



TRANSCRIPCIÓ EN BRUT

Aquesta transcripció està pendent de verificació i correcció. Pot contenir, doncs, errades de fidelitat i incorreccions lingüístiques i no es pot considerar com una publicació oficial

Fitxer 15CS1

XV legislatura · tercer període · sèrie C · número 239

Comissió de Salut

Sessió 15, dijous 29 de maig de 2025

Presidència de l'H. Sr. Carles Campuzano i Canadés

Sessió 15 de la CS

La sessió de la Comissió de Salut (CS) s'obre a ****. Presideix Carles Campuzano i Canadés, acompanyat del vicepresident, Ernesto Carrión Sablich, i de la secretària, Maite Selva i Huertas. Assisteix la Mesa la lletrada Anna Casas i Gregorio.

Hi són presents [Sabrin Araïbi Marachi](#), [Imma Ferret Raventós](#), [Sara Jaurrieta Guarnier](#) i [Christian Soriano García](#), pel G. P. Socialistes i Units per Avançar; [Jordi Fàbrega i Sabaté](#), [Rosa Jové i Montañola](#) i [Noemí Nieto i Fumanal](#), pel G. P. de Junts; [Juli Fernàndez Olivares](#) i [Tània Verge Mestre](#), pel G. P. d'Esquerra Republicana de Catalunya; [Hugo Manchón García](#) i [M. Belén Pajares Ribas](#), pel G. P. del Partit Popular de Catalunya; [María Elisa García Fuster](#), pel G. P. de VOX en Cataluña; [David Cid Colomer](#), pel G. P. Comuns; [Laia Estrada Cañón](#), pel G. P. de la Candidatura d'Unitat Popular - Defensem la Terra, i [Rosa Maria Soberana i Bonet](#), pel G. Mixt[membres comissió].

[Assisteix] a aquesta sessió [assistents].

ORDRE DEL DIA DE LA CONVOCATÒRIA

1. Compareixença d'una representació del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya davant la Comissió de Salut per a presentar l'informe d'intervenció farmacèutica comunitària al sistema de salut i les perspectives de futur (tram. 357-00142/15).

2. Compareixença d'Odile Romero, responsable de la Unitat del Son de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona, davant la Comissió de Salut per a informar sobre el projecte per a promoure l'abordatge integral de la salut del son (tram. 357-00150/15).

3. Compareixença d'una representació del comitè motor de Respirar davant la Comissió de Salut per a informar sobre el projecte Respirar i els punts de col·laboració amb les accions que es duen a terme a Catalunya (tram. 357-00579/15).

El president

Molt bon dia. Si els sembla, procedim a iniciar aquesta nova sessió de la Comissió de Salut.

No sé si els grups ens han de comunicar alguna substitució. *(Pausa.)* Observo que no, i també faig constar que dos portaveus ens han..., un ens ha anunciat, el portaveu del Grup Parlamentari dels Comuns, que s'incorporarà més tard a la comissió, i la portaveu del Grup Mixt ens va comunicar que avui tenia una intervenció mèdica i que, per tant, no podria assistir a la comissió. D'acord?

Compareixença d'una representació del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya per a presentar l'informe d'intervenció farmacèutica comunitària al sistema de salut i les perspectives de futur

357-00142/15

Comencem, doncs, amb el primer punt de l'ordre del dia, que és la Compareixença d'una representació del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya per a presentar l'informe d'intervenció farmacèutica comunitària al sistema de salut i les perspectives de futur.

Donem la benvinguda a la comissió al seu president, el senyor Jordi Casas Sánchez, i també donem la benvinguda a una àmplia representació dels col·legis farmacèutics del país. No sé si em deixaré tothom, però aquí ens consta que hi ha la senyora Maria Enrique-Tarancón Delmàs, secretària del Consell dels Col·legis; el senyor Josep Brunsó, vicepresident del Col·legi de Farmacèutics de Catalunya; el senyor

Antoni Veciana, tresorer; la senyora Núria Bosch, que és vocal; el senyor Miquel Recasens, que és vocal; la senyora Helena Palau; que és vocal; la senyora Ana Jubero, que és vocal; la senyora Sílvia Pallàs, que és vocal; la senyora Tània Piqué, que és vocal, i també la senyora María Pilar Rius, que és la directora del departament tècnic. Crec que no em deixo ningú i, per tant, a totes els donem la benvinguda.

I senyor Casas, seva és la paraula. Ja li hem comunicat que al voltant dels vint minuts, amb flexibilitat cap endavant perquè ens pugui presentar aquesta informe.

Endavant.

Jordi Casas i Sánchez (president del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya)

Doncs, moltes gràcies. Bon dia, diputats, diputades, i agrair enormement aquesta invitació a comparèixer aquí a la Comissió de Salut i poder explicar aquest informe que se'ns ha demanat d'intervenció farmacèutica comunitària al sistema de salut i, sobretot, les perspectives de futur en un moment en què s'acaba d'obrir la consulta pública d'una nova llei d'ordenació i atenció farmacèutica de Catalunya. D'acord?

(L'exposició de l'oradora és acompanyada d'una projecció de xarts, els quals poden ésser consultats a l'expedient de la comissió.)

Doncs, amb aquest informe, hem intentat explicar i traslladar el valor que aporta el farmacèutic comunitari a través de la xarxa d'oficines de farmàcia de Catalunya al sistema de salut i, sobretot, el més important, per la salut de la ciutadania, que jo crec que és el que ens mou.

Doncs, començaré amb una breu introducció de per què creiem que és clau el paper del farmacèutic comunitari i com s'articula la feina del farmacèutic comunitari. És a dir, el farmacèutic comunitari, abans de res, dir que és un professional sanitari que està al capdavant de les oficines de farmàcia que constitueixen una xarxa essencial, propera i eficient. Aquesta xarxa és àmplia arreu del país, hi ha dotze mil professionals farmacèutics, a banda de personal tècnic, auxiliar i d'altres funcions col·laboradores i, a més, és una professió que està altament feminitzada, on el setanta-cinc per cent de la professió són dones.

I aquests professionals fan la seva tasca a través de les 3.307 farmàcies i 109 farmàcies del país, constituint segurament l'actiu més capilar que tenim en aquests moments al país, havent-hi una oficina de farmàcia per cada 2.400 habitants, més o menys, i, sobretot, el més important és que el noranta-nou per cent de la població catalana té una farmàcia o farmaciola al seu municipi, i en molