora **VICEPRESIDENTA**: Señor Igea, es que además hemos puesto tarde el reloj, lo que quiere decir que se ha pasado mucho del tiempo.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señor Igea.
Tiene la palabra la señora Alconchel.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Muchas gracias.

En primer lugar, quiero agradecer su comparecencia y la exposición que ha hecho sobre un tema que realmente nos apasiona. El Grupo Socialista está muy encima de la realidad de la atención primaria, de las necesidades y de la involución que ha ido sufriendo en estos años de crisis. La verdad es que siempre decimos que la atención primaria es la piedra angular del sistema sanitario, y tenemos claro que con una atención primaria que tenga calidad asistencial, que sea eficaz, que sea eficiente, que aporte satisfacción a los pacientes se va a mejorar el sistema en su conjunto. Por eso pensamos que es el eje central para garantizar la universalidad, la equidad, la atención longitudinal, integral y, sobre todo, para aportar esa calidad que tiene que repercutir, como digo, en todo el sistema sanitario. La verdad es que la crisis económica ha tenido un impacto muy negativo, como usted ha expresado, ha habido muchísimos recortes que han afectado al sistema sanitario en su conjunto, pero creemos que la atención primaria es la que ha sufrido el azote más fuerte. Además, se ha profundizado en esa brecha de financiación entre la atención primaria y la atención hospitalaria. Nos preocupa bastante la financiación, y no quiero entrar en el debate del que antes hemos hablado. De hecho, hemos solicitado que se reúna el consejo interterritorial para que las comunidades vean las necesidades reales de financiación y propongan, dentro del nuevo modelo de financiación autonómica, un sistema para que exista una dotación real. Queremos palpar la realidad y no escuchar cantos de sirena, queremos detectar cuáles son las verdaderas necesidades financieras para tener la atención primaria y el sistema sanitario que merecemos todos los ciudadanos y ciudadanas.

Nos importa mucho —nos ha llevado a presentar una proposición no de ley— el impacto económico de la crisis en la atención primaria, que no solo se ha traducido en unos resultados en cuanto a la escasez de recursos destinados, sino que creemos que ha afectado al propio sistema como garante de la igualdad y de la equidad, y que se han producido muchísimas más desigualdades de las que ya existían. Hemos presentado una proposición no de ley para que se estudie y que el Gobierno ponga negro sobre blanco cuál ha sido el impacto real de la crisis en términos de desigualdades reales, porque entendemos que la población se ha visto realmente afectada por esos recortes. Sin embargo, tenemos que decir que, al final, la ciudadanía defiende la sanidad pública frente a la privada, incluso en esta época de crisis ha incrementado la valoración de la sanidad pública respecto a la privada. Vemos que ese es el camino, que la ciudadanía es sabia y sabe perfectamente que si los recursos públicos son gestionados desde lo público se obtienen unos resultados más eficientes en salud.

Me gustaría, aunque ya nos ha presentado el nuevo marco dentro de la atención primaria, que nos hiciera una pequeña valoración de ese marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España 2007-2012. Quisiéramos saber cómo valoran la falta de ejecución, la posible evolución que haya habido o la involución que creemos que se ha producido. Muchos de los problemas que estaban diagnosticados entonces creemos que incluso han empeorado y otros se han quedado asentados.

Dentro del mayor conocimiento del medio que tienen los profesionales de atención primaria se presta una especial atención a la prevención y al cuidado de las personas con mayores necesidades. Ha hablado

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 19

de lo beneficiosa que sería una alianza con los poderes públicos para abordar la problemática, dentro del conocimiento que ustedes tienen y de las posibilidades para plantear medidas de prevención y promoción de la salud. Quisiera saber si detectan que hay facilidad para trabajar con las administraciones más cercanas a la hora de elaborar planes de salud en todas las políticas. Dentro de esa estrategia de salud en las políticas de salud pública, quisiera que nos dijera si las administraciones locales, que son las más cercanas, ayuntamientos, diputaciones, concejos vecinales, aprovechan suficientemente sus conocimientos profesionales a la hora de diseñar sus políticas. Me gustaría que me explicara si hay una concienciación real del potencial que existe a la hora de aprovechar la atención primaria para el diseño de los modelos de ciudades saludables en esa promoción de la salud pública.

Tenemos claro que la cronicidad obliga a mantener esos equipos multidisciplinares con agenda específica, de manera que pueda haber una atención integral a las personas. Tengo interés por conocer cómo valoran la posibilidad de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en el abordaje integral de los problemas de salud de las personas, si realmente por las circunstancias laborales, los recursos y la dispersión que pueda haber, más en el ámbito rural, existe esa posibilidad real de coordinación y de integrar el trabajo de los distintos profesionales a la hora de abordar la problemática de salud de la población.

Creemos que es necesario desarrollar la alta resolución diagnóstica y terapéutica en atención primaria. Es necesario hacer un esfuerzo en la actualización tecnológica, en el desarrollo de las nuevas tecnologías, también un programa de refuerzo de la capacidad de resolución de los equipos en atención primaria, que pensamos que es esencial a la hora de realizar el abordaje de la enfermedad y de evitar derivaciones innecesarias. Todo ello va a redundar en la efectividad de la labor que ustedes realizan y en una mayor satisfacción de los pacientes. Ha hecho hincapié en que esas nuevas tecnologías no deberían afectar a la cercanía que tienen los pacientes, porque favorece la adherencia a los tratamientos, a los medicamentos y es un valor que no debemos perder. Respecto a los cupos, parece que hay una mala planificación a la hora de asignar recursos a las necesidades de salud de la población. De ahí esos desfases en los cupos de los que ustedes hablan, aparte de la necesidad de personal.

Para terminar, tengo que decir que estamos totalmente de acuerdo en que es necesario un aumento de la plantilla, de la estabilidad y una mayor incentivación. Quisiera hacerle dos preguntas. ¿Cuál es el porcentaje de plazas MIR que suelen quedar vacantes en esta especialidad? ¿Qué piensa sobre la troncalidad? Me gustaría saber si conoce el dato porcentual de los especialistas de primaria que reorientan su especialización tras haber ejercido en la atención primaria.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Señora Alconchel, debe terminar.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Habría muchas preguntas que hacer, porque es un tema muy extenso.

Agradezco su intervención y las respuestas que nos aportará ahora.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señor Alconchel.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor De Arriba.

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Muchas gracias, señora presidenta.

Señorías, en primer lugar quiero sumarme a los agradecimientos por su presencia ante esta Comisión de Sanidad y felicitaros de antemano por el trabajo que desarrolláis durante las veinticuatro horas de todos los días del año. Siempre he dicho que en aquellos lugares donde hay mala cobertura de Internet llega un profesional de atención primaria y a las zonas en las que no se ven todos los canales de televisión llega un facultativo o un enfermero de familia. Muchas gracias.

En apenas unos minutos es francamente imposible entrar a valorar o profundizar en todos y cada uno de los temas que se han planteado, tanto por usted como por el resto de sus señorías. Creo, desde un punto de vista personal, que para garantizar la cobertura y el acceso universal a los servicios en condiciones de equidad para toda la población, el Sistema Nacional de Salud debe poner en valor la atención primaria. Solo respetando este concepto se posibilita una atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo. Las administraciones debemos buscar en todo momento una gestión adecuada en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, tratando de adaptar los recursos y la organización a la situación cambiante de la salud de la población. La actualización de la cartera de servicios ha permitido incorporar nuevas técnicas y procedimientos preventivos, diagnósticos y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 20

terapéuticos dentro de los diferentes ámbitos que engloba la práctica asistencial de la atención primaria. El envejecimiento de la población está conllevando un aumento de las enfermedades crónicas que supone una carga de las necesidades asistenciales, con un papel protagonista de la atención primaria. Debe existir una orientación real de la atención primaria hacia la cronicidad, dentro de la estrategia de atención al paciente crónico, para dar una respuesta adecuada a este problema. Asimismo, debemos orientar nuestro sistema sanitario hacia la mejora de las intervenciones en salud pública, que en atención primaria muchas veces es la gran olvidada, que sigue siendo uno de los ejes esenciales de la política sanitaria, y para ello deben desarrollarse actuaciones en protección y promoción de la salud, prevención de la enfermedad e información sanitaria.

Señorías, la sanidad debe ser una prioridad política con el objetivo de mantener nuestro modelo sanitario, pero también de mejorarlo. Creo que en sanidad no caben posiciones inmovilistas que solo pretendan mantener el *statu quo*. Se trata de un sector muy complejo y muy dinámico que requiere un esfuerzo permanente de mejora organizativa y de innovación. Quienes creemos en la sanidad pública tenemos la obligación de demostrar que es posible mejorarla en su funcionamiento, hacerla más eficiente y sostenible, manteniendo el modelo público. Tenemos que transitar hacia una organización más horizontal que alinee clínica y gestión y que facilite mayor grado de autonomía en la organización de su trabajo a los profesionales. Tenemos que centrar la organización en las necesidades de los pacientes. Debemos trabajar para que la relación entre niveles no sea de derivación, sino de continuidad. Todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial deben participar de forma coordinada. Adquiere aquí relevancia dotar de mayor capacidad de resolución a nuestros centros de salud, teniendo en cuenta en carácter global y longitudinal, como se ha dicho anteriormente, de la atención que presta a los usuarios de todas las edades en todos sus problemas de salud, y el acceso a todas las pruebas diagnósticas o la utilización de las TIC para desburocratizar nuestras consultas.

En relación con la financiación, partimos de la evidencia —corríjame si no es así— de que las administraciones —todas ellas— atribuyen a los servicios públicos esenciales o fundamentales una prioridad destacada que ponen de manifiesto al preservar más sus gastos que los de otras funciones. Procurar recursos suficientes y estables, con independencia de quién los vaya a gestionar, equivale a seguir un criterio de equidad. Este enfoque ayudaría a preservar el debate de las sospechas de que las posiciones están contaminadas por sentimientos centralizadores o descentralizadores y evitaría reclamaciones de agravio injustificadas. El indicador básico de necesidades de gasto sanitario que se utiliza en el modelo actual es una variable de población protegida por nuestro sistema ponderada por el nivel relativo de gasto sanitario que se observa en cada tramo de edad. La comisión de expertos para la revisión del modelo de financiación autonómica recomienda mantener este indicador, pero considera aconsejable actualizarlo periódicamente, revisando las ponderaciones asignadas a los distintos tramos de edad, y reforzar la cooperación y coordinación entre las distintas comunidades autónomas con el fin de maximizar el aprovechamiento de los recursos asignados al sistema sanitario. La sanidad es el servicio público más valorado por los ciudadanos y también es el más demandado. Así nos lo indica todos los años el barómetro sanitario. Pese a todos los pronunciamientos y debates políticos, hoy, desde mi punto de vista, sería un error entrar a valorar las diferencias entre las distintas comunidades autónomas.

La formación, tanto especializada como continuada, es esencial a lo largo de la vida de los profesionales y debemos facilitar su acceso a los profesionales de atención primaria y promover la investigación teniendo en cuenta las características propias de este nivel asistencial. La formación en atención primaria debe empezar —lo ha dicho de soslayo— en la universidad, que es importantísimo. Coincidimos en reclamar un espacio propio para la medicina familiar y comunitaria en nuestra universidad. Es más, nuestro grupo parlamentario está trabajando, en coordinación con los ministerios de Sanidad y Educación, para que se promueva la asignatura de medicina familiar y comunitaria en todas las facultades de medicina e impulsar que los médicos de familia y comunitaria puedan incorporarse de forma estable al cuerpo docente del grado de medicina e impartir dicha disciplina.

Desde el ministerio se han llevado a cabo distintas medidas en pro de la atención primaria. El pleno del consejo interterritorial, celebrado el pasado mes de noviembre, propuso, entre otras muchas cuestiones, identificar las especialidades deficitarias o plazas de difícil cobertura. Con posterioridad a ese consejo se ha creado el grupo de trabajo para estudiar soluciones a corto plazo que se plantearán en el próximo consejo del mes de enero, ante la necesidad de médicos, especialmente en zonas rurales alejadas o de difícil cobertura. Se va a realizar un nuevo estudio de necesidades de especialistas a finales de 2018, cuando el registro estatal de profesiones sanitarias esté completado. Se va a modificar el Real

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 21

Decreto 1146/2006 para incentivar la fijación de los especialistas en plazas de difícil cobertura o especialidades deficitarias. Se habló de otras cuestiones, por ejemplo, cómo van los trabajos del comité con respecto al baremo de daños derivados de la actividad sanitaria o de la creación de grupos de trabajo como el que tendrá que ver con la incorporación de nuevas medidas en materia de agresión a profesionales.

Una cosa es predicar y otra cosa es dar trigo. Todos deberíamos saber de quién son las competencias en materia sanitaria en nuestro país. Tras los años de crisis, y el esfuerzo realizado por todos vosotros para blindar el núcleo esencial de nuestra sanidad y sostener la sanidad pública, debemos trabajar, junto a todos los colectivos, para seguir mejorando, consensuando con profesionales, con sociedades científicas y con pacientes nuestro modelo organizativo.

Sin duda, quedan muchas cosas por hacer. Siempre hemos mostrado, y lo seguiremos haciendo, nuestra voluntad de diálogo para llegar a grandes acuerdos. Creo que juntos llegaremos más lejos; juntos hemos de seguir trabajando para preservar y mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud —que es verdad que es uno de los mejores del mundo— que es patrimonio de toda la sociedad y responsabilidad de todos nosotros, en el que la atención primaria creo que tiene que tener el protagonismo que realmente merece.

No quiero despedirme sin hacerle dos o tres preguntas.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Tiene que terminar, señor De Arriba.

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Es verdad que a los políticos y a las distintas administraciones regionales se nos llena muchas veces la boca con la puerta de entrada, la puerta de acceso, el primer nivel asistencial, el eje de nuestro sistema, etcétera. ¿Realmente piensa que nuestras administraciones, nuestros dirigentes creen en ello? Segundo, por defecto profesional siempre me ha llamado poderosamente la atención que se hable de determinadas cuestiones, en este caso de cupos. La gran heterogeneidad que hay en la gestión de las consultas en el día a día con similares cupos, de las mismas características...

La señora **VICEPRESIDENTA**: Señor De Arriba, tiene que terminar.

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Nada más. Le agradezco su presencia. **(Aplausos)**.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señor De Arriba.

Señor Fumadó, le corresponde ahora realizar una breve intervención para contestar a los grupos. Le agradezco de antemano el esfuerzo de síntesis que va a hacer.

El señor **FUMADÓ** (Representante nacional de médicos de atención primaria rural en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España): Gracias, señorías.

Creo que me tendrán que invitar varios días para tratar cada tema, porque la cuestión es tan extensa, tan integral que necesitaríamos mucho tiempo. Intentaré resumir todas las preguntas, y si me queda alguna por responder me lo vuelven a preguntar. La primera pregunta era por dónde pasan las soluciones para los actuales problemas que hay en atención primaria, por ejemplo, por qué los de posgrado escogen medicina familiar y comunitaria. Todo pasa por el presupuesto. Si os fijáis en esta tabla, vemos que en el año 1982 el presupuesto en primaria era el 20 % y hemos ido bajando hasta un 14,2 %. Esto tiene como consecuencia los problemas de las retribuciones y de falta de médicos. Los médicos, como he dicho antes, cuando terminan se van a otros países porque tienen más sueldo. Aquí, aparte de los recortes que se han producido en las plantillas desde que empezó la crisis, los cupos son elevados y los que salen de la facultad conocen que en nuestro sistema hay que trabajar mucho, pero sin la calidad con la que debería hacerse.

En cuanto a la pregunta de qué hacen los geriatras ante la cronicidad, pensamos que todo está demasiado atomizado, que hay demasiadas especialidades, demasiadas subespecialidades. Entendemos que el médico de familia es el que tiene que gestionar al paciente desde que nace hasta que se muere. El equipo de médico y enfermera debe ser quien lleve a los crónicos, porque seguro que sale más barato. Aplicando los protocolos y guías, y con la comunicación entre los dos niveles, seguro que, por ejemplo, los pacientes con insuficiencia cardíaca acudirían menos a urgencias hospitalarias por sus crisis. Los compañeros españoles han hecho estudios que demuestran que hay pacientes que van diez veces a urgencias, pero que cuando hay una buena comunicación entre el hospital y atención primaria, cuando el equipo sanitario educa a los cuidadores de estos pacientes y les dicen, por ejemplo, que los tienen que pesar cada día o cada semana y que cuando tienen un kilo o tres de más tienen que aumentar el diurético,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 22

se reducen un 7,8 % los ingresos en urgencias. Como esta hay muchas medidas. ¿Es lógico que los especialistas tengan consultas para diagnosticar cálculos renales o cálculos biliares? No es lógico. Esto tiene que estar diagnosticado en primaria. Los especialistas deben ser especialistas. El médico de primaria tiene que enviar a sus pacientes directamente al digestólogo o al urólogo para su intervención quirúrgica. Tenemos muy claro que con más inversión mejoramos la atención primaria y al final sale más barato, porque el médico de primaria abarca todas las especialidades y hoy en día salen muy bien preparados. Entendemos que debe ser el médico de primaria el que gestione al paciente crónico. Es un tema que nos tenemos que repensar, porque, al final, con tanta subespecialidad sale todo mucho más caro. Todo el mundo quiere meter la cuchara. Ya he dicho que debe ser el médico de primaria el que gestione la cronicidad.

Vacantes MIR. En los últimos años no hay vacantes MIR. Ha habido dos años en los que ha habido vacantes, no se han cubierto, pero en los últimos años se cubren todas las plazas. Lo que ocurre es que terminan el MIR y se van.

Pediatría. Está claro que si te puede tratar un pediatra, que es un especialista que se dedica a los niños, mucho mejor. Otra cuestión es lo que priorizamos. En el medio rural, que es mi ámbito y el de muchos compañeros, tenemos pediatra un día a la semana, o ninguno. La pediatría la vemos los médicos de siempre, los de toda la vida.

El doctor Igea también me ha preguntado por la reorganización de los consultorios locales. Vamos a ver, es verdad que en zonas aisladas todo es más caro; el correo, la sanidad, la escuela. Si en un pueblo con cinco niños ya ponen un maestro, entonces me pregunto ¿por qué no pueden poner un médico también? Puede ocurrir que cambiemos un médico por un chofer y un auxiliar de autobús, hay que hacer números y ver si sale más caro. Lo que no sería lógico es que en un pueblo con cinco niños haya un maestro y con cien habitantes no haya un médico. ¿Por qué hay que quitar al médico? Y luego habrá que valorar si quitamos al médico y ponemos un chofer y un auxiliar. Es la pregunta que dejo en el aire. Hay que tener en cuenta que España es un país eminentemente rural y existe la cultura del médico de pueblo. Dirán que es muy caro y, sinceramente, pienso que si reorganizamos el tema de los hospitales e invertimos en la atención primaria, nos saldrá todo más barato. En cuanto a los nuevos modelos de gestión, tengo clarísimo que la gestión debe realizarse en las unidades primarias, en los centros de salud. Es mucho más rentable que los médicos, que sabemos cómo tenemos que atender a nuestros pacientes, gestionemos nuestras agendas y no que nos las impongan. Somos partidarios de que nos den un presupuesto y gestionemos nuestras agendas y nuestros centros de salud. Es lógico porque es mejor la microgestión que la macrogestión, estoy convencido de que con ello obtendríamos resultados positivos en salud y en satisfacción de los profesionales.

Estoy de acuerdo con Amparo Botejara en que hay que aumentar los presupuestos hasta un 20 %. ¿Por qué no? Hace años reivindicábamos el 25 %, estamos en un 14,2 % y hay que reivindicar el 20 % por una cuestión de equidad interterritorial en el Estado español. Es decir, tenemos diecisiete autonomías, de acuerdo, pero pienso que ustedes son los que elaboran las leyes y debería ser de obligado cumplimiento que el 20 % del presupuesto de cada autonomía se dedicara a atención primaria. Esto es lo que nosotros defendemos por un principio de equidad interterritorial. Creo que es posible, desde mi punto de vista no puede ser que tengamos un país con diecisiete autonomías y unas apliquen el 12 %, otras el 15 % y otras el 20 %. En todas las autonomías se debe aplicar universalmente el 20 % del presupuesto dedicado a atención primaria. Esto se puede hacer como principio de equidad interterritorial. Nosotros lo entendemos así, no sé cómo lo entenderán ustedes como legisladores, lo desconozco. El ciudadano y nosotros pedimos que haya esta equidad interterritorial. Es lógico, se terminarían los problemas de la falta de médicos y aumentaría clarísimamente la eficiencia del sistema. Nosotros vemos este aumento hasta el 20 % no como un gasto, sino como una inversión en salud, una inversión económica. Por otro lado, en los años venideros creo que no tendremos médicos o los que tengamos serán extracomunitarios. Este es un tema que tenemos que repensar o estudiar y tomar medidas urgentes ya. Llevamos años con este discurso de la falta de médicos y la situación difícil en la que nos encontramos, pero, claro, también hay que ver el grado de exigencia a nuestros estudiantes de bachillerato, que tienen las mejores notas, van a las facultades y resulta que cuando terminen, posiblemente no podrán trabajar porque su silla estará ocupada. Es más, por ejemplo, en el MIR los españoles que suspenden la primera vez son el 2,8 %, mientras que los estudiantes extracomunitarios que suspenden están en torno al 36 %. O sea, hay una diferencia de preparación que existe, es real, y se ve en la prueba del MIR. Por tanto, nosotros les pedimos más inversión para mejorar todos los aspectos que hemos planteado hoy aquí.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 23

Por otra parte, claro que hay que mejorar la medicina preventiva, es fundamental porque la prevención de la enfermedad se hace en atención primaria; conocemos a nuestros pacientes, los vemos de una forma integral, como debe ser, pero evidentemente con un cupo de 2200 es casi imposible. En consecuencia, hay que aumentar las plantillas para mejorar la calidad de la atención y poder hacer medicina preventiva. Es necesario preparar los equipos, algo que se hizo en su día y una parte de las funciones del médico y la enfermera eran las charlas comunitarias. Hay que preparar, por ejemplo, a los cuidadores de nuestros pacientes con Alzheimer, enfermedad que cada día va en aumento. Hay que formar a todos los cuidadores en general porque un buen cuidador es fundamental. Se puede hacer prevención, se puede hacer todo, pero hace falta dinero, esto es clarísimo. No sé si he respondido a todas las preguntas, si no, ya les digo, me vuelven a invitar.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Fumadó. Está claro que la atención primaria da para mucho.

— **DEL SEÑOR LÓPEZ TRIGO, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, PARA PRESENTAR PROPUESTAS Y SUGERENCIAS A FAVOR DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS MAYORES. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 219/000629).**

La señora **VICEPRESIDENTA**: Pasamos a la siguiente comparecencia y agradecemos su presencia en esta Comisión al señor López Trigo, Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tiene la palabra.

El señor **LÓPEZ TRIGO** (Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología): Muchas gracias, señora presidenta.

Señorías, en primer lugar, en nombre de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, agradezco al Grupo Parlamentario Popular haber sido invitado a esta comparecencia y a ustedes su amable atención, para hablar a propósito del envejecimiento activo, de propuestas para modular el envejecimiento patológico y, en resumen, de la atención a las personas mayores. **(Apoya su intervención con una presentación en Power Point)**. La agenda de la comparecencia es la que pueden ver y comenzaré centrándome en algunos aspectos o consideraciones sociodemográficas, si bien entiendo que el compareciente anterior —al que agradezco que me haya permitido correr el turno de la intervención e incorporarme posteriormente— ya ha dado algunos datos al respecto.

Simplemente centraré el tema en el porcentaje de personas mayores que hay en nuestro país, actualmente el 18,7 %; porcentaje que va *in crescendo* y que se prevé que alcance casi un 35 % en el año 2066. Si mantenemos las actuales tendencias demográficas, España va a ir perdiendo algo más de medio millón de habitantes en los próximos quince años, y se calcula que para el final de las proyecciones que nos ha ofrecido el año pasado el Instituto Nacional de Estadística llegaremos hasta una pérdida de 5,4 millones de personas, pero con algo muy interesante e importante desde el punto de vista de la proyección enfocada a la atención al envejecimiento: decrece la población general y aumenta el número de personas mayores. En la comparecencia anterior se aludía a la modificación de lo que hasta ahora llamábamos pirámides de población, que han dejado de serlo y están perdiendo esa forma geométrica para adquirir otra muy del tipo de la que pueden ver aquí. Observamos sombreada en color naranja la situación actual de la población española, con un amplio ensanchamiento en las edades medias de la vida, con un ensanchamiento hacia las edades finales de la vida y un decremento en las edades más jóvenes. En este mapa, que yo me permito llamar termodemográfico, vemos en función de la intensidad del color, desde las zonas rojas hasta las zonas anaranjadas, los porcentajes de población de sesenta y cinco y más años por municipios y zonas geográficas en nuestro país. A medida que nos acercamos más al rojo, mayor proporción de personas mayores de sesenta y cinco años. En el rojo más intenso pueden ver zonas de población de sesenta y cinco y más años, fundamentalmente Castilla y León, Galicia y algunas zonas de Extremadura y del Alto Aragón, con porcentajes del 40 %.

Si importantes son los porcentajes de población, no es menos importante qué edad esperamos alcanzar desde el nacimiento, cuál es la esperanza de vida al nacimiento. Y esa esperanza de vida, como ustedes conocen, señorías, se sitúa para los hombres alrededor de los ochenta años y para las mujeres en los ochenta y cinco años. Pero si yo tuviera que hacer análisis de futuro sobre el envejecimiento o

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 24

sobre la atención a personas mayores, me preocuparía mucho más qué esperanza de vida tiene una persona que en nuestro país es oficialmente mayor; es decir, qué esperanza de vida alcanza la población española a partir de los sesenta y cinco años. Y como pueden ver, esta esperanza de vida se sitúa alrededor de los veinte años en los hombres y alrededor de veintitrés años en las mujeres. Es decir, una mujer que hoy cumple sesenta y cinco años tiene una esperanza media de vida de veintitrés años más, con lo cual va a pasar de los ochenta y ocho. Y si importante es este hecho, lo trascendental es en qué condiciones llegan las personas a cumplir más años. En este diagrama de Solomon pueden ver cómo se modifica en los últimos años la esperanza de vida en estado de buena salud tanto en hombres como en mujeres. Y asistimos a dos hechos curiosos: por un lado, un incremento del porcentaje de mujeres y de hombres que llegan con buena salud a edades avanzadas de la vida y, por otro, la pérdida brusca de ese estado de buena salud en edades avanzadas de la vida, haciendo buena esa hipótesis de la compresión de la morbilidad que ya emitiera Fries en los años ochenta del siglo pasado, con la que nos venía a indicar que vivimos más años, pero a costa de vivir los últimos años de nuestra vida en situación de discapacidad. De este brevísimo análisis sociodemográfico me permito extraer una primera conclusión: asistimos a un crecimiento del envejecimiento poblacional en términos relativos muy importante, con un peso creciente frente a un peso relativo menor en las edades más jóvenes de la vida. Y con otro hecho trascendental, ¿qué es lo que mantiene creciente continuamente la tasa de envejecimiento? No llegan más personas a sesenta y cinco años, sino que viven más por encima de los ochenta años, con lo cual estamos asistiendo a un fenómeno de sobre-envejecimiento o envejecimiento del envejecimiento. Un fenómeno que posiblemente se dispare cuando aquellos que somos de la generación del *baby boom*, a partir del 2024 comencemos oficialmente a incorporarnos al mundo de las personas sin actividad laboral por jubilación.

Estos cambios sociodemográficos hacen que existan nuevos perfiles, nuevas necesidades, y que se modifique el estatus y las necesidades de las personas mayores. Junto a estos cambios en los perfiles sociodemográficos se producen cambios en los perfiles sociales, en la estructura familiar y en la estructura de cuidados; en las necesidades y en las nuevas metas que se fijan las personas mayores; el hecho de la reclusión en muchos casos de la persona mayor en el domicilio, la limitación de recursos, y otro largo etcétera que luego iré desglosando. También hay cambios en los perfiles sanitarios, hemos hecho la vida más larga, pero no más ancha; la hemos estrechado al final de la misma. Aumentan todas esas patologías crónicas degenerativas o invalidantes que dan lugar a la dependencia, fundamentalmente enfermedades neurodegenerativas, degenerativas o vasculares. Se han cronificado patologías que hasta hace muy poco eran mortales de necesidad a partir del diagnóstico. Yo suelo hablar de cronificación de patologías tan emblemáticas como el sida. Cuando este que les habla comenzó a ejercer, el tiempo medio de vida de una persona desde el diagnóstico de sida en su hospital hasta el fallecimiento era 2,7 años. Actualmente hemos conseguido que el sida sea una enfermedad crónica que va evolucionando, las personas mueren con sida, pero por fortuna no mueren de sida. También hemos pasado de la enfermedad única, grande e invalidante a la multimorbilidad. Y me permito recordar que esto no es solo propio de personas mayores, sino que el 25 % de los mayores de cuarenta años en nuestro país tienen al menos una enfermedad crónica; proceso de la cronicidad que supone en conjunto un 70 % del gasto sanitario. Y como otro cambio en el perfil —y aquí los profesionales tendremos que ponernos la mano en el pecho— el nihilismo, el imputar a la edad cosas que no son propias, dejar pasar como propios de la edad auténticos problemas de salud de otro tipo. Se incrementa continuamente el volumen de personas con dependencia, ya lo he comentado a propósito del aumento demográfico de la población mayor. Nuestra atención actual no se adecua a lo que demanda la persona. Existen escasos desarrollos de programas de envejecimiento activo, escaso desarrollo de atención a pacientes crónicos mayores y multimórbidos, recursos rígidos y, sobre todo, inflexibles, que nunca se adaptan a las personas, queremos que las personas se adapten al sistema. Por fortuna, otro de los perfiles que se modifica es el advenimiento de nuevos derechos sociales para la persona, desde la promulgación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia hasta los nuevos marcos de actuación. Y otro hecho característico de cara a planificar cuidados es que ha cambiado el perfil del cuidador familiar. La ratio de apoyo familiar, que es esa relación que establecemos entre personas mayores de sesenta años —potencialmente las que más cuidados van a precisar— por cada cien personas de entre cuarenta y cinco y sesenta y cuatro años —potencialmente aquellas personas que más van a cuidar—, se ha disparado; hay menos personas en esos grupos de edad y más personas que demandan cuidados. Por lo tanto, hay una tendencia a que desaparezca el cuidador familiar tradicional. Y eso que en España, tal como pueden ver en ese gráfico

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 25

—las manchas rojas corresponden al cuidado prodigado por la mujer como cuidador principal, la mancha azul corresponde al cuidado por hombre— se sigue cuidando en femenino y singular.

Si me permiten, como segunda conclusión, nos encontramos ante una situación nueva en la historia de los grupos poblacionales: son grupos poblacionales nuevos, muy mayores, con nuevos perfiles y nuevas necesidades, en muchos casos aún no satisfechas completamente. Esas nuevas necesidades se explican por la modificación que sufrimos cuando envejecemos y con las bases que se establecen para que nuestro envejecimiento pueda ser considerado saludable, que vienen por un lado de la herencia que recibimos, de la genética, que por cierto no importa más del 28 % o el 30 % en cómo vamos a envejecer, y el 70 % restante vienen a ocuparlo nuestras características personales y la influencia del entorno. Así, si seguimos los modelos de trayectoria de envejecimiento saludable se marcan tres tipos muy distintos: en líneas azules y con la letra A pueden ver lo que llamamos trayectorias óptimas, lo que todos quisiéramos para nosotros y para los nuestros; es decir, mantener una capacidad funcional muy buena hasta el final de la vida y que decaiga bruscamente cuando llega el último momento. Un segundo modelo es el que llamamos de trayectorias interrumpidas. Vamos envejeciendo, no hay grandes pérdidas de capacidades, pero ante un hecho concreto, imagínense una fractura de cadera, un ictus, se pierde la capacidad funcional bruscamente y pueden ocurrir dos cosas: que haya una recuperación —lo verán punteado en amarillo— hacia esa evolución óptima de una trayectoria de envejecimiento, o bien siga disminuyendo continuamente a partir de esa primera pérdida brusca. Por último, existe un tercer modelo que es el de pérdidas continuadas de nuestra capacidad intrínseca, es decir, lo que la biología hace con nosotros, más nuestra capacidad funcional —el entorno modifica nuestra capacidad biológica— que se va perdiendo bruscamente. Este es el ejemplo clásico que siguen patologías neurodegenerativas como las enfermedades de Parkinson o Alzheimer. Desafortunadamente, en nuestro país envejecemos con modelos tipo B y C en la mayoría de los casos.

Ante esto la Organización Mundial de la Salud, en un informe sobre envejecimiento y salud publicado a finales de septiembre de 2015, nos marca cuáles deben ser los pasos a seguir para lograr el envejecimiento saludable. De inicio nos advierte que necesitamos cambios sistémicos. Hemos generado magníficos sistemas de atención para enfermedades y procesos agudos, y estamos atendiendo procesos que no son agudos y que están desplazados de su sitio. Por lo tanto, estamos trabajando de forma compartimentada, no estamos adecuando lo que hacemos a lo que necesitan las personas, y esto además supone una pérdida de efectividad y una elevación de costos. Asistimos realmente a una mayor demanda de servicios de atención continuada; pero existen más obstáculos para el uso de estos servicios y hay una mala adaptación de los mismos; no existe coordinación, mientras sigamos poniendo lo de socio-sanitario no estaremos coordinándonos en la atención que necesitan las personas; no tenemos todavía todas las personas preparadas de forma específica que deber prodigar esa atención; estamos discriminando por edad en muchos casos, luego entraré en alguno de ellos; y mientras no hagamos esa reformulación, el impacto económico del envejecimiento de la población en los sistemas de salud no será bueno. Por lo tanto, como les indicaba anteriormente, estamos ante cambios en los roles y posiciones sociales, ante un grupo de personas mayores que en su conjunto tienen menos metas, pero más importantes, que quieren utilizar las nuevas tecnologías para compensar pérdidas de algunas habilidades. Y esas metas, prioridades o motivaciones también debieran cambiar porque incluso hay muchos estudios que nos indican que con el paso del tiempo vamos siendo algo menos materialistas y más trascendentes; luego la importancia de esas metas se pondrá por delante de muchas cosas. Por tanto, como tercera de las conclusiones me permito expresar que necesitamos nuevas metas para nuevas personas mayores, una respuesta sólida desde la salud pública al envejecimiento. En la comparecencia anterior se hablaba de prevención y nunca es tarde para prevenir. Muchas veces la respuesta no requiere prevenir porque, por desgracia, ocurren las cosas, pero podemos reforzar la recuperación, la adaptación, el crecimiento psicosocial.

¿Y cuál es la situación actualmente en nuestro país? Pues tenemos un gran reto con la revolución que sufre la longevidad desde lo social, desde lo epidemiológico, desde el punto de vista de la salud. Un reto que pasa por potenciar, promover y hacer efectivo el envejecimiento activo y saludable, por ganar en salud; por hacer enfoques positivos incluso en la atención a la cronicidad; por analizar los nuevos roles y los nuevos actores, los nuevos profesionales con los que todos debemos trabajar; por los cambios en las formas de enfermar de la población; por hacer una adecuada gestión tanto del envejecimiento como de las patologías que les afectan. Patologías —se ha hablado de cronicidad en la comparecencia anterior— que están absolutamente enfocadas hacia las personas de más edad. En este gráfico pueden ver cómo el número de procesos crónicos que afectan a una persona se dispara en función de su edad. Por otro

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 26

lado, la calidad de vida percibida por las personas no en cuanto a enfermedades, sino en cuanto a las dificultades que producen esas enfermedades respecto a la movilidad, a la complejidad del autocuidado, a no poder hacer actividades o sufrir dolor o malestar, también se dispara exponencialmente en función de la edad de las personas. Otro hecho que nos visita y del que no conocíamos mucho es la fragilidad entendida como antesala de la dependencia. Una fragilidad que, por fortuna, es reversible si ponemos remedio a tiempo; es decir, si hay un adecuado diagnóstico y un adecuado plan terapéutico que, por cierto, es bien sencillo y barato. Si no lo hacemos las personas a las que atendemos, nuestros mayores, sobrepasarán las ya importantísimas cifras relacionadas con la dependencia. La dependencia funcional en nuestro país afecta —son datos de la encuesta europea de salud, concretamente del grupo de datos que se exporta desde España— casi al 21 % de los mayores, más a mujeres que a hombres, y en actividades tan esenciales como asearse, vestirse, sentarse o levantarse. Como verán, desde la geriatría no hablamos tanto de enfermedades como de discapacidad, de limitación funcional o impacto de la enfermedad. Este es el mapa actual de la dependencia en España. En color más oscuro aquellas comunidades donde existe mayor tasa de dependientes. Nos encontramos ante unos nuevos actores que demandan entre el 70 y el 75 % de la dedicación de los sistemas de cuidados, con multimorbilidad, con cinco o más condiciones crónicas de media padecidas, personas generalmente mayores de setenta y cinco años que tienen deterioros funcionales y alto riesgo de dependencia, si es que no la están padeciendo ya. Son personas que no se benefician del manejo clásico del sistema de salud, y para las que lo esencial es evitar el impacto funcional que produce la enfermedad. Además, suponen un aumento de la presión sobre los sistemas de salud, que no se diseñaron precisamente para atenderlas. Son personas que exigen una atención integral e integrada, centrada en la persona y basada en la interdisciplinariedad, como proponemos desde la geriatría. Geriatría que, por cierto, si me lo permiten diré que está muy poco y desigualmente representada en nuestro país. Este es el mapa asistencial geriátrico donde existen unidades hospitalarias. Me permito indicar que no hay unidades fuera de los hospitales y es una de las cosas que al final, si ustedes me lo permiten, demandaré.

Por tanto, la cuarta conclusión es que atendemos a personas que enferman de una manera distinta, de una forma nueva, con un impacto alto en su capacidad funcional. Son personas que no se benefician de una atención clásica, sino que se van a beneficiar de la necesaria reformulación que hagamos para ellos. Indiscutiblemente, la mejor forma de prevenir, retrasar o modificar la pérdida de capacidad funcional viene de la mano de la promoción del envejecimiento activo. Llegados a este punto me gustaría ofrecerles una cifra que consideramos de absoluto impacto: si consiguiéramos con medidas de estimulación física y cognitiva retrasar cinco años la aparición de síntomas en la demencia —no estoy diciendo eliminar la demencia, sino retrasar cinco años sus síntomas de aparición—, bajaríamos la prevalencia al 50 %.

Para intentar ser escrupuloso con el tiempo que amablemente me concede la presidenta, en el último apartado haré algunas propuestas de nuestra sociedad, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Una sociedad científica que cumple en mayo del próximo año setenta años, que tiene más de 2500 socios, de carácter multidisciplinar, aglutina a catorce orientaciones profesionales distintas, y que tiene entre sus objetivos esos que ven ustedes ahí, de los que yo siempre me quedo con promover la calidad de vida de las personas mayores. Quiero hacer un apunte sobre la geriatría como especialidad médica. Ya se ha aludido a ello en la comparecencia anterior y ahora, si me lo permiten, en mi doble condición de médico de familia y de geriatra, me gustaría explicar que no todo se puede hacer desde la atención primaria. Sí se pueden hacer la inmensa mayoría de las cosas y los profesionales deben ser apoyados por diversos especialistas, aquí estamos nosotros para echar un cable encantados. Somos una especialidad que está en el Real Decreto de 1978, como el resto de especialidades, que hace el MIR desde el año 1979, y que aproximadamente cuenta con 1250 médicos en nuestro país. No les digo la ratio y no la comparo con otros países porque me voy a sonrojar tanto como con esos mapas que les he ido enseñando. Evidentemente, hay una sincronía entre los crecimientos poblacionales y sus necesidades. Los geriatras no defendemos atender a todas las personas mayores, Dios nos libre, sino solo a aquellas especialmente complejas, a aquellas personas que son frágiles y echar una mano a otras especialidades cuando sean pacientes en los que podamos aportar alguna cosa. Esa asimetría viene de la mano de que solo existen setenta y dos plazas de formación cada año, y con una desigual implantación en las comunidades autónomas, como luego si me lo permiten les comentaré.

¿Qué propone nuestra sociedad? ¿Cuáles son nuestros puntos de partida hacia el envejecimiento saludable activo o exitoso? ¿Qué pensamos de la capacidad funcional, qué entendemos por bienestar y cómo nos gustaría potenciar la resiliencia? Las personas con discapacidad pueden envejecer

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 27

saludablemente y deben hacerlo si somos capaces de ayudarlas. Pero, claro, hablar por y para las personas mayores sin las personas mayores, no parece que sea muy lógico. He traído las conclusiones de los cuatro grandes estudios que hay en el mundo sobre qué desean las personas mayores, qué quieren hacer. Primero, tener un rol o identidad que no se pierda con el paso del tiempo, tener capacidad para crear y mantener relaciones sociales, posibilidad de disfrutar, ser autónomos en cuanto a la capacidad para tomar sus propias decisiones, sentirse seguros en todos los ámbitos de la vida, potenciar su crecimiento personal y contribuir a la sociedad y a la familia. En definitiva, están pidiéndonos un mundo amigable con las personas mayores. Y un mundo amigable que debe partir de la heterogeneidad, el colectivo más heterogéneo que existe es el de las personas mayores. Estarán de acuerdo conmigo en que hay personas con setenta y ocho años que hacen catorce ochomiles, como Carlos Soria, y personas con sesenta y ocho o setenta que las pobres no pueden valerse por sí mismas. También debemos ocuparnos de las inequidades que subyacen entre tanta diversidad. Hay que romper los estereotipos discriminatorios por motivos de edad. Debemos preocuparnos de empoderar a las personas, tener en cuenta los entornos donde viven y donde, además, quieren vivir, quieren envejecer dentro de su comunidad. Y concebir la salud en el sentido de trayectoria vital de funcionamiento como marca la Organización Mundial de la Salud, que además nos recomienda que vayamos desarrollando todas nuestras acciones en función de las capacidades y sus pérdidas; que hagamos programas de prevención cuando las capacidades son altas y programas paliativos cuando las capacidades se han perdido, tal como pueden ver en ese gráfico.

Nosotros nos manejamos con una serie de documentos base que pueden ver en esta tediosa diapositiva, pero que vienen a recoger desde los derechos sociales de las personas mayores hasta los últimos informes sobre el envejecimiento. Entendemos que para un marco adecuado de acción sobre el envejecimiento activo hemos de tener en cuenta la diversidad, y la única forma es centrarnos en el trabajo, centrarnos en las personas. Hemos de reducir la inequidad, garantizar el derecho a elegir y propiciar el envejecimiento en la comunidad. Para eso proponemos diez puntos: en primer lugar, optimizar esas trayectorias de capacidad intrínseca a las que aludía al principio de la intervención, por un lado, con políticas destinadas a promover el envejecimiento activo y, por otro, con políticas dedicadas a la prevención del envejecimiento patológico. Entre las primeras tenemos los programas de desarrollo de hábitos saludables, de alimentación, de nutrición, de ejercicio físico orientado. No recomendamos a las personas mayores que hagan deporte, digámosles qué deporte o ejercicio le viene bien a cada uno porque el ejercicio, igual que la dieta o los fármacos, se prescribe. Estas políticas destinadas al envejecimiento activo, por supuesto, incluyen el mejorar y propiciar las relaciones sociales, que las personas intervengan en la gestión de su propio envejecimiento, la existencia de relaciones intergeneracionales. Muchas personas mayores quieren trabajar, cooperar y formarse. Todo eso va a ayudar a mejorar y a modificar los estereotipos. Además, queremos promocionar y promover el buen trato a las personas mayores. Y para prevenir el envejecimiento patológico hay que desarrollar, como hace nuestra sociedad, programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular, promover la detección precoz y el tratamiento de la fragilidad tanto física como cognitiva para evitar situaciones de dependencia, y el abordaje de la soledad que, por cierto, es el primer problema que manifiestan las personas mayores en las encuestas de salud. No hablan de la artrosis ni de la hipertensión ni del ictus, sino de la soledad. Hay que desarrollar programas de inmunoprevención o de intervención precoz ante pérdida de capacidades. Evidentemente, esto viene de la mano de adaptar las intervenciones a las personas y a sus niveles de capacidad. Se deben implementar modelos de atención integral y centrada en las personas mayores, apoyando el envejecimiento en la comunidad donde se ha vivido, apoyando de forma sistemática el autocuidado, suministrando servicios con una infraestructura sociosanitaria adecuada a las personas mayores. Y al mismo tiempo, hay que transformar los equipos de trabajo, que esa falta de coordinación que ponemos entre guiones desaparezca y trabajemos por y para las personas, sin importar de donde dependa uno. Evidentemente, debemos apoyarnos en sistemas de información de salud y de ciber salud, lo llamamos sistemas *e-health*, y garantizar que los productos médicos y tecnológicos lleguen a las personas mayores, que no haya criterios de discriminatorios por edad. Si quieren, luego podemos profundizar un poco en ello.

Por otro lado, hay que adaptar los sistemas de salud ofreciendo una atención integrada. Nosotros proponemos integrar al geriatra y a los gerontólogos en los equipos que atienden a las personas donde están mayoritariamente y donde quieren estar, que es en la comunidad, es decir, en la atención primaria. Y máxime en aquellos sitios donde están, si me permiten la expresión, más dejados de la mano de Dios, incluso del hombre, como sucede en el medio rural. Promovemos la consultoría, los niveles de consultoría y de relación entre la institución y el hospital, precisamente para evitar el ingreso hospitalario. La persona

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 28

mayor quiere y debe estar en el medio comunitario todo el tiempo que pueda, cuanto más tiempo mejor. Si bien no somos partidarios del modelo hospitalocentrista, sí hay muchas personas que necesitan acudir al hospital, y ahí el geriatra ha demostrado, con altísimos niveles de evidencia, poder participar en equipos de ortogeriatría, apoyar a otras cirugías y a otras especialidades médicas. También apoyamos su intervención en la atención a la cronicidad, y no sé si en la gestión o no, porque a mí muchas veces me da susto —se lo dice un médico— que los médicos gestionemos. Los gestores deben ser gestores, si el médico se ha formado específicamente para gestionar, bien, pero si no, no me parece buena idea gestionar la cronicidad. Yo personalmente creo que no sería un buen gestor, sería un buen atendedor de pacientes crónicos porque para eso me he formado. No podemos hablar de cronicidad sin hablar de pacientes mayores porque me permito recordarles que más del 90 %, exactamente el 93,8 %, de las personas con criterios de cronicidad en nuestro país son mayores. Y esto pasa por dos necesarias premisas: en primer lugar, incluir la formación de la geriatría y la gerontología en el nivel universitario de todos los profesionales que luego se van a dedicar a la atención de las personas mayores. El 70 % de las consultas de atención primaria son de personas mayores. Y solo el 5 % de los médicos que se forman en nuestro país tienen opción a una asignatura que se llama geriatría y que, además, es de libre configuración, con lo cual no la cursan precisamente todos. Y en segundo lugar, adecuar el número de plazas de formación especializada tanto en enfermería como en medicina a las necesidades reales de nuestro país. Hay que modificar la inercia que existe en nuestro sistema de salud; en vez de curar hablar de cuidar a las personas mayores; en vez de diagnóstico de enfermedad hablar de impacto de la misma en la función; en vez de supervivencia hablar de calidad de vida y metas de las personas. Debemos coordinarnos, formarnos y apoyar a otros profesionales, como venimos haciendo —ahí tienen ejemplos de algunos de los profesionales con los que hacemos formación conjunta—, y formar y apoyar a las personas cuidadoras. Nosotros no solo lo decimos, sino que lo hacemos. Por nuestro programa de formación de personas cuidadoras en el ámbito familiar han pasado 28 000 personas en los dos últimos años.

En definitiva, nuestros objetivos son mejorar la calidad de vida y promover ese envejecimiento activo. Debo indicarles que todas las actuaciones que proponemos demuestran ser eficaces, eficientes, y están apoyadas absolutamente por altos grados de evidencia. Hay que evitar la desigualdad que pueden sufrir las personas mayores por no tener asistencia especializada por razón de domicilio u otras circunstancias. En nuestro país hay dos comunidades autónomas que no incluyen la atención especializada en geriatría —no hablo solo de medicina, sino de medicina y enfermería—, que son País Vasco y Andalucía y no quieren oír hablar de ello. Entendemos que es una forma de discriminar a las personas mayores. Solo así podremos ir de la mano de esos objetivos estratégicos que nos propone la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, que nos recomienda modificar sistemas, crear entornos adaptados, armonizar sistemas, fomentar sistemas sostenibles y equitativos y mejorar los sistemas de medición, seguimiento e investigación. Finalmente, en el último documento que publicó la Organización Mundial de la Salud hace escasamente tres semanas, nos dicen cómo hacer para implementar estos cambios; con valoraciones integrales y planes de cuidados, con toma de decisiones compartidas, fijando metas comunes con las personas a las que atendemos, estableciendo referencias y monitorizando y ayudando a las personas en su recorrido, y comprometiéndonos a trabajar con la comunidad y apoyando a los cuidadores.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señor López Trigo.

A continuación, tomarán la palabra los portavoces de los diferentes grupos. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Navarro.

La señora **NAVARRO LACOB**A: Muchas gracias, señora presidenta.

Muy buenas tardes. En primer lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, yo quería agradecer a la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología que hayan aceptado la invitación para comparecer ante esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. Les damos la bienvenida a esta su casa. Antes de desmenuzar la interesante intervención y las ricas aportaciones que nos ha hecho, quería felicitarle por dos hechos fundamentales que usted ha pasado de soslayo: en primer lugar, porque van a cumplir casi setenta años de vida, con lo cual ustedes ya también superan la media de nuestros mayores y de lo que podría considerarse como la tercera edad. Han pasado ya setenta años desde que entre sus socios fundadores figurase el doctor Gregorio Marañón, al que esta tarde queríamos hacer una referencia como uno de sus fundadores. Han sido años de estudio, de investigación, dedicados a los mayores desde un área clínica, biológica, pero también desde las ciencias sociales y ciencias del comportamiento. Esto es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 29

fundamental en el momento en el que nos encontramos, donde la integración sociosanitaria debe ser un reto, pero sobre todo es una necesidad de primer orden porque la esperanza de vida aumenta. En España ya es una realidad y, además, superamos la media europea. Como usted bien ha dicho, los españoles entre hombres y mujeres superamos hoy los ochenta y tres años frente a la media europea que se sitúa en ochenta años. Además, tenemos ocho millones y medio de españoles que son mayores de sesenta y cinco años. Yo tenía el dato de que en 2050 el 40 % de la población en España superará esa edad, pero usted me ha dado mayor esperanza porque ha dicho que solo será 34,6 %. En fin, en segundo lugar le felicito no solo por esos años de experiencia y de trayectoria, sino también por todos los socios con los que cuentan, más de 2500, como usted ha dicho, que forman la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y que, curiosamente, no son solo médicos de atención primaria y geriatras, sino también economistas, geógrafos o arquitectos, lo cual permite abordar las necesidades de nuestros mayores desde un punto de vista multidisciplinar que es precisamente uno de sus objetivos.

Del informe que ha venido a esbozar esta tarde a lo largo de su extensa intervención, me he quedado con una parte de su reflexión. Si bien comúnmente se dice que hay que dar años a la vida, ahora toca dar salud a los años; vivir más y vivir mejor. Y ello con el objetivo, que usted ha señalado tanto en su informe como en el de la Organización Mundial de la Salud sobre envejecimiento saludable, de ir encaminados a que los setenta años de hoy sean los sesenta de antes. Hoy no lo podemos decir, pero tenemos que trabajar para conseguirlo. De todas las medidas que usted apunta me quedo con una de sus conclusiones; todas estas medidas requieren la inversión de recursos, pero una buena inversión en el futuro de la sociedad permitirá un futuro que ofrezca a las personas mayores una mayor libertad de llevar una vida que las generaciones anteriores o las actuales nunca hubieran imaginado para las generaciones posteriores. Además, su mensaje es optimista, el envejecimiento de la población puede verse como una nueva y buena oportunidad para la sociedad, y evitar así esa faceta de discriminación, que ha dicho que constituye la tercera forma que tiene la sociedad de ver a los mayores por detrás del racismo, etcétera.

También ha señalado que el sistema hoy no solo tiene que buscar curar, sino cuidar de nuestros mayores. Para ello se basan fundamentalmente en dos cosas: en una atención integral de las personas mayores centrada en sus necesidades, y en políticas que tiendan al largo plazo para crear entornos adaptados a las personas mayores. Ha apuntado que otra de las principales características de las personas mayores es la diversidad, que se debe no solo a causas genéticas, sino fundamentalmente al entorno en el que viven y a la vida que hayan llevado, a sus hábitos de vida. De ahí que haya que enfocar la política a corregir esas inequidades a las que puede dar lugar el sistema, como consecuencia de la diversidad de las personas mayores. Por eso hay que reforzar el sistema y que las personas mayores cuenten con un solo plan de salud que incluya todos los servicios, que el servicio se acerque a los mayores con atención domiciliaria y también comunitaria; que haya equipos de atención multidisciplinar y la inclusión de conocimientos en geriatría en todos los estudios de salud, así como un número de geriatras acorde a las necesidades de nuestra población mayor. En este sentido, quiero destacar que para el cuidado de calidad y profesional de los mayores, el Grupo Parlamentario Popular ya ha presentado una iniciativa, una proposición no de ley, para su debate en esta Comisión sobre la atención geriátrica a nuestros mayores.

Por otra parte, señalaba que habría que valorar los costes de inversión y el dividendo que se obtiene. Si no invertimos en la autonomía de nuestros mayores, son muchos los beneficios que perdemos. Por ejemplo, el informe de la Organización Mundial de la Salud hacía referencia a los gastos de consumo, sus impuestos y a otras actividades de valor económico. Yo quiero recordar que las personas mayores son una prioridad del Gobierno del Partido Popular, que trabaja por aumentar su bienestar, su autonomía y su calidad de vida a través, por ejemplo, del aumento de las pensiones por ley cada año, tras ser descongeladas, y promoviendo el envejecimiento saludable, por ejemplo, con un programa de turismo social y termalismo que genera 435 millones de euros y supone más de diez millones de pernотaciones.

Respecto a los modelos de atención a largo plazo a los que usted aludía, me voy a quedar con el enfoque de que esto puede fomentar la cohesión social porque debe basarse en una alianza con las familias, con la comunidad, con el sector privado y también con el tercer sector, que permita sobrellevar la responsabilidad del cuidado de los mayores. A tal efecto quiero destacar la contribución que se hace de más de 200 millones de euros en los últimos años a las entidades del tercer sector, con la solidaridad de todos los españoles mediante el 0,7 % del IRPF, una colaboración que ha sido continua. También he de mencionar la apuesta del Partido Popular por un cuidado de calidad para nuestros mayores, especialmente para los dependientes, porque se han profesionalizado los servicios de atención buscando calidad y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 30

umentando también la salida profesional de muchas personas que, como usted bien ha apuntado hasta ahora solo eran mujeres. Hoy constituye una salida profesional y tenemos más de 700 000 personas dadas de alta en la Seguridad Social por la prestación de estos servicios profesionales. Sin duda, esta atención a largo plazo pasa también por ponderar a nuestros mayores, hacerles partícipes de este modelo de atención, además de fomentar la libertad de decisión en cada momento. Por ello es necesaria la integración sociosanitaria en esta atención a largo plazo, mecanismos de coordinación —a los que ha hecho referencia— entre los servicios de atención a largo plazo y los servicios de salud. Hay que destacar que el Gobierno ya está trabajando en una estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud con las comunidades autónomas, para la creación de un marco de atención sociosanitaria con el que afrontar estas necesidades.

Quiero hacerle dos preguntas. En primer lugar, qué opina sobre la corriente hoy mayoritaria —que seguramente ustedes no comparten— de que el envejecimiento de la población puede dar lugar a un gasto sanitario insostenible. Me gustaría saber qué puntos no comparten de esta afirmación que realiza una parte de la sociedad y de las asociaciones implicadas. Y en segundo lugar, le pregunto qué aportan las nuevas tecnologías para un mejor conocimiento de los datos sobre las personas mayores, que pueda permitir avanzar en la comorbilidad a la que usted hacía referencia en las patologías crónicas. Seguro que con estas nuevas tecnologías y los datos que se obtengan se puede ahorrar también en el sistema sanitario.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Navarro.
Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señora presidenta.

Muchas gracias por su intervención porque creo que ha sido bastante clarificadora. Yo quisiera hacerle algunas preguntas concretas porque, efectivamente, en España hay 1250 geriatras y más de ocho millones de personas por encima de los sesenta y cinco años y, evidentemente, hay algunas cosas que podemos hacer y otras que no podemos hacer. Entonces, me gustaría intentar incorporar la prioridad en las cosas. Es decir, desde el punto de vista de la eficiencia del sistema, quisiera saber qué opina usted sobre dónde es más útil y con qué grado de prioridad colocar a los geriatras que tenemos dentro del sistema; desde su punto de vista qué cambios organizativos son necesarios para afrontar mejor el reto de la cronicidad y, sobre todo, de la cifra tan alta de población geriátrica con la que se va a enfrentar el sistema sanitario de este país. En este sentido, tenemos algún geriatra en el partido y son gente tenaz, como corresponde, y siempre discutimos la misma historia sobre las consultas abiertas de geriatría en los hospitales. Yo mantengo que con el número de geriatras que hay, por ejemplo, en mi comunidad, Castilla y León, esto es absolutamente inviable. Como bien sabemos, no hay nada peor en el sistema sanitario que colocar un cartel y generar expectativas que luego no se cumplen, porque se crean frustraciones y da lugar a listas de espera. Por eso creo que es importante saber los recursos que tenemos y cómo focalizarlos. Por otra parte, en su opinión, qué número de geriatras deberían formarse al año en este país para responder razonablemente a las expectativas que tenemos.

Una cosa que también me ha llamado la atención y que para nosotros es muy importante ha sido su referencia a promover el buen trato. Y me ha llamado la atención porque el buen trato no se promueve, se supone que es un derecho. Y digo esto porque una de las cosas que a nosotros nos preocupa, y que hemos traído aquí y a todas las comunidades autónomas —creo que también lo hemos hablado personalmente en alguna ocasión—, es la eliminación de las sujeciones en los centros geriátricos y en los centros donde viven personas de la tercera edad. En este país tenemos una tasa de sujeciones muy alta, muy por encima de lo que es aceptable, y una norma muy laxa. A pesar de que nosotros hemos instado proposiciones no de ley tanto en el Congreso como en las comunidades autónomas, no conseguimos que esto se valore en los concursos, que se mida de manera objetiva su efecto y el número de sujeciones que estamos eliminando.

A propósito de medir, ya sabe que esta es otra de nuestras manías, cuáles son los indicadores que nos permitirían saber que la atención geriátrica que estamos desarrollando en una comunidad o en otra es de mejor o peor calidad. Es decir, qué indicadores de dependencia, de salud o de la vida diaria podemos objetivar para tomar decisiones, que luego puedan ser evaluadas de acuerdo con los resultados que obtengamos con estos indicadores. Por último, en mi experiencia personal y profesional, si hay un sitio donde ha sido eficiente la geriatría, yo siempre lo digo, es cuando se produce eso que usted ha llamado el paso a la fragilidad. Las situaciones de fragilidad se atienden básicamente en las unidades de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 31

hospitalización en las que hay mayores, básicamente traumatología o medicina interna, ya que si un anciano tiene una fractura de cadera, los cambios en su expectativa de vida, de mortalidad y de complicaciones son absolutamente espectaculares. Me gustaría saber si tenemos datos objetivos para corroborar esta impresión personal; es decir, la extrema utilidad de la presencia de geriatras, por ejemplo, en unidades de traumatología, de cardiología o de neurología, donde los ancianos sufren ese episodio que les lleva a la dependencia.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Igea.

Por el Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Buenas tardes, señorías. Buenas tardes, don Antonio López Trigo, gracias al representante de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología que está esta tarde aquí con nosotros. Como ha explicado usted, tenemos un mapa de población envejecida con un porcentaje de un 18 % que será mayor en el futuro. Como bien ha comentado, la pregunta es en qué condiciones y cómo llegamos a esta edad avanzada. Esto sería lo importante y primordial. La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo —seguro que no le suena nada a nuevo— como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de la vida de las personas a medida que envejecemos. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social, y se centra en las personas y en la importancia de dar una imagen positiva o, por lo menos, acompañarla con una buena salud. Agradecemos su extensísima exposición y son de valorar sus referencias a algunos de los síndromes clínicos claves de la geriatría, así como a la esencia de la especialidad, los retos y sus propuestas. La geriatría integral es un estándar de la especialidad y valoramos todas las notas de rigor que han acompañado a su exposición y la mención de los estudios que se están llevando a cabo de manera científica. Lo ideal para evitar situaciones de dependencia es apoyar modelos de atención y cuidado integral, como bien ha dicho en su intervención, manteniendo la capacidad funcional hasta el final de nuestras vidas.

Otro aspecto en el que queremos incidir es en el abordaje de los problemas de las personas mayores y, sobre todo, de aquellas prácticas dirigidas a los profesionales para dar una mejor respuesta a los problemas más frecuentes de salud en la población de la tercera edad. Ustedes tienen un gran abanico de propuestas, en cuidados, investigación, formación, y desde las instituciones nos tendrán para apoyar aquellas dirigidas a mejorar la vida de nuestros mayores. Otra cosa es el modelo de incidencia y la responsabilidad que deben tener las instituciones y el Estado a la hora de procurar una buena atención primaria a la población, con la necesaria protección e inversión en el Sistema Nacional de Salud para seguir preservando y atendiendo a una buena parte de nuestra población, cuando ya se encuentra en esta franja que conocemos como tercera edad. Importante es también potenciar el modelo salubrista de promoción y prevención en todos los ámbitos de la salud, fomentando la visión de salud en todas las políticas públicas. Debemos tener en cuenta todos los aspectos y los efectos de la salud sobre la población, especialmente en nuestra población mayor. A nivel sanitario el sistema debe mantener la funcionalidad individual y social de las personas, y nuestra visión es la de un sistema con alto grado de integración sociosanitaria, que permita hacer frente a los problemas de salud del futuro con respuestas complejas y coordinadas, como también ha señalado usted en su intervención. En este sentido, creemos que la atención primaria es el eje fundamental del sistema, no solo desde el punto de vista de la curación, sino también de los cuidados y la gestión individualizada de los casos. Y acabaré formulándole una pregunta, ¿qué problemas de resistencias encuentran en general entre la gente mayor a la hora de valorar la colaboración en ámbitos de prevención de la salud?

Gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señora Bosaho.

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

La señora **RAMÓN UTRABO**: Muchas gracias, señora presidenta.

En primer lugar, nuestro agradecimiento, en mi nombre y en el del grupo al que represento, al señor López Trigo, presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, por su comparecencia esta tarde en esta Comisión, que creo que ha sido muy interesante e ilustrativa.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 32

Desde hace muchos años en el Grupo Socialista hemos entendido la necesidad de llevar a cabo una política específica dirigida al colectivo de mayores, que, como usted mismo decía en su intervención, dé respuesta a la realidad social y a las necesidades que nos plantean en el día a día y, desde luego, enfocada a mejorar su calidad de vida y a recuperar un protagonismo activo que nuestros mayores deben tener en la sociedad actual. Esto es absolutamente necesario, porque, como también ha señalado usted, debemos tener en cuenta el incremento del número de personas mayores que forman parte de nuestra sociedad, porque, según datos del INE correspondientes al año 2016, los mayores de sesenta y cinco años suponen ya en nuestro país 8,7 millones de personas, es decir, el 18,7 % de la población. Pero, además, no solo por los datos que suponen a día de hoy, sino porque, como ha quedado de manifiesto, son un colectivo con tendencia a crecer.

También sabemos que la crisis económica ha tenido un impacto bastante importante en el colectivo de estas personas mayores, un colectivo que ha podido resistir mejor el impacto de la crisis, mejor que la población más joven, pero también sabemos que en no pocas ocasiones ha tenido que hacer frente al apoyo económico en su entorno familiar más cercano. Nuestros mayores se han erigido en un pilar básico para amortiguar las dificultades económicas de los miembros más jóvenes de su familia durante este periodo de crisis económica y, como todos sabemos, las pensiones se han convertido en un elemento de contención de las peores consecuencias de la crisis. Pero también es cierto que, mayoritariamente, ellos han sufrido los recortes en nuestro Estado de bienestar, tanto en sanidad, como en dependencia, fundamentalmente. El copago en dependencia, que puede llegar a cubrir el 90 % del valor de la prestación, la suspensión de la incorporación al sistema de dependencia, que, como todos sabemos, se produjo hasta el año 2015, el retraso también en el calendario de implantación de la propia ley, la eliminación de la cotización a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, el copago sanitario en prótesis, transporte sanitario, etcétera, son ejemplos de los muchos recortes a los que se han tenido que enfrentar nuestros mayores durante estos años.

Por supuesto, ha influido en el ámbito sanitario. Los mayores tienen unas necesidades específicas de atención de la sanidad pública que nos preocupan. Como ha quedado de manifiesto, es evidente la relación entre cronicidad y dependencia, y a este respecto me gustaría hacerle algunas preguntas concretas, porque también se ha hablado, aunque muy de pasada, del espacio sociosanitario, y los que hemos tenido oportunidad de escuchar en distintas ocasiones a la ministra de Sanidad en sus comparecencias sabemos que ha hecho muchas referencias a potenciar y a promover este espacio sociosanitario. Por eso, me gustaría saber qué opinión tiene usted sobre esta cuestión. También quisiera conocer si considera que hay una suficiente coordinación entre el ámbito social y el sanitario en la atención a nuestros mayores, qué mejoraría usted y dónde pondría el acento de estas políticas públicas. Asimismo, quisiera que nos indicara qué necesidades específicas tienen los pacientes mayores crónicos, a su juicio. Quisiera saber —todas estas preguntas están interrelacionadas con el espacio sociosanitario— si es partidario de crear nuevos servicios sociales y una atención sanitaria específica en relación con los mayores.

Muchas gracias. Reitero nuestro agradecimiento por su comparecencia.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Ramón.

A continuación, tiene la palabra el señor López Trigo para contestar a los grupos, lo más brevemente posible porque vamos muy mal de tiempo.

El señor **LÓPEZ TRIGO** (Presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología): Intentaré serlo.

Agradezco a todos ustedes su amabilidad, su interés y sus preguntas.

Comenzando por contestar a la señora Navarro, en el orden en que he ido anotando las preguntas, sobre envejecimiento y gasto, no hay que gastar más, en absoluto; hay que gastar mejor lo que gastamos.

En ningún momento he hablado de creación, sino de reorientación. Estamos en un modelo de atención que no es especialmente barato, es especialmente caro. Hay algunas fórmulas de reorientación de esos servicios —he dado algunas pistas—, basadas en el documento de la Organización Mundial de la Salud. No atendamos a las personas donde no tienen que estar. Atendámoslas donde las vayamos a atender bien, donde vamos a tener un servicio de proximidad en la atención —al hilo de su pregunta, contestaré a algunas que ha hecho también el señor Igea—; y no se trata de tener a personas en camas hospitalarias de agudos de 700 euros diarios, cuando posiblemente pueden estar en su casa perfectamente atendidos por su equipo de atención primaria, con el apoyo de una consulta y un hospital si es necesaria alguna

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 33

intervención. Hay modelos de atención infradesarrollados en nuestro país que funcionan perfectamente, como la hospitalización a domicilio —creo que todos tenemos experiencias muy positivas—, atendidos por múltiples especialistas. Yo conozco neumólogos que se dedican a hacerlo, porque hay muchísima enfermedad pulmonar que perfectamente puede cubrir el neumólogo de esta manera; también hay nefrólogos que hacen diálisis en el domicilio del enfermo, hay médicos de familia, geriatras, internistas, y es una opción magnífica. También hay otros modelos intermedios de cuidados, como son las unidades de estancia diurna, que son bien baratas y muchas tienen carácter rehabilitador. A nosotros nos gusta mucho hablar de unidades de rehabilitación funcional. Hay estancias intermedias, frente al hospital de agudos, después de una caída de la funcionalidad de la persona por fractura, ictus, agravamiento de una insuficiencia cardíaca, etcétera, unidades donde la persona participa de un tratamiento rehabilitador multifase en cortos periodos de estancia, y van fenomenalmente bien, son muchísimo más baratas que cualquier otro sistema de atención y además son tremendamente eficaces.

En segundo lugar, se refería usted a las TIC y los mayores. Si me permite, le voy a contestar con una anécdota. Nosotros hicimos un programa de formación en nuevas tecnologías, con aparatos móviles, como tablets, para personas mayores —850 personas pasaron por esos talleres—, y recuerdo a una que nos dijo que aquello le había devuelto la vida, porque tenía un nieto haciendo una cosa rara de esas que se hacen en el extranjero —un *oremus* decía, y era un Erasmus— y hacía Skype con él; había vencido la soledad. Una máquina no va a sustituir nunca a una persona, pero, cuando no la hay, puede echar un cable. Y a los profesionales los ayuda mucho. Hay magníficas experiencias en telemedicina en la Comunidad de Madrid entre personas mayores que viven en una institución, y, por ejemplo, los servicios de dermatología y de radiología del hospital. Se recibe un informe, se recibe la imagen y no se desplaza al enfermo. Siempre se deben desplazar los servicios antes que las personas. Por tanto, sí a las TIC. Además, nuestros mayores lo demandan, aprenden a usar las TIC. Y, si me permiten, diré que la mejor forma de prevenir el deterioro cognitivo es aprender cosas nuevas; más que hacer cosas repetitivas, aprender cosas nuevas.

En cuanto al señor Igea, me ha hecho un MIR de preguntas prácticamente.

Sobre el número de geriatras necesarios, aquellos que se vayan a dedicar a la geriatría cuando terminen; le he contestado un poco a la gallega. Sería bastante con que hubiese —no voy a pedir ninguna cifra imposible— 125 geriatras en formación cada año, que es lo que podría absorber perfectamente el sistema, porque ahora mismo el sistema está ofertando plazas en algunas comunidades autónomas y no hay geriatras. Creo que es una cifra muy lógica. No pedimos que haya tantos como pediatras, que son mucho más aunque hay muchos menos niños —allá cada uno con lo que forma—, aunque es cierto que la formación depende en la adscripción de plazas y en la financiación de las comunidades autónomas. Cada una puede mirar hacia dentro y ver cómo es la suya. En el ejemplo que antes ponía, la comunidad más envejecida de España, junto con Galicia, tiene cinco geriatras: tres en un servicio organizado y dos más, uno de ellos ese preexistente al que usted alude y otro en el servicio público de salud, y, asociados al servicio público de salud en Valladolid, cuatro más en diputación provincial. Esos son los geriatras que hay en su comunidad. Si me lo permite, le animo a que pida más geriatras para su comunidad, igual que ahora animaré a la señora diputada por la circunscripción de Granada, vecina de mi tierra.

En cuanto a eficiencia de los geriatras y cambios organizativos, hay niveles de evidencia máxima en unidades de agudos, ortogeriatría, servicios de urgencia y consultorías en la comunidad. Tenemos la misma evidencia que puede tener la mejor de las investigaciones.

Si tuviera que priorizar porque hay muy pocos, empezaría por los servicios de urgencia, porque evitan el 70 % de ingresos de personas mayores en los hospitales. Paradójicamente, un hospital es lo más inhóspito del mundo para una persona mayor. Y los geriatras que trabajan en los servicios de urgencia, que filtran muy bien qué personas hay que ingresar, consiguen dos cosas: por una parte, que se ingrese no para hacer pruebas al paciente, sino porque se necesita un tratamiento en fase aguda, y, por otra parte, cuando se ingresa bien, no se reingresa. Esta es la segunda bondad de la geriatría, disminuimos estancias medias y reingresan muchos menos de nuestros pacientes después del alta, incluso habiendo estado menos días en el hospital.

En cuanto a las consultas abiertas en el hospital, evidentemente, no. ¿Para qué quiero una consulta si no la voy a atender? Esa consulta, en atención primaria, es decir, un geriatra consultor de apoyo en los equipos de atención primaria en los distritos de salud, precisamente para que la persona mayor no tenga que ir al hospital a una revisión. Para que alguien le diga que está muy bien la analítica y que suba o baje las pastillas de tiroides, el geriatra puede estar perfectamente inserto en la comunidad, conectado con el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 34

hospital por si en algún momento hay que hacer alguna derivación y conectado también con el médico de familia, que es quien debe atender a las personas mayores que estén en condiciones de ser atendidas en la comunidad, para que no sean desiguales con sus iguales, como pretendemos.

En cuanto a promover el buen trato, evidentemente. Los derechos existen y lo que hay que hacer es respetarlos.

En cuanto a lo que indica sobre sujeciones, si me lo permite, le envío nuestro documento de consenso sobre sujeciones físicas y químicas. Es el primer documento, ante el vacío legal que existe en nuestro país. Solo hay normativizado algo en un real decreto en la Comunidad Foral de Navarra. Logramos un consenso hace dos años, que nos costó otros dos hacerlo, con la representación de la Fiscalía General del Estado, la judicatura, los movimientos antisujeciones, las asociaciones de personas mayores y los profesionales. Y creo que llegamos a una entente muy buena sobre qué hacer y cómo hacer en cada caso, y, evidentemente, en la tendencia de que las sujeciones desaparezcan.

En cuanto a los indicadores de calidad de la atención geriátrica, los que he comentado figuran en los estudios. Un menor número de reingresos, evitarlos, para mí es de lo mejor, como la calidad de vida percibida por el paciente. Cuando una persona mejora su capacidad funcional, le da lo mismo tener diez, doce diagnósticos, lo que le importa es otra cosa. Nunca me ha dicho un paciente que le cambie de un grado de insuficiencia cardiaca a otro más bajo y a usted seguro que tampoco. Lo que sí me ha preguntado, por ejemplo, es si vivirá para la comunión de su nieta. Ese es un objetivo terapéutico.

Por otro lado, la fragilidad es una de nuestras fortalezas: hacer que la persona no entre en una situación de dependencia y que revierta de la fragilidad con cosas tan sencillas como ejercicio físico y una nutrición adecuada, algunas veces implementando algún fármaco, pero, sobre todo, quitando muchos de ellos. Creo que eso nos hace fuertes, y nos hace fuertes ante los compañeros, que, al final, son los que tienen que enviarnos a los pacientes.

La portavoz del Grupo de Unidos Podemos preguntaba por la resistencia de los mayores a participar en actividades preventivas. Yo no conozco esa resistencia. Lo que pasa es que les ofrecemos pocas cosas, y, sobre todo, les ofrecemos pocas cosas de las que ellos han decidido que son las que quieren, que a lo mejor no coinciden con lo que hemos programado. Posiblemente, lo que haya que hacer sea programar con ellos. Yo, que hago mucha promoción de envejecimiento saludable por mi puesto de trabajo en la Administración, jamás he encontrado resistencia. Al contrario, tenemos los programas llenos de personas, y eso es lo mejor que nos puede ocurrir.

Respondiendo a la portavoz del Grupo Socialista, estoy absolutamente de acuerdo sobre ese protagonismo que deben tener las personas mayores a que usted alude. No vale con que digamos que son el centro de nuestras miras, sino que realmente lo sean.

En cuanto al espacio sociosanitario, evidentemente ahora mismo es más una brecha que un espacio. En ambos sistemas hay situaciones que cuesta trabajo manejar.

Por fortuna, estamos asistiendo a mejoras en la coordinación, pero también hay que decir que es básicamente por los profesionales. Muchas veces no es por los sistemas, sino porque los profesionales entendemos que no es malo saltarnos alguna barrera para mejorar cosas. ¿Y qué mejorar? Evidentemente, romper los dos compartimentos estanco. Entiendo que mientras que las administraciones presupuesten a un lado y a otro es difícil que el gestor quiera recibir problemas sin recursos que vayan de la misma mano. Pero considero que no es un problema de recursos, sino de mejor gestión de lo que estamos haciendo, porque invertimos mucho dinero en cada carril pero no logramos que los carriles sean convergentes en ningún momento.

En cuanto a lo que usted comentaba sobre necesidades de los pacientes crónicos y qué potenciar, la rehabilitación es la esencia de la mejora del paciente afectado por enfermedades crónicas, que, al final, tienen un gravísimo impacto en su calidad funcional.

No es necesario tener nuevos servicios. Lo único que debemos hacer es trabajar de forma acompasada y simétrica. En una de las visitas que voy haciendo intentando promocionar la geriatría por toda España, me hablaba un consejero de ciertos desajustes que tiene su comunidad. Me decía que tiene dieciocho neurocirujanos en un hospital, con una media de intervenciones de 1,2 por mes. Le pregunté cuántas personas mayores tiene el hospital y me respondió que el 80 %. Bueno, pues haga ver esto, le respondí. No quiero que echen a ningún neurocirujano de ningún sitio, pero, si alguno se jubila, cámbielo por un geriatra o cámbielo —fjese, lo que voy a decir es tirar una piedra contra mi tejado— por alguien que tenga orientación geriátrica en su modo de hacer, que eso también sirve. Si no hay geriatras, vamos a tirar de aquellas personas que tienen una orientación geriátrica en su forma de hacer, que tienen puestas las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 35

miras en la funcionalidad del paciente, no las miras en llenar las historias clínicas de enfermedades y en poner tratamientos farmacológicos, porque eso, desde luego, no es lo que más beneficio ha demostrado para nuestros mayores.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor López Trigo, por compartir con nosotros su experiencia y su sabiduría.

— **DE LA SEÑORA BLASCO MARHUENDA, DIRECTORA DEL CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICAS, PARA QUE EXPLIQUE LA SITUACIÓN ACTUAL DE DICHO CENTRO Y SUS FUTUROS RETOS. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 212/000136).**

La señora **PRESIDENTA**: Damos la bienvenida a la señora Blasco, directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Y a continuación le damos también la palabra.

La señora **BLASCO MARHUENDA** (Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas): Buenas tardes a todos.

Para mí es una oportunidad estar aquí y poder contarles las actividades que hacemos en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. He preparado una presentación para que sea más fácil y entiendan todas las cosas que hacemos desde el CNIO. **(Apoya su intervención con una presentación PowerPoint).**

¿Qué es el CNIO? Somos un centro de investigación del cáncer, un centro monográfico del cáncer. Tenemos la acreditación Severo Ochoa, una acreditación que da el Gobierno a los mejores centros de investigación de nuestro país, aquellos que están realmente a nivel internacional, lo que supone para nosotros mayor financiación y mayor número de contratos adicionales. Somos una fundación pública, dependemos directamente del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad y tenemos una gestión relativamente flexible. Digo que es relativamente flexible porque en los últimos tiempos, con la crisis económica, etcétera, hemos perdido algo de flexibilidad, y al final, si quieren, podemos tratar más este tema. Somos un centro de investigación internacional de unos cuarenta, cincuenta científicos, y más del 20 % no son españoles; son, sobre todo, de países europeos, como Alemania, Italia o Polonia. Como acabo de decir, dependemos directamente del Ministerio de Economía, la presidenta del patronato que rige el CNIO es la secretaria de Estado Carmen Vela y en el CNIO hay dos directores, que dependemos independientemente de la presidenta del patronato: una directora científica, que soy yo misma, que me encargo de la estrategia científica del centro, de los planes estratégicos científicos, los planes científicos de actuación, y un director gerente, que es el responsable de personal, finanzas, contrataciones, etcétera, que es el señor Juan Arroyo. Yo voy a hablarles de la parte que me compete, que es la relativa a estrategia científica y dirección científica del centro. Me tienen que disculpar porque las diapositivas las tengo en inglés. Espero que no sea un problema. Normalmente, siempre que hablo del CNIO utilizo presentaciones que están en inglés.

En primer lugar, me voy a referir a los cuatro ejes principales de actividad del centro. Uno es la excelencia científica, basada en publicaciones de alto impacto, formación de científicos a nivel internacional y colaboraciones de impacto en el contexto internacional. La siguiente pata principal del CNIO es lo que llamamos investigación orientada al paciente, dentro de la cual se engloba un programa de investigación clínico, acuerdos con hospitales y las capacidades del CNIO para trabajar en este aspecto; aunque el CNIO no es un hospital, tenemos acuerdos con hospitales. Otro eje importante del centro es la innovación, y supone una parte muy importante de lo que hacemos. Fomentamos la cultura de innovación, tenemos una oficina de transferencia de tecnología y una dirección de innovación. Tenemos muchas alianzas con la industria, lo explicaré con más detalle más adelante. Tenemos algo bastante único que tienen muy pocos centros de investigación del mundo, no ya en España sino del mundo, ya que tenemos la capacidad también para hacerlas fases iniciales del descubrimiento y el desarrollo de fármacos. Esto es algún único que tenemos en el CNIO.

Finalmente, un eje importante de nuestro centro es el contacto con la sociedad, que lo hacemos a través de actividades de comunicación. Asimismo, tenemos una iniciativa de filantropía individual que llamamos Amigos del CNIO, que también nos permite aumentar los lazos con la sociedad.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 36

En cuanto a excelencia y liderazgo les voy a dar algunas cifras para que se hagan una idea de dónde estamos en los *rankings* internacionales. La primera diapositiva muestra el número de publicaciones del centro a lo largo de estos últimos años. Pueden ver en la parte de la izquierda el número de publicaciones totales. Aunque los números de 2017 no están cerrados, pensamos que a final de año lograremos alcanzar los niveles de publicaciones totales de los años anteriores. Sin embargo, esto no es lo importante; lo importante son los datos de la columna de la derecha, que nosotros llamamos los *top paper*, que son las revistas científicas de alto impacto porque realmente son estas publicaciones las que importan para los *rankings* de los centros de investigación internacional. Pueden ver que hasta noviembre de 2017 en el CNIO tenemos un nivel muy alto de publicaciones, de hecho son más de quince. Pueden ver que los años 2016 y 2017 han sido los años donde más publicaciones de alto impacto hemos publicado en los últimos años. He puesto una rayita puntuada que indica el número de publicaciones de alto impacto que tenía el CNIO en 2009, ya que fue la época en que tuvo el centro la máxima financiación del centro, es decir, cuando se destinó la mayor cantidad de dinero para investigación en este país. Aunque haya menos dinero para la investigación en los planes estatales, pueden ver que en el CNIO hemos sido capaces de mantener un nivel alto de publicaciones de alto impacto y esto se debe, sin duda, a la gran calidad de los investigadores que tenemos trabajando en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas.

A continuación les voy a presentar los datos de los *rankings* más aceptados y reconocidos internacionalmente de la revista *Nature*, que es una revista muy prestigiosa. Esta diapositiva muestra la clasificación de los mejores centros, los de mayor impacto, en el sector de salud en Europa. Pueden ver que en el listado de los centros monográficos de cáncer el número uno es el centro The Netherlands Cancer Institute y en el número dos se encuentra el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, el CNIO. Somos la única institución española que está en el *top* veinte y seríamos el segundo centro de Europa entre los centros monográficos de cáncer.

Si nos vamos al *ranking* mundial en el área de ciencias de la salud y sanidad, de nuevo tienen señalados los centros monográficos de cáncer. El primero sería el Memorial Sloan Kettering Cancer de Nueva York, el segundo el MD Anderson de Texas, después estaría Dana-Farber, después estaría de nuevo el The Netherlands Cancer Institute, que es el Instituto de Cáncer de Holanda y en el quinto lugar como centro monográfico de cáncer estaría el CNIO; es decir, estaríamos en quinto lugar en cuanto a producción científica de alto impacto. Esto es algo muy bueno y estamos muy orgullosos de ello. De nuevo somos la única institución española que estamos en *top* cincuenta y cinco en la clasificación de *Nature*.

Si nos vamos a los números nacionales, en este caso instituciones de ciencias de la vida, pueden ver que en el lado de la izquierda el CNIO es el primer centro individual —es solo un centro, no son varios centros aunados en uno— en nuestro país. Pueden ver que en el número uno está el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, que son muchos centros de investigación ya que aglutina a más de doscientos centros de investigación; después, en segundo lugar, hay una agrupación de centros catalanes que se llaman BIST; en tercer lugar, estaría la Universidad Pompeu Fabra, que también tiene varios departamentos y centros; seguiría la Universidad de Barcelona, también con varios centros y departamentos. De nuevo, el primer centro individual en esta clasificación es el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, el CNIO. En el área de salud en nuestro país somos la primera institución, en cuanto a estas publicaciones de alto impacto como pueden ver en la clasificación.

Este es otro *ranking* diferente, en este caso en medicina. En este caso, el CNIO aparece entre los *top* quince de centros de investigación en biomedicina en todo el mundo. Estas clasificaciones son solo eso, clasificaciones que no tienen más valor que compararnos con otras instituciones. Sin embargo, esto quiere decir que el CNIO es uno de los mejores centros de investigación del mundo en cáncer. Afortunadamente el CNIO no está solo, existen otros centros de investigación en nuestro país, que son centros de excelencia, como son los llamados centros Severo Ochoa. Recientemente nos hemos aunado en una alianza que se llama Somma, con la cual queremos tener más presencia realmente en la sociedad española, en la política científica. Pensamos que es muy importante que centros de investigación de este nivel tengan un poco más de presencia en las decisiones que se toman en este país acerca de la ciencia.

Asimismo, tenemos otras colaboraciones con el Instituto de Ciencia Weizmann de Israel. Para nosotros es un modelo porque como podrán ver a continuación uno de nuestros objetivos —lo he mencionado antes— es no quedarnos solo en las publicaciones, aunque sean algo importante, sino ser capaces de dar el paso para crear productos innovadores e incluso llevar estos productos innovadores al paciente de cáncer para tener un impacto realmente en el tratamiento del cáncer. Estamos elaborando un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 37

acuerdo con el Instituto de Ciencia Weizmann de Israel y hemos tenido un simposio conjunto. Para nosotros es un modelo en este tema de la innovación.

Aquí se muestra la financiación total del CNIO que son 45,3 millones de euros. De esta cantidad el 55 % proviene directamente del Estado, del Gobierno, es la subvención nominativa —el resto la conseguimos de manera competitiva, compitiendo con otros centros de investigación—; el 22 % —algo importante destacar— es financiación privada que viene de acuerdos de licencia, con la industria farmacéutica o de ventas que tenemos en el centro, de fundaciones privadas; el 16 % procede de la financiación pública estatal, los planes estatales de investigación, y el 7 % proviene de la financiación pública europea y en menor medida de otras fuentes internacionales. Aquí se ve un poco más desglosado, pero los datos son muy parecidos. Aunque estamos poniendo énfasis en las donaciones, los legados y las herencias —que aparece en color rosa—, solo representa un 0,5 %. De nuevo el aspecto importante que tiene nuestro presupuesto son los acuerdos con las industrias o las ventas.

Estamos organizados en dos grandes bloques de investigación. Yo soy la directora científica y el vicedirector científico es Óscar Fernández Capetillo. Bajo mi dirección están los programas de Investigación Básica y de Investigación Traslacional. En cuanto a los programas de Investigación Básica, en primer lugar, está el programa de Biología Celular del Cáncer —no voy a entrar en detalle de qué hace cada programa, sería demasiado detallado para esta Comisión—. En segundo lugar, tenemos el programa de Oncología Molecular, que es uno de los programas más potentes del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Ahora mismo estamos buscando un nuevo director de programa. Tenemos candidatos muy buenos y estamos ultimando negociaciones con algunos de esos candidatos para que dirijan este programa. Por último, está el programa de Biología Estructural, en el cual hemos contratado recientemente a Óscar Llorca como nuevo director del programa.

Respecto a los tres programas traslacionales están, en primer lugar, el programa de Genética del Cáncer Humano, dirigido por Javier Benítez que es quien se encarga de encontrar alelos de susceptibilidad. Dentro de este programa tenemos una consulta de cáncer familiar que está en el Hospital de Fuenlabrada. En segundo lugar, tenemos el programa de Investigación Clínica, cuyo director ahora mismo en funciones es Miguel Quintela. En tercer lugar, tenemos un programa de Biotecnología, que recoge a todas unidades de apoyo. Por último, tenemos el programa de Desarrollo de Fármacos, liderado por Joaquín Pastor. Aquí les muestro a vista de pájaro los distintos grupos de investigación del centro.

No me voy a detener en cada uno de ellos, pero de nuevo aquí estarían los grupos que hay en el programa de Biología Celular del Cáncer dirigido por Erwin Wagner. También está el programa de Oncología Molecular, donde ahora mismo estamos buscando un nuevo director, como he dicho antes, así que de momento está liderado por el vicedirector, Óscar Fernández Capetillo, y por mí. Aquí están algunos de los grupos más potentes del Centro Nacional de Instituciones Oncológicas. Asimismo, está el programa de Biología Estructural, que acabamos de contratar a Óscar Llorca como director del programa. Están también el programa de Genética del Cáncer Humano, el programa de Programa Clínico, el programa de Biotecnología y el programa de Desarrollo de Fármacos. En rojo he señalado los grupos que hemos contratado en los últimos dos años. En el CNIO tenemos una alta tasa de renovación de grupos, de aproximadamente un 30 %. Aquí pueden ver que hemos contratados seis grupos en investigación básica y hemos llegado a un acuerdo con el Hospital 12 de Octubre, por el cual tenemos dos nuevos grupos, que son el grupo de Joaquín Martínez y Luis Paz-Ares, que no solo trabajan en el Hospital 12 de Octubre, sino que también tienen sus laboratorios en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Ese es el caso de Óscar Llorca —estaba trabajando en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas— que empezó a dirigir en julio de este año el programa de Biología Estructural en el CNIO.

En este programa hemos contratado, además, otros dos grupos de investigación juniors, grupos que empiezan su actividad por primera vez. En el CNIO es algo que tenemos en mucho aprecio. Somos una cantera también en grupos de investigación. En este sentido, han venido dos investigadores: Iván Plaza que viene desde la Universidad de Basilea, del Biozentrum, y Rafael Fernández Leiro, que viene del MRC de Cambridge. Los dos han empezado sus grupos en el programa de Biología Estructural este año en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Este año hemos reforzado este programa contratando a estos tres grupos de investigación, que son bastante potentes en criomicroscopía. El premio Nobel de este año fue precisamente al área de criomicroscopía porque es una manera de resolver estructuras moleculares complejas, que está siendo muy poderoso. Por ello, estamos haciendo una apuesta a futuro por esta tecnología. Entre este año y el siguiente vamos a comprar un microscopio electrónico, ya que tiene capacidad para resolver estructuras a nivel atómico. Este es el microscopio electrónico, hemos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 38

comprado ya la cámara y el próximo año compraremos el microscopio que nos permitirá hacer resolución de estructuras de forma muy precisa, a nivel de 3 Armstrong. Esto va a ser muy útil para el centro porque muchos grupos de investigación del centro estamos interesados en esta tecnología puntera.

También estamos interesados en traer un grupo de investigación potente denominado Biología de Sistemas del Cáncer. Estamos en contacto con Raúl Rabadán, de la Universidad de Columbia, aunque estamos todavía en negociaciones con él. Como también me han pedido que hable de planes futuros, este es uno de los proyectos que tenemos. Estamos muy ilusionados con iniciar una línea de investigación en este campo.

En cuanto a la investigación orientada al paciente, hay muchos centros en este país que hacen investigación básica de calidad, al igual que hacemos en el CNIO, pero hay muchos menos centros de investigación que hagan el esfuerzo de intentar conectar esto con los hospitales, con el sistema sanitario. En el CNIO hemos intentado hacerlo, aunque no es nada fácil porque son dos mundos diferentes y el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas no es un hospital. Por tanto, este tema nos ha costado más esfuerzo, aunque lo hemos intentado.

Aquí muestro los acuerdos que tenemos con distintos hospitales, la mayor parte de ellos en la Comunidad de Madrid, aunque hay un hospital en Málaga que también está funcionando. Pueden ver que tenemos cuatro oncólogos. Dos de ellos son David Olmos y Miguel Quintela que trabajan en cáncer de próstata y de mama. Aunque están contratados por el CNIO, también ven pacientes. En el caso de David Olmos, que trabaja con el cáncer de próstata, ve a pacientes en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga y en el Hospital Quirón. Por su parte, Miguel Quintela trata pacientes y hace ensayos clínicos en Fuenlabrada y en el Hospital Quirón. Tenemos aparte dos oncólogos que están contratados por el Hospital 12 de Octubre —Luiz Pazares que trabaja con cáncer de pulmón y Joaquín Martínez que trabaja en cánceres hematológicos— y tienen también sus grupos en el CNIO. Asimismo, tenemos una unidad de cáncer familiar en el Hospital de Fuenlabrada, que ayuda a familias con muchos casos de cáncer para ver si tienen genes mutados y con esto poder asesorar a estas personas o hacer una prevención mejor del cáncer, ya que no son pacientes todavía sino portadores de potenciales genes que producen cáncer.

También tenemos una unidad de diagnóstico molecular que ofrece servicio a hospitales de toda España. En color blanco están los acuerdos que tenemos con hospitales firmados, aunque todavía no están activos. Aquellos que están activos están en color rojo. El que estos acuerdos estén activos o no depende de que haya interés común en ese momento de iniciar programas conjuntos, pero los acuerdos los tenemos. Estos datos son del Servicio Diagnóstico Molecular y muestran el número de ensayos que se hacen para distintos hospitales por todo el territorio peninsular. Aquí están los datos de la Unidad del Cáncer Familiar y Citogenética, ya que hacemos tests para distintos hospitales. Aquí pueden ver la progresión del número de test que se hacen en el CNIO.

A continuación paso a la parte de innovación, que para nosotros es también muy importante. Oímos hablar mucho de innovación, ¿pero qué es lo que se puede hacer en innovación en un centro como el CNIO? Nosotros nos lo tomamos realmente muy en serio, porque pensamos que de la investigación de excelencia tiene que salir la innovación. Esa es la manera natural de que surjan productos innovadores. Por tanto, tanto en la investigación básica de excelencia como en la investigación traslacional tenemos que ser capaces de ir a la tecnología innovadora, al *know-how*. Para ello necesitamos una cultura de innovación, tal como estamos fomentando en el CNIO, tener las capacidades adecuadas para hacer esto, guiar y apoyar a los investigadores para que den este paso y tener también incentivos para que los investigadores estén motivados a hacer esto. También tenemos estos incentivos, que mencionaré más adelante.

Aquí muestro nuestro esquema de modelo. En primer lugar, están las ideas, que obviamente provienen de los investigadores del centro. Estas son evaluadas por la Oficina de Innovación, algunas de ellas las incubamos para que vayan ganando valor y al final la salida natural es hacer un acuerdo con una compañía biotecnológica o farmacéutica, para dar salida a estas ideas innovadoras. Todo esto lo hacemos en el CNIO, a través de la Dirección de Innovación y la Oficina de Transferencia y Tecnología. Para que tengan una idea la actividad de este año 2017 ha sido la siguiente: 284 acuerdos manejados por el CNIO, 5 nuevas patentes, 16 proyectos que están en valorización, 7 nuevas licencias —no solo la patente sino también la venta de esta patente a una compañía para que la explote— y la generación de una nueva compañía *spin-off* del CNIO.

Aquí pueden ver el gráfico por programas. Antes he mencionado los distintos programas de investigación. Aquí quiero hacer una puntualización porque creo que es muy importante. El programa de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 39

Oncología Molecular es un programa de investigación básico primordial del centro, pues pueden ver que la investigación más fundamental del centro también es donde vienen más innovaciones. Es decir, las innovaciones no vienen necesariamente de la investigación más aplicada, sino de la investigación de mayor calidad y aquí el CNIO es un claro ejemplo de ello.

Aquí pueden ver las distintas compañías con las que hemos firmado acuerdos este año 2017. Pueden ver aquí en color gris que la gran mayoría son compañías internacionales, las compañías y las filiales no son españolas sino internacionales, aunque también hay distintas compañías nacionales. Tenemos ahora mismo veintiocho familias de patentes activas. Quiero hacer una mención importante: cuando se habla de patentes no me refiero a hacer solo patentes, ya que esto no tiene mucho mérito, sino que hay que ser capaces de vender y explotar estas patentes. En el CNIO tenemos un 20 % de licencias, que es un dato muy alto totalmente comparable a los mejores centros de investigación en Estados Unidos o en otros países. De nuevo quiero poner énfasis aquí, según pueden ver en la parte de abajo en los quesitos de varios colores, que uno de los programas que más patentes genera es el programa de Oncología Molecular —en color azul—, de nuevo es uno de los programas de Investigación Básica. En color beige está el programa de fármacos que es normal que genere muchas patentes, ya que es un programa que está destinado a hacer patentes de nuevos fármacos. De nuevo quiero hacer este énfasis en esta Comisión porque me parece importante transmitir la importancia de la financiación de la investigación más básica, porque es de donde sale la innovación y de donde salen las cosas que van a transformar el mundo.

Estos son acuerdos con empresas farmacéuticas, todas ellas son internacionales. No tenemos ninguna española, simplemente porque no tenemos acuerdos de codesarrollo con ninguna empresa española. Esto refleja que el CNIO es un centro internacional. El volumen en los últimos cinco años es de 20 millones de euros de acuerdos de codesarrollo con industria farmacéutica.

¿Cómo incentivamos a los investigadores del CNIO para que quieran hacer innovación? Tenemos una política de reparto de regalías que se aprobó en 2013. El CNIO no tenía ninguna política de reparto de regalías, de tal manera que los investigadores del CNIO no tenían tampoco ninguna motivación para hacer innovación. Ahora lo que hacemos cada vez que entran retornos al CNIO es repartirlo entre la institución, que se lleva la mayor parte —pueden ver en el quesito de abajo que la mayor parte del dinero en 2017 va al CNIO, a la institución—, pero otra parte va a los grupos de investigación de donde han salido las ideas y otra parte va a los inventores. Aquí pueden ver la progresión en los últimos años, a pesar de que ahora repartimos globalmente el CNIO recibe mucho más dinero porque los investigadores están más motivados. Hay un total de 52 inventores en el CNIO, lo que supone un 12,4 % del total de los inventores del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas.

Estos investigadores reciben una compensación, gracias a esta innovación. En unos años donde nuestra masa salarial está congelada, donde no podemos dar incentivos de ningún tipo a nuestros investigadores, este es el único incentivo que podemos dar, es decir, que retorne a ellos parte del dinero que consigue el CNIO de las innovaciones. La cantidad que hemos conseguido este año es de 562 000 y pico euros. Si comparamos esta cantidad con todas las universidades españolas juntas que generan al año 2,5 millones de euros, puede parecer poco, pero que un centro de 450 investigadores, donde se fomenta la cultura de la innovación, pueda generar esta cantidad es algo muy significativo. Esto nos indica que andamos por el buen camino y que también se puede hacer innovación de investigación fundamental de excelencia.

Una de las plataformas que más dinero genera al CNIO es una plataforma de anticuerpos monoclonales. Como estamos en una Comisión donde se debate ciencia, quisiera manifestar que uno de los anticuerpos nuestros más famosos, que más vendemos, es contra una proteína que se llama PD-1. Seguramente les sonará lo de la inmunoterapia del cáncer, es algo que está muy de moda. Esos anticuerpos son muy importantes para hacer este diagnóstico de si se puede o no dar inmunoterapia a un paciente con cáncer. Como he dicho, son los mejores que hay en el mercado y realmente vendemos muchos.

Estos son algunos de los hitos de este año 2017. Hemos lanzado una nueva compañía que está instalada en el Parque Científico de Barcelona, que se llama Senolytic Therapeutics. Hemos hecho un acuerdo con la compañía mexicana, licenciando uno de los compuestos del programa de Terapias Experimentales, que para el CNIO supondrá un pago importante de dinero y unas regalías, cuando este producto llegue a los pacientes. También hemos hecho un acuerdo Novartis. Estas son las tres compañías que han salido del CNIO. Quiero destacar especialmente la segunda BiOncoTech porque viene una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 40

tecnología antitumoral, ya que es una molécula de RNA que tiene una actividad antitumoral muy potente. Se describió por primera vez en la revista *Cancer Cell* en 2009, la licenciamos en 2010 a una compañía que es un *spin-off* del CNIO, BiOncoTech y en 2016 ya está en ensayos clínicos con pacientes. Es decir, lo que suele tardar habitualmente entre quince y veinte años, desde que se inicia una investigación básica hasta que llega a un paciente, gracias a fomentar esta cultura de la innovación lo hemos hecho en mucho menos tiempo, en seis años básicamente. Este es el valor que tiene y, por eso, hay que poner el énfasis en la innovación en centros de excelencia. Esto no es único del CNIO, no quisiera presumir solo por el centro. Yo diría que todos los centros de excelencia Severo Ochoa en nuestro país tienen este nivel de actividad e innovación.

Para fomentar esta cultura de la innovación tenemos un acuerdo con el Instituto de Empresa, que es una escuela de negocios muy prestigiosa que está en Madrid. Ya llevamos muchos años colaborando con ellos y mandamos cada año a unos tres estudiantes del CNIO a hacer un máster que se llama en inglés *Accelerate: Building Business from Science and Technology*. Los másteres son pagados por la Fundación Banco Santander, que es quien nos ayuda a hacer esto. Este año hemos tenido tres nuevos estudiantes. Ha habido un total de veintiséis estudiantes y muchos de ellos han terminado dirigiendo oficinas de transferencia de tecnología en distintas instituciones. Es algo que realmente gusta mucho a nuestros estudiantes, ya que les ofrece una salida profesional adicional a la académica.

Quedarnos solo en un producto innovador y no llevarlo al paciente es quedarnos a medio camino. Por tanto, también tenemos que hacer el siguiente paso, una vez realizada la tecnología *know-how*, para que esto llegue alguna vez a un paciente de cáncer. Aquí es muy importante la actividad que hace el CNIO en los contactos con la industria farmacéutica, los procesos de negociación con la industria farmacéutica, codesarrollo con la industria farmacéutica. Esto es gracias fundamentalmente a que tenemos la capacidad de pasar desde la parte de arriba, que sería las nuevas ideas o hipótesis, a efectuar el recorrido hasta el paciente de cáncer. Para ello es muy importante el programa de Desarrollo de Fármacos —de color verde—, que llamamos internamente ETP, The Experimental Therapeutics. Este programa está dirigido por Joaquín Pastor y tiene un grupo de Biología y un grupo de Química Médica. El grupo de Química Médica está compuesto por químicos que han estado en industrias farmacéuticas y en el CNIO hacen las fases iniciales no solo de descubrimiento de fármacos, sino de mejora y optimización de estos fármacos. Este es un esquema de cómo funciona la industria farmacéutica, esto es igual en todas partes. En el CNIO somos capaces de hacer todas las fases iniciales hasta probar *in vivo* en modelos de ratón que los productos que hemos encontrado tienen actividad antitumoral.

Al igual que en una industria farmacéutica nosotros tenemos también nuestra cartera de productos contra dianas terapéuticas del cáncer. Aquí pueden ver el estado de desarrollo de las distintas moléculas que estamos desarrollando. Algunas de ellas las hemos licenciado a distintas compañías, ya he mencionado la compañía mexicana, pero también Merck Serono o Inflection. Asimismo, el CNIO ha sido centro de referencia de desarrollo de fármacos para el Instituto de Ciencias de la Vida de Flandes, es decir, ha trabajado para ellos.

Este es uno de los ejemplos de éxito del CNIO que nos se ha puesto en el mapa y que ha motivado que la industria farmacéutica nos tome en serio. En este caso me refiero a una investigación del grupo de Óscar Fernández Capetillo que se publicó por primera vez en 2011 y en 2013 ya la licenciamos a Merck Serono a Alemania. Este acuerdo de licencia apareció *The Wall Street Journal*. ¿Qué supone para el CNIO? Ser capaces de llevar un producto a una farmacéutica, que a su vez lo va a llevar al paciente, al mismo tiempo que produce importantes retornos para el centro. En resumen, en el CNIO tenemos capacidad para hacer todas las fases iniciales de desarrollo del fármaco hasta ya el acuerdo con una industria farmacéutica. Obviamente, en el CNIO no tenemos financiación suficiente para hacer los ensayos clínicos, pero sí para facilitar mucho el que se lleguen a hacer estos ensayos clínicos con pacientes.

Estoy terminando, espero que no me esté alargando mucho. Hay otro tema muy importante para nosotros: el contacto con la sociedad y la formación. El CNIO es un centro de investigación, es a lo que nos dedicamos, pero también tenemos una labor muy importante en formación. Más de la mitad de los científicos del CNIO son estudiantes de tesis o estudiantes posdoctorales que están formándose con nosotros. Tenemos programas de investigación predoctoral, posdoctoral y de formación interdisciplinar. He subrayado aquí algunos programas como el CNIO Friends. Son programas que podemos hacer gracias a esta iniciativa de filantropía individual, que es bastante única en nuestro país. Consiste en que los ciudadanos que quieran pueden donar dinero al CNIO y ese dinero va dedicado íntegramente a la investigación, en este caso a contratos de investigación. Asimismo, tenemos los contratos posdoctorales

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 41

Amigos del CNIO. Tenemos cuatro contratos —dos de 2016 y dos de 2017— a investigadores españoles y no españoles que están en el CNIO trabajando. Tenemos un acuerdo también con Juegaterapia, que es una fundación para financiar o fomentar investigación en cáncer infantil. A través de este acuerdo tenemos un contrato específico para cáncer pediátrico, que en el año 2017 fue para esta línea investigadora. Aparte tenemos los contratos de Severo Ochoa. Cada año de manera estratégica decidimos a qué grupos van a ir los contratos, por ejemplo, en el año 2017 han venido tres nuevos grupos al CNIO. Por tanto, tres de estos contratos van a ir a estos nuevos grupos y el otro se conseguirá de manera competitiva. Quien sea el mejor candidato se llevará el contrato e irá al grupo que corresponda. Así es como funcionamos, siempre basándonos en la excelencia.

Publicamos cada año un anuario —no sé si mandamos alguno al Congreso o no, aunque deberíamos hacerlo—. Aquí pueden ver los anuarios que hemos publicado. Ponemos mucha atención al cuidado de nuestra imagen, etcétera. El anuario del año 2017 lo estamos preparando ahora.

Asimismo, tenemos una serie de seminarios distinguidos. Todos los viernes hay un seminario distinguido en el CNIO. Vienen investigadores de primera línea del cáncer. Aquí pueden ver los pósters de los seminarios del curso 2016-2017 y del curso 2017-2018, que ya lo tenemos cerrado. Como podrán ver los nombres que aparecen son los científicos más prestigiosos que hay en tema del cáncer.

Hacemos algo también muy importante porque somos sede de organización de conferencias científicas. Hemos organizado tres simposios con *Nature*, pero los más famosos que organizamos se llaman CNIO Frontiers Meetings. Son simposios muy prestigiosos, donde asisten los editores de las mejores revistas e investigadores de primera línea de todo el mundo. Los de 2018 los pongo aquí. Además, les hemos cambiado el nombre, ahora se llaman La Caixa-CNIO Frontiers Meetings, porque los financia enteramente la Obra Social de La Caixa. Este apoyo nos gusta mucho, porque nos permite liberar este dinero para hacer otras cosas en el centro.

Tenemos un acuerdo con la Embajada de Francia que nos paga nuestros seminarios distinguidos que son a cargo de investigadores que vienen de Francia. Tenemos un programa de sabáticos, que en este caso son investigadores extranjeros que vienen al CNIO y están unos tres meses, y lo financia la Fundación Jesús Serra. Aquí pueden ver los que han venido en 2015-2016. Este año hemos tenido a Raul Rabadan —lo he mencionado antes— y a Wolfgang Weninger, y en 2018 tendremos a Scott Lowe, que es del Memorial Sloan-Kettering, es un científico muy prestigioso. Todo esto también es importante para nosotros, porque esos investigadores trabajan con nosotros y van a ser nuestros embajadores fuera del CNIO.

Tenemos un acuerdo con la Fundación Mujeres por África, que preside María Teresa Fernández de la Vega, por el cual vienen cada año al CNIO una o dos investigadoras de países africanos a hacer programas sabáticos. Aquí pueden ver a las tres investigadoras africanas que han estado en el CNIO. La Fundación Jesús Serra también nos financia una jornada, que la organizan los estudiantes del centro, y unos premios que damos cada año a los mejores trabajos de investigación. Con la Embajada americana también tenemos bastante relación. En el año 2018 vamos a recibir a uno de sus *bellows*, que en este caso es un experto en transferencia de tecnología y en innovación, que va a estar físicamente en el CNIO a través de este programa de la Embajada americana para ayudarnos en las actividades que tenemos de innovación y transferencia de tecnología.

Tenemos una Oficina de Mujeres y Ciencia y creo que somos el único centro individual que la tiene. Soy una convencida de que es muy importante fomentar que más mujeres investigadoras den los pasos a los niveles más altos de la carrera investigadora, porque aunque en el CNIO hay un 60 % de mujeres investigadoras, las mujeres directoras de grupos de investigación no llegan al 50 %. Creo que la culpa de esto la tienen los estereotipos contra los que hay que luchar. Tenemos un programa en el que vienen mujeres líderes de la política, de la música, de la escritura, etcétera, que nos hablan de su experiencia con la idea de romper estos tópicos. A muchas de estas conferencias invitamos a chicos y chicas de institutos de enseñanza secundaria para que escuchen estas charlas, porque creo que es muy importante hacer énfasis en la lucha contra estos estereotipos. Hemos traído al CNIO una exposición sobre Marie Curie. El Día de la Mujer Trabajadora siempre tenemos un evento; por ejemplo, este año se representó la obra de teatro *Una habitación propia*, que si no la han visto se la recomiendo.

Para nosotros también es muy importante la comunicación, que la sociedad española conozca lo que hace el CNIO, y ponemos mucho énfasis en ello. Nos gustaría ser mucho más conocidos de lo que somos. Pensamos que el ciudadano medio español no sabe lo que es el CNIO, pero creemos que hay que hacer un esfuerzo para que lo conozca. Vamos a cambiar ahora nuestra página web para hacerla más fácil, más

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 42

atractiva para que haya más ciudadanos que quieran formar parte de nuestro proyecto Amigos del CNIO. Todavía estamos preparando esta nueva web, pero se lanzará pronto. Estas son las apariciones del CNIO en los medios. Como ven, han aumentado muchísimo. Cuando llegué a la dirección del CNIO, en el año 2011, no había una oficina de comunicación. Se ha creado esta oficina y hemos aumentado mucho la presencia en los medios. Lo de abajo es una estimación de lo que nos costarían nuestras apariciones en la prensa si tuviéramos que pagarlas, que obviamente no pagamos ninguna. Lo nuestro para que puedan ver el impacto del CNIO en los medios, tanto escritos como en la radio y en la televisión. Nuestras notas de prensa también se distribuyen internacionalmente y aparecen en medios de comunicación de todo el mundo. Algunas noticias las pueden ver aquí. Cada vez que publicamos un trabajo que consideramos que es importante y que puede ser de interés para los ciudadanos hacemos vídeos divulgativos, que se transmiten por las redes sociales. Tenemos Facebook, Twitter, y aquí pueden ver el número de seguidores. Participamos en todo tipo de actividades: La noche europea de los investigadores; el Día Internacional de la Investigación del Cáncer, con el apoyo de Atresmedia y de Axa; hicimos una jornada especial en el Matadero para celebrar un debate sobre la importancia de la investigación sobre el cáncer; gente del CNIO, y yo misma, hemos participado en la campaña de La Caixa para visibilizar la importancia de la investigación que se llama Imprescindibles; tenemos un proyecto que se llama CNIO and the city, que es para formar estudiantes en actividades científicas y pueden pasar una temporada en el CNIO, etcétera. Esto está financiado por la Fundación Española de Ciencia y Tecnología y por la Fundación La Caixa. Tiene su propio sitio web en el CNIO. La hemos iniciado este año y la verdad es que está teniendo mucho éxito.

Finalmente, que quizá es lo más difícil, pensamos que nuestro país no tiene por qué ser diferente a otros países. Creo que la investigación tiene que estar financiada por el Gobierno, por supuesto, pero también los ciudadanos pueden participar si quieren. En el CNIO tenemos esta iniciativa que se llama Amigos del CNIO, que ha hecho que pasemos de no tener ningún tipo de donación, o muy poquitas en 2011, a superar este año los 250 000 euros, que estamos dedicando íntegramente a contratos de investigación. Esto nos ha traído legados. El CNIO tenía muy pocas herencias y legados, pero pueden ver aquí cómo han aumentado las dos cosas; ahora tenemos más de 700 000 euros de herencias y legados. Creo que esto es algo importante que tenemos que seguir apoyando, porque es muy común en Reino Unido o en Estados Unidos y es una oportunidad para el CNIO.

Invitamos a nuestros amigos una vez al año. Tenemos donaciones para becas individuales, que es un acuerdo con Asisa. Lo que hacemos con este dinero son contratos, y también tenemos un fondo para apoyo a la investigación de excelencia, que llamamos ERC Bridge. Esto lo paso rápido porque son distintas iniciativas de apoyo a los Amigos del CNIO, por ejemplo, la gala *Inocente, Inocente*; José Mota & More nos han hecho un vídeo de manera altruista para apoyar esta iniciativa de Amigos del CNIO que está por las redes sociales; hemos hecho un libro, que está a la venta en El Corte Inglés, que se llama *Excelentes*, que habla de la importancia de la investigación. La última iniciativa, que se lanzará en febrero, la hemos hecho con el apoyo de ARCO, que es la Feria de arte contemporáneo de Madrid, y la Fundación Banco Santander, se llama Binomio: Un diálogo entre ciencia y arte, donde cada año vamos a lanzar a una pareja formada por una científica o un científico y un artista. La primera artista es Eva Lootz —la conocerán, es madrileña—, y genera una obra de arte basado en el personaje de Margarita Salas y en su trabajo. Esto se va a exponer en el CNIO y después se subastará. El dinero de la subasta irá directamente a la iniciativa Amigos del CNIO. Se presentará en ARCO y se expondrá en el CNIO.

Termino expresando la importancia de la ciencia para el CNIO, pero también la del impacto social, porque para nosotros es fundamental movernos hacia lo que se llama la investigación e innovación responsable. Por ello, ponemos un énfasis no solo en la excelencia científica y en la formación, sino también —no he tenido tiempo de mencionarlo— en realizar publicaciones abiertas, lo que se llama *open science*, en educación, contacto con la sociedad, sin olvidarnos del tema del balance de género. Esto es lo que pensaba contarles.

¿Qué nos gustaría que mejorara? Ahora intervendrán otras personas, pero quiero decir que en los últimos años hemos perdido bastante flexibilidad. Por ejemplo, la masa salarial está congelada, lo que creo que nos dificulta mantener la capacidad para atraer talento internacional. No podemos hacer contratos indefinidos desde 2012. Esto es algo que nos afecta. Los Presupuestos Generales del Estado para 2017 han supuesto una dificultad adicional para las contrataciones en el centro.

Con esto he terminado. Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 43

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Blasco.

A continuación, van a tomar la palabra los diferentes portavoces. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señora Blasco. En primer lugar, uno no puede escucharla sin empezar por felicitarla. Hay pocas cosas en España de las que se pueda presumir un alto nivel como el que tiene el CNIO. La exposición que ha realizado ha sido verdaderamente abrumadora. Estar en el *top ten* en todos los *ranking* del mundo es para felicitar a quien ha sido su responsable durante todos estos años.

Me ha encantado su exposición y he aprendido muchísimas cosas. Una de las que más me ha sorprendido —le iré haciendo preguntas y me gustaría que me las contestase— ha sido que el presupuesto de este año —si no me equivoco— es de 45 millones. El presupuesto de 2016 era de 55 millones, pero creo que el problema es una diferente contabilidad de gastos. En cualquier caso, 45 o 55 millones es un presupuesto muy escaso. Me gustaría que lo comparara con el presupuesto de alguno de los centros que están en el *ranking* para que nos hagamos una idea de lo mucho que hacemos con lo poco que tenemos.

Ha dicho que en los últimos años se ha perdido flexibilidad. Nos gustaría, si fuera posible, que nos concretara qué medidas legislativas podríamos adoptar para facilitar esa flexibilización. Quisiera que, en relación con el presupuesto público de los últimos cinco años, nos contara cómo ha evolucionado la participación del Estado en la financiación del CNIO, porque creo que eso nos dará idea de la importancia que le hemos dado a este asunto.

Me gustaría comentar la alta tasa de renovación que ha mencionado, que ha dicho que es de alrededor de un 30 %. ¿En un centro de excelencia, de tan alto nivel, esto es normal o es una mala señal? A veces, una alta tasa de renovación puede ser una buena o una mala noticia, según lo mire uno, es decir, tenemos malas condiciones, la gente se va a pesar de ser un centro de excelencia, o, por el contrario, es una práctica habitual en este tipo de centros. Esto es importante para nosotros.

Ha hablado del sistema de incentivos por regalías, y me parece un sistema muy interesante. Pero también me asombra el alto grado de contratos que tenemos con la industria farmacéutica, que indica el buen funcionamiento del CNIO. Me gustaría hacer una pregunta. ¿Revierte de alguna manera en el Estado español? Voy a poner un ejemplo del que siempre se habla aquí, que es el de la hepatitis C, de los 1 700 millones que nos van a costar todos los antitumorales nuevos. ¿Nos planteamos utilizar el CNIO para que se beneficie la sostenibilidad del sistema sanitario? Si esos nuevos tratamientos parten de una investigación básica hecha en el CNIO, el Estado español debería tener una ventaja competitiva para ayudar a sostener el sistema sanitario. No sé si esta es una idea descabellada o si es una originalidad, pero es que a veces cuando uno ve el sistema desde la parte asistencial y del coste del sostenimiento, sobre todo de la innovación, piensa que sería una buena cosa.

Nos llegan quejas de que es sencillo hacer la investigación básica. Sin embargo, cuando se trata de pasar al mercado, por el sistema de fijación de precios que tenemos, por el sistema de contratación, se acaban yendo a empresas extranjeras, porque es más fácil llegar a acuerdos para la comercialización posterior. ¿Qué podría decirnos sobre esto? Es verdad que en España los ensayos clínicos están muy favorecidos, puesto que la última ley cambió mucho las condiciones. Nosotros tenemos alguna pregunta a este respecto. ¿Es éticamente aceptable o hay un problema de legitimidad ética en la legislación española? Por ejemplo, que los pacientes que son sometidos a estudios en fase III, que demuestran evidencia de buenos resultados, se queden sin tratamiento cuando se suspende el ensayo hasta que el Estado fija precio, hasta que llega a un acuerdo. Me gustaría conocer su opinión, aunque no tiene que ver directamente con el funcionamiento del CNIO.

Le hago la pregunta que está en el aire sobre el futuro de las contrataciones. Nosotros creemos que hay que dar una solución urgente, pero también que esta debe ser definitiva y no hacer un nuevo parche, dar una patada hacia delante. Nos gustaría conocer su opinión sobre la forma de contratación, por qué no podemos hacer en este país contratos estables. Ciudadanos es conocido por ser partidario del contrato único, también en estas circunstancias. Quisiera saber si en su opinión sería favorable para mejorar las relaciones laborales dentro del CNIO. No sé si le he hecho muchas preguntas.

También nos gustaría saber si el consejo científico asesor que tiene el CNIO realiza informes y si estos son públicos, si podríamos tener acceso a ellos. Asimismo, le pregunto por la pérdida de investigadores en los últimos años. Sobre algunos se han dado explicaciones públicas más que suficientes, pero es verdad que parece, por los datos que tenemos, que ha bajado el número de investigadores galardonados

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 44

con el European Research Council. ¿El CNIO ha sufrido pérdidas importantes? ¿Qué podemos hacer para revertirlo e intentar que no sea así?

No me gustaría agotarla, dado lo avanzado de la hora. Solo me queda darle las gracias por una exposición absolutamente abrumadora y por el trabajo de seis años que se demuestra con números. Quiero felicitarla.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Igea.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Marcello.

La señora **MARCELLO SANTOS**: En primer lugar, quiero darle las gracias por su exposición. La que le habla no es una experta del mundo sanitario ni del científico, sino que simplemente provengo del ámbito sanitario, y viendo todos los esfuerzos y todas las investigaciones que están haciendo, simplemente tengo que darle las gracias.

Estudiando un poco lo que es el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, y viendo la explicación de todos los proyectos que están llevando a cabo, me sorprende mucho ver la poca, a mi juicio, inversión que se hace desde el Estado en investigación y desarrollo, porque es solo del 1,19 % del PIB. Pensaba: Bueno, puede que haya sido solo este año o incluso el anterior. Pero es que veo que en los últimos siete años ha habido un descenso de la inversión que hace el Estado en investigación y desarrollo. En el año 2010 —como ha mostrado en la diapositiva— la inversión era del 1,35 % del PIB y siete años después ha habido una disminución notable. Estas cifras se alejan mucho de las que tienen en el Unión Europea, cuya media es de un 2 % de inversión, y mucho más del compromiso de España con la Unión Europea, que es llegar al 3,3 % en 2020. Le quiero preguntar, como directora del CNIO, si cree que el Gobierno tiene alguna voluntad política de dedicar partidas presupuestarias para investigar procesos oncológicos, y si hay alguna posibilidad de que España llegue a alcanzar los compromisos adquiridos con Europa para el año 2020 en cuanto a la investigación y el desarrollo.

Reconociendo que el CNIO es uno de los centros más relevantes y un buque insignia de la investigación contra el cáncer, uno de los cinco centros que hay en todo el mundo —hay cosas que te hacen sentir orgullosa de tu país—, le quería preguntar, como directora del centro, cómo valora que se esté planteando la no renovación de más de ochenta y siete personas a final de año, sabiendo que en 2018 está en peligro el puesto de trabajo de otras cuarenta y siete personas. Estamos hablando de ciento treinta y cuatro investigadores en cuya formación se ha invertido y que ahora están en proceso de quedarse sin su trabajo. Estamos poniendo en peligro los estudios que están haciendo. No vengo del ámbito sanitario ni del científico, pero me parece que lo que estamos haciendo es una aberración. Me da vergüenza que esto se esté produciendo. Creo que es una cuestión de ineficacia, porque hemos dedicado muchos esfuerzos a la formación de estos profesionales para que ahora se les deje en la calle, porque, una vez más, cogerán las maletas y se irán a volcar sus conocimientos en otros países. Quiero decir, por contactos que tenemos con ellos, que quienes están ahora mismo en riesgo son investigadores, investigadoras, personal técnico y personal administrativo. Desde el desconocimiento científico, le quiero preguntar, cómo afectará a los procesos de investigación en curso que no se produzcan las renovaciones, que realmente se desmantele el CNIO, porque creo que hay un desmantelamiento del CNIO encima de la mesa. ¿Se paralizan? ¿No se sigue investigando? ¿No se van a poder abrir otros procesos de investigación? No me valen los rumores que nos llegan de un posible real decreto para poner un parche a esta situación o que ahora haya encima de la mesa un informe de la Abogacía del Estado. Creo que esto pasa por la voluntad política de querer investigar para acabar con la lacra que es el cáncer. No gastemos más fondos en campañas de sensibilización y en lacitos que nos ponemos un día en el pecho, cuando lo que realmente necesitamos es investigación contra el cáncer. Esta es nuestra opinión. Le pregunto directamente cómo valora, como directora del CNIO, los recortes que ha habido en este país para la ciencia en general. También me gustaría saber si hay voluntad política de investigar, porque creo que no la hay. Esta es la opinión de mi grupo. Por desgracia, como digo, creo que estamos frente a un desmantelamiento de todos los sistemas que tenemos en nuestro país, y esta vez, mejor dicho, durante siete años, le ha tocado también a la investigación oncológica. Esto creo que viene, repito, por una falta de visión y de voluntad política de invertir directamente en la ciencia.

Quiero remarcar que esto no es algo que valoremos nosotros como Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem, sino que ya nos lo decía la OCDE cuando señalaba que en España había que aumentar el gasto en inversión y desarrollo, aunque a mí me gusta más llamarlo inversión, no gasto, pero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 45

es un matiz. En sus últimos informes sobre España, la OCDE decía que teníamos que mejorar el comportamiento de los investigadores en el mercado laboral y nos recomendaba que bajara la temporalidad. Es que los tenemos en una situación precaria, cuando lo que están haciendo es investigar para que podamos seguir con vida. Es una auténtica locura. Debe ser que ese informe no le interesa al Gobierno. Por eso quiero preguntarle, como directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, cómo cree que deberían ser los próximos Presupuestos Generales del Estado para que podamos seguir investigando.

Como usted ha dicho, estamos frente a uno de los cinco centros del mundo de investigación contra el cáncer y quiero dar las gracias sobre todo a los investigadores, que son los que realmente están intentando conseguir la cura del cáncer. También le agradezco la explicación que nos ha dado sobre la lucha que llevan a cabo contra los estereotipos de la mujer investigadora, como científica, porque realmente parece que aquí solo investigan los hombres. Muchas gracias por esa visión y, sobre todo, por el trabajo y la labor que realizan.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Marcello.
Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Gracias, presidenta.

Buenas tardes, casi buenas noches. A pesar de horario, creo que la comparecencia de la señora Blasco ha sido interesante. Es muy importante el tema que nos ocupa en estos momentos, que es la situación de la investigación, tanto por la importancia que tiene para sacar a España de su modelo económico trasnochado, como por la situación que tiene la investigación en España, desde luego la biosanitaria, después de la tremenda crisis que hemos padecido. Quiero felicitarles, a usted y a todos los equipos investigadores, porque ha presentado unos resultados del centro que realmente muestran el valor del trabajo que se hace allí. Pero le tengo que decir que he echado de menos más crítica en su presentación —no me refiero a otro afán que no sea el constructivo—, porque si viene a la Comisión de Sanidad del Congreso esperamos conocer cuáles son los problemas que tiene el CNIO, además de los resultados, que son importantes, para poder —se lo han comentado otros portavoces— plantear soluciones. Solamente ha sido al final, en la última diapositiva, donde más o menos ha esbozado alguno de los problemas que existen.

La situación de la investigación en España es tremenda, y lo ha comentado la señora Marcello. Los informes del Instituto Nacional de Estadística demuestran que en España solo ha crecido un 0,7 % la inversión en I+D en el año 2016, cuando la economía ha crecido un 3,3 %. Seguimos perdiendo puestos en inversión en I+D. Cuando uno compara los datos de España de los años 2009 a 2016 respecto a nuestros competidores europeos, ve que la situación es absolutamente catastrófica. España ha perdido un 12,6 % de inversión pública en I+D, mientras la media Europea ha subido en estos mismos años un 17,5 %. De los países que van en cabeza, Alemania ha subido un 35 % y Reino Unido un 30 %. Insisto en que España ha perdido un 12,6 %. Si ya las cifras de inversión en I+D en España se han reducido a la mitad en estos años, esto hace que hayamos perdido puestos en el *ranking* de inversión en I+D en la Unión Europea. Hoy la inversión en I+D en España es un 59 % de la media de la Unión Europea. Estas cifras deben hacernos pensar qué está pasando y por qué durante estos años, en lugar de aprovechar para transformar el modelo económico que tiene España, hemos seguido insistiendo en un modelo caduco.

Me he tomado la molestia de ver, con datos del Instituto Nacional de Estadística, cómo ha sido la evolución del número de investigadores en España. El número total de investigadores en estos últimos siete años ha bajado en 7170, de los cuales 3500 se han reducido dentro de la Administración pública y 4762 en la enseñanza superior. La diferencia en el gasto en inversión que hacen la Unión Europea y España desde el año 2009 ha pasado del 0,52 % al 0,84 % en porcentaje del PIB. Mi pregunta es, ¿esta misma situación que reflejan los datos generales del INE, ha ocurrido con la investigación biosanitaria en España? ¿Qué soluciones pueden existir para que, además de aumentar la inversión pública en I+D, absolutamente imprescindible, consigamos que también el sector privado aumente su esfuerzo en investigación y desarrollo? Esto es respecto de la investigación en general.

Yendo al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, quiero preguntarle en qué situación está el plan estratégico del CNIO, si tienen previstos algunos cambios sobre el plan científico, cuál es el plan financiero del centro a medio plazo, y también, porque lo ha comentado otro portavoz, cuál ha sido la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 46

razón por la que en estos últimos años se ha perdido a algunos de los investigadores líderes, si podía haber sido evitado teniendo más recursos y una capacidad mayor de fijación de estos equipos.

Por último, quiero mencionar el problema de los contratos de los investigadores. Usted ha mandado una carta al presidente del Gobierno pidiéndole una solución urgente para esta situación. Lo han hecho setenta y cinco investigadores del CNIO y del Cenit y usted aquí no ha mencionado nada de esta situación. Sabemos que la Ley de presupuestos del año 2017 era una trampa para la investigación en estos centros, que son centros de investigación pública, las fundaciones, porque han evitado la renovación de más de cien contratos en el caso de su centro y algo menos en el CNIC. El Gobierno dijo que lo iba a solucionar con la ley del plan prepara, pero usted mismo ha dicho que eso no resuelve nada y que la situación del CNIO es desesperada —textualmente, según declaraciones que usted ha hecho—. Por tanto, le diría que el Grupo Socialista es muy consciente de este problema. Nada más saberlo presentamos una proposición no de ley en este Congreso en septiembre de este año. La vamos a debatir pasado mañana en la Comisión de Economía y esperamos el apoyo del resto de grupos a una resolución que irá en la misma línea que la moción ya aprobada en el Senado a consecuencia de una interpelación del senador socialista Martínez Olmos pidiendo una solución urgente para la renovación de estos contratos.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señor Fernández.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora González.

La señora **GONZÁLEZ VÁZQUEZ**: Gracias, señora presidenta.

Doctora Blasco, bienvenida a la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. Muchas gracias por su intervención, sumamente interesante para quienes formamos parte de esta Comisión, puesto que nos proporciona toda la información sobre uno de los buques insignia de la investigación en España, el CNIO, y además, como usted nos ha mostrado con muchos datos, del mundo. Muchas felicidades, por tanto. Me uno a las felicitaciones que ha recibido ya por parte del resto de los portavoces.

Creo que pretendía usted centrarse más en cuestiones científicas en su intervención que en otro tipo de aspectos, no tanto en la polémica relativa a la aplicación de la disposición adicional 34 de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2017 y en cómo afecta al personal de CNIO. Sin embargo, como este problema ha sido traído a debate por parte de la diputada del Grupo de Unidos Podemos y también ahora por parte del portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, querría recordar a ambos, puesto que lo saben ya, y por eso considero que se lo estoy recordando y no trayéndoselo como novedad, que el Ministerio de Economía aprobó —no es un real decreto del que usted oiga hablar— el pasado 6 de octubre —el Ministerio de Empleo, en realidad, pero a través también de la participación del Ministerio de Economía— un real decreto, el 14/2017, que vincula los contratos por obra en proyectos específicos de investigación científica y técnica suscritos por administraciones públicas y vigentes en el momento de la aprobación de este real decreto a la actual Ley de la Ciencia, del año 2011, quedando de esta manera al margen del cumplimiento de la disposición adicional.

Asimismo, quería recordar también —especialmente al portavoz socialista, que ha mencionado a su compañero, el senador Martínez Olmos, que fue quien llevó esta iniciativa— que hace dos semanas en el Senado el ministro de Economía ha anunciado que el Gobierno tiene previsto incluir en el anteproyecto de los Presupuestos Generales del Estado para 2018 —una razón más para que el Grupo Socialista tuviese la voluntad de apoyarlos— una iniciativa para mejorar la estabilidad laboral de los investigadores con contrato temporal en OPI, consorcios y fundaciones científicas, pudiendo disponer de una tasa de estabilización del empleo temporal de hasta el 90 % de las plazas que estén dotadas presupuestariamente y que hayan sido ocupadas ininterrumpidamente por investigadores con contratos temporales al menos durante tres años anteriores a 31 de diciembre de 2017. Según los cálculos del propio ministerio, esta medida beneficiará aproximadamente a 2500 trabajadores y trabajadoras.

Una vez dicho esto y habiendo sido traída al debate la cuestión de la carrera investigadora, quiero hacerle algunas preguntas, surgidas a la luz de su intervención.

En la práctica, en cuanto al problema de la estabilidad del personal investigador y sus carreras científicas, que se desarrollan normalmente no en uno, sino en dos, tres o varios centros de investigación, usted ha mencionado la tasa de renovación del CNIO, que, evidentemente, es más elevada que la de cualquier otro organismo público. Y sobre la necesidad de acoger el talento, usted se ha referido en varias ocasiones al porcentaje de responsables investigadores que proceden de países diferentes al nuestro. Independientemente de la nacionalidad de origen del investigador o investigadora, está la constante

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 47

presión de publicar en las mejores revistas científicas, el famoso *publish or perish* tan conocido. Son factores que hay que tener en cuenta a la hora de planificar adecuadamente la estructura de personal de un centro de investigación. Por ello, quería preguntarle: ¿Cree usted que el personal investigador debe tener un reglamento laboral específico, alejado del sistema funcional, quizás con modelos contractuales propios y procesos de accesos diferentes o, por el contrario, ese modelo de carrera profesional investigadora —por supuesto, vinculada, cómo no, al mérito, a los resultados— debe ser el de las universidades, el del CSIC, con su asimilación a la normativa general de la función pública, tal y como establece la Ley 14/2011, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación? Evidentemente, ello trae consigo problemas como la falta de flexibilidad, rigidez y demás, aspectos que quizá no son los más adecuados para una carrera profesional en el ámbito científico.

Quería preguntarle también sobre algunas otras cuestiones, ya al margen de la carrera profesional de los investigadores. Los centros como el CNIO y el CNIC nacieron con un objetivo único, monográfico. ¿Cree usted, después de los años de experiencia al frente del CNIO y de los años de historia de este, que sería conveniente para el desarrollo de los mismos abordar temáticas diferentes a la inicialmente definida? Se me ocurre, evidentemente, y no puede ser de otra manera, el envejecimiento, por ejemplo, en el caso del CNIO, cuestión que además ha sido objeto de atención en esta Comisión esta tarde.

En la misma línea y al hilo de la historia y la experiencia del CNIO, ¿cree usted necesario crear más centros específicos dirigidos a otras áreas de investigación de interés sanitario? En caso de ser afirmativa su respuesta, ¿considera necesario crearlos en Madrid o cree más adecuado un modelo descentralizado de la ciencia?

Por otra parte, usted nos ha comentado la cuestión de la desigualdad y la discriminación de género en la ciencia, nos ha mostrado el trabajo que el CNIO hace en la práctica desde su unidad y ha destacado en varias entrevistas que, aunque el número de graduadas y doctoras no deja de aumentar en España, los cargos de responsabilidad continúan estando mayoritariamente en manos de varones y el CNIO no escapa esa tendencia. ¿A qué piensa usted que se debe concretamente esta situación, al margen de la evidencia de la discriminación, que, por otra parte, es contrastable numéricamente, y qué medidas considera que deberían ponerse en marcha para revertirla?

Por último pero no por ello menos importante, ¿cuáles cree que son las principales actuaciones que se deberían realizar para incrementar la calidad de la investigación científica en España, de la que el CNIO es un ejemplo tan importante, y, la transferencia, a la que usted también ha dedicado buena parte de su intervención?

Muchas gracias de antemano por sus respuestas.

Gracias, señora presidenta, por su generosidad.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Gracias, señora González.

A continuación, tiene la palabra nuevamente la señora Blasco para contestar a las diferentes preguntas que se le han formulado.

La señora **BLASCO MARHUENDA** (Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas): Muchas gracias a todos por sus intervenciones y preguntas. Intentaré responder a todas, aunque son muchas, y ser breve.

Empezando por contestar al portavoz de Ciudadanos, con respecto al presupuesto del CNIO, aunque son 45,3 millones, he de aclarar que estatal, o sea, de la nominativa directamente aprobada en Presupuestos Generales del Estado, son 21 millones. El resto lo conseguimos de manera competitiva, es decir, lo conseguimos porque nuestros investigadores compiten por dinero público, contratos con la industria, etcétera. Y creo que el balance es bastante sano: más o menos, un 50 % lo recibimos del Gobierno y otro 50 % lo conseguimos nosotros —me incluyo porque yo también soy investigadora—, gracias a nuestros méritos y capacidades.

Con respecto a la flexibilidad, de la que, efectivamente, me he quejado, sí que ha habido una importante pérdida de flexibilidad, y creo que lo he expresado claramente. Lo puedo señalar de nuevo en la diapositiva. Como pueden ver, en ella aparece el resumen de las principales cosas que creo que dificultan nuestro día a día y que nos gustaría que fueran diferentes. Me he referido a la masa salarial, que está congelada, y eso realmente supone un riesgo de pérdida de competitividad, sobre todo para traer talento internacional. Si nosotros tenemos salarios que están muy por debajo de los salarios que se pueden ofrecer internacionalmente, obviamente esto va a limitar nuestra capacidad para traer talento internacional. Por otra parte, tener la masa salarial congelada también supone que no podamos hacer

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 48

promoción de técnicos e investigadores básicamente desde 2012, es decir, que no podemos incentivar a los mejores, como veníamos haciendo hasta ese momento. Hay una fiscalización extrema, que supongo que es por la situación de la crisis económica tan dura que ha pasado este país.

Una restricción importante ha sido no poder hacer contratos indefinidos desde 2012, porque esto a su vez ha generado muchísimos contratos temporales, lo que nos lleva al problema que he mencionado y que se deriva de los Presupuestos Generales del Estado para 2017, que, obviamente, es algo que me preocupa. Y aprovecho para contestar también a los distintos portavoces que me han preguntado al respecto. Por supuesto, me preocupa como directora científica. Personalmente, no soy la responsable de las contrataciones. Hay un director gerente, que es Juan Arroyo, que además no depende de mí. Si de mí dependiera, seguramente tendría una actitud diferente. Por tanto, en este caso, obviamente, esa disposición responsabiliza a los gestores en los casos de concatenación, y eso está generando un problema relativo a que no se estén renovando contratos por obra y servicio.

No hay que pasar por alto el hecho de que ahora tenemos que realizar una petición previa de autorización para las nuevas contrataciones, a costes de personal en Hacienda, y el tiempo de respuesta está siendo muy largo, es decir, de alguna manera ello dificulta nuestro día a día. Por tanto, sobre algo que antes hacíamos con muchísima flexibilidad, algo que había quedado extremadamente flexible, ahora tenemos que pedir esta autorización previa, que ententece un poco las cosas. O sea, si yo pudiera pedir en una carta a los Reyes Magos cosas que me gustaría cambiar, obviamente, están todas en esta diapositiva. Me parece que no solo se trata de dinero, y también aprovecho para decir que nuestro presupuesto no se ha recortado más de un 5 % desde 2009 hasta el presente —es un recorte, pero, comparado con el de otras instituciones, como el CSIC, nos consideramos afortunados de que solo haya habido un recorte del 5 %—, porque esta pérdida de flexibilidad nos hace las cosas más difíciles, y esto sí me gustaría que cambiara. Además, creo que el coste tampoco es tan elevado. Considero que es muy importante que podamos volver a hacer contratos indefinidos en el centro, porque es fundamental. Hay que entender que no todo el mundo está esperando un contrato indefinido, porque hay muchos estudiantes que pasan aquí una temporada, luego se van a otro país, etcétera. Pero hay puestos estructurales del centro con respecto a los que, obviamente, es necesario que tengamos capacidad para hacer contratos indefinidos. Y con esto creo que he contestado a una pregunta de varios grupos.

Sobre la evolución de los presupuestos públicos en los últimos cinco años en cuanto al CNIO, ya he dicho que el recorte ha sido, en total, un 5 %. No han aumentado.

Con respecto a la alta tasa de renovación, en el CNIO siempre hemos tenido una alta tasa de renovación. Yo estoy en el CNIO desde 2013. Los grupos junior pueden estar un máximo de ocho años, y después se tienen que ir, según nuestra regulación. Poder ser incubadora de nuevos grupos hace que no podamos tener grupos *ad eternum*. Por tanto, los grupos de investigación junior a los ocho años van a otro sitio, no porque sean malos o porque no sean suficientemente buenos, sino porque es la única manera que tenemos, primero, de dar oportunidades a nuevos grupos y, a la vez, de traer nuevas líneas de investigación al centro. También se han ido algunos grupos de investigación sénior. Esto es así. Por supuesto, nunca nos gusta que un grupo sénior bueno se vaya, pero también es cierto que en el mundo de la investigación, cuando uno es muy bueno —y eso también me ha pasado a mí—, le llueven ofertas de otros sitios, y estas ofertas pueden ser mucho mejores que la del centro de investigación actual. Como digo, yo estoy en el CNIO desde 2013 y recuerdo casos como el de Manel Esteller, que se fue a dirigir un programa de investigación en Cataluña, o los de Gil, Nebreda, etcétera, y esto ha continuado ocurriendo en el CNIO. No nos gusta perder grupos buenos, pero lo importante es ser capaces de traer grupos buenos cuando lo necesitamos. Y ahí es donde el CNIO pone el énfasis. Este año hemos traído a Óscar Llorca, que es un líder internacional en biología estructural, y estamos en el proceso de contratación de un nuevo director de oncología molecular y los candidatos que tenemos son excelentes. Entonces, creo que lo importante es que el CNIO tenga esta capacidad de competir por investigadores.

La alta tasa de renovación no lo veo como algo negativo, ni mucho menos. Es algo muy común en países líderes en la investigación. Lo que debemos hacer es ser capaces de estar siempre a la última, de conseguir a los mejores y seguir trabajando en las líneas de investigación de actualidad, que, obviamente, son la frontera del conocimiento. El CNIO tiene que estar siempre en la frontera y esa renovación le permite eso. Sí nos gustaría, como digo, tener algo más de facilidades. Si pudiéramos ofrecer salarios más competitivos, seguramente seríamos capaces de traer investigadores más *top* internacionalmente. Por supuesto, todo esto puede mejorar y nos gustaría que fuese así, como digo acerca de mi carta a los Reyes Magos, porque estaríamos mucho más felices y tendríamos más capacidad para traer a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 49

investigadores *top*, aunque, en las condiciones que tenemos, también somos capaces de traer a buenos investigadores; pero esto podría mejorar. O sea, no creo que no pueda mejorar, sí puede ser.

Sobre los incentivos, regalías y cómo revierte en el coste sanitario del Estado español que en el CNIO se produzca desarrollo de fármacos, creo que es un poco temprano. EL CNIO empieza con estas actividades de innovación hace relativamente poco tiempo y los primeros productos están llegando ahora a los pacientes con cáncer. Creo que no depende del CNIO si después esto va a revertir o no en el gasto sanitario del Estado español. Para nosotros, creo que nuestra misión termina en hacer investigación de excelencia, ser capaces de generar productos innovadores y de ayudar a llevar estos productos innovadores al paciente de cáncer. Son decisiones políticas que a mí no me competen las relativas a cómo esto pueda tener un impacto a largo plazo sobre el coste sanitario en nuestro país.

Por mencionar algunas cifras, precisamente esta mañana ha habido una reunión del patronato del CNIO y me han preguntado sobre ello. El retorno, o sea, el dinero que el CNIO genera de regalía representa un 5 % de nuestro presupuesto total. Es exactamente lo mismo que representa el presupuesto de retorno en el MIT, el Massachusetts Institute of Technology, que saben que también es un polo de innovación en Estados Unidos. Entiendo que hacer innovación no solo genera retornos al centro, sino que enriquece al tejido empresarial, genera puestos de trabajo a través de estas compañías que se han creado. La riqueza que produce la innovación no se circunscribe solo al CNIO, y por eso la hacemos. Si fuera solo por recobrar la inversión hecha, seguramente no merecería la pena. Creo que la importancia de la innovación es que contribuimos a cambiar el modelo productivo de este país, generando nuevas empresas, nuevos tipos de puestos de trabajo, etcétera. Y ese mismo estudio y e igual conclusión han obtenido en Estados Unidos, por ejemplo, con el MIT: más o menos, representa un 5 % de los retornos.

Me preguntaba sobre la dificultad de que se paralizaran ensayos clínicos en fase 3, etcétera. Realmente, desconozco los temas puramente sanitarios. Soy investigadora y la directora científica del CNIO, pero no estoy metida en temas de política sanitaria. De hecho, estoy encantada de comparecer en la Comisión de Sanidad, pero seguramente la comisión de ciencia sería también un ámbito donde tendría sentido esta presentación.

En el caso del tema de las contrataciones, ya he dicho lo que pienso. Lo que necesitamos es poder hacer contratos indefinidos, poder volver a hacerlos, aunque sea a cargo de proyectos externos, porque es una manera de dar más estabilidad a nuestros investigadores. Y espero que esta sea la solución que nos den. No está en mis manos, pero sería lo que me gustaría.

Sí tenemos informes del consejo asesor del CNIO, que son para nuestro patronato. No creo que hubiera mayor problema en compartir los de los últimos años, pero, obviamente, habrá que preguntar a los presidentes de los consejos asesores, porque los hacen para este órgano, por lo que no sé hasta qué punto son públicos. Personalmente, no tengo capacidad para compartirllos sin tener que preguntarlo.

En cuanto a las preguntas del portavoz del Grupo de Unidos Podemos, estoy totalmente de acuerdo con lo que han dicho acerca de que España no llega a la media europea en inversión del producto interior bruto en investigación. Países nórdicos y Alemania, por ejemplo, pasan del 3 %. Los científicos siempre nos quejamos —y yo la primera— y creemos que debería aumentar el gasto en este campo. Pienso que la investigación es el futuro de los ciudadanos y también de un país, y, desde luego, estoy totalmente a favor de que se aumente claramente el apoyo a la investigación en España. Es fundamental y además creo que corre prisa, porque ya llevamos varios años realmente duros para la investigación. En 2012 los planes estatales redujeron en un 20 % el presupuesto en esta materia, lo cual creo que hace urgente que se tomen medidas importantes sobre aumento del gasto en investigación. Y todos los científicos pedimos lo mismo en este sentido.

La no renovación de contratos me preocupa muchísimo, así lo he dicho públicamente, como ha recordado el portavoz del Grupo Socialista. Es una barbaridad y confío en que haya una solución, porque no nos cabe otra cosa en la cabeza ni al CNIO. Son personas que trabajan como jefes de grupo, jefes de unidad, y, por tanto, creo que se encontrará una solución, y es lo que nos dicen. Estamos en contacto constante con la Secretaría de Estado y se nos dice que hay soluciones, que se está trabajando en ellas y que se van a dar. Así lo esperamos todos en el CNIO, obviamente. Y en cuanto a cómo afectaría si no ocurriera, sería grave, porque, como digo, es personal crítico para el CNIO. Creo que con esto contesto a las preguntas y comentarios del Grupo Socialista. He anotado muchos números y comentarios que han hecho a este respecto, pero no tengo nada más que añadir en ese sentido.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 50

Me preguntaba acerca de esta situación en el área biosanitaria, pero yo tampoco soy una experta en este ámbito. Es decir, yo soy la directora científica del CNIO. No obstante, no recuerdo muy bien la pregunta.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Los datos son generales sobre investigación. Preguntaba si en el área biosanitaria ha habido los mismos recortes en investigación y personal.

La señora **BLASCO MARHUENDA** (Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas): Soy la directora científica del CNIO, no hago política científica, no tengo los números del sector sanitario. Sí le puedo decir que en los planes estatales de investigación ha habido recortes hasta del 40 %. Este mismo año se han recortado un 20 % más. Esto hace que haya menos dinero para competir y, por tanto, los científicos recibimos menos dinero para investigar. En cuanto al presupuesto del CNIO, no se ha recortado el presupuesto estructural del centro, solo un 5 %, pero sí es cierto que tenemos menos dinero para investigar. Y esto sí lo notamos como algo negativo.

En cuanto al plan estratégico del centro, tampoco sé muy bien a qué se refería. Por supuesto que el CNIO tiene planes estratégicos. Hacemos un plan de actuación cada año, que además es obligatorio y hay que presentarlo al patronato. Somos un centro Severo Ochoa, lo cual nos obliga a hacer planes estratégicos cada cuatro años. Llevamos ya cuatro años y dos años más de centro Severo Ochoa y tenemos un plan científico estratégico muy definido. Si no, no seríamos un centro Severo Ochoa. Por eso, no sé muy bien a qué se refería.

Sobre el plan financiero, no soy la responsable financiera del CNIO. Hay un director gerente, que además no está bajo mi mando, es decir, no estoy por encima de él organizativamente. El CNIO todavía está en un plan de viabilidad, sobre todo entiendo que debido a tener que devolver unos créditos bastante importantes que tenía, de más de 40 millones de euros, que está devolviendo a razón de unos cuatro millones de euros por año. Esto ha hecho que debamos tener un plan de viabilidad y también ha dificultado un poco la actividad del centro, debido al retorno de estos créditos. No sé si se refería a esto o no.

Ya me he referido a la cuestión sobre investigadores líderes. Y en cuanto a los contratos de los investigadores, creo que también he sido suficientemente clara y elocuente. Es algo que creo que se tiene que resolver. Es fundamental para el CNIO. Pero no solo para él. Es un problema que también afecta al CNIC, a otras fundaciones de investigación, etcétera.

Finalmente, en cuanto al Grupo Popular, su portavoz me preguntaba si creo que tiene que haber contratos específicos para el personal investigador. No sé si no me corresponde decidir cómo tienen que ser los contratos de investigación, pero creo que debemos tener la posibilidad de hacer contratos indefinidos, bien sea a cargo de proyectos de la nominativa del CNIO o bien a cargo de proyectos externos, y tiene que ser un asunto bastante flexible. La carrera investigadora no ocurre solo en España, es una carrera internacional. En todas partes del mundo es igual. Es una carrera que debe ser flexible. Debemos tener flexibilidad. Y también es muy importante tener capacidad de hacer contratos indefinidos cuando tenemos personal que queremos retener, que es personal estructural del centro. Por tanto, en ese sentido, creo que lo que ha ocurrido significa un paso hacia atrás. Ahora, en algo que hacíamos con cierta normalidad hasta 2012, se ha dificultado todo.

Con respecto a si tiene que haber más centros monográficos o si tendríamos que hacer una investigación más multidisciplinar, creo que, por una parte, es importante que haya centros como el CNIO y el CNIC, porque el cáncer y la enfermedad cardiovascular son las principales causas de muerte en nuestra población, pero también es cierto que en ambos centros hay muchos grupos que estudiamos el envejecimiento, porque este es el origen de estas enfermedades. Es decir, dentro del CNIO estudiamos muchos procesos diferentes. Una de las licencias que hemos dado este año ha sido precisamente para la obesidad, el síndrome metabólico, porque hemos visto que un producto que hemos generado para el tratamiento del cáncer también funciona para la obesidad. Los científicos tenemos una mentalidad muy abierta y, aunque estamos investigando cosas que van a derivar en entender mejor lo que es el cáncer, desde luego, nos interesa la investigación, en general, y estudiamos distintas materias que afectan a muchas enfermedades diferentes, aunque estemos en el CNIO o en el CNIC. Dicho esto, es verdad que España adolece de no tener un centro monográfico en investigación sobre envejecimiento, como tienen otros países. Es el caso de Estados Unidos, Reino Unido, Francia o Alemania. En nuestro país no está representado y creo que es algo de lo que adolecemos.

Creo haber contestado a todas las preguntas. Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 397

11 de diciembre de 2017

Pág. 51

La señora **VICEPRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Blasco. Creo que es el sentir unánime de esta Comisión querer trasladarle a usted y a todo su equipo nuestra enhorabuena por el trabajo bien hecho.

La señora **BLASCO MARHUENDA** (Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas): Muchas gracias. Ha sido un placer. Espero que puedan venir al CNIO algún día a visitarnos.

La señora **VICEPRESIDENTA**: Señorías, se levanta la sesión.

Eran las nueve de la noche.

cve: DSCD-12-CO-397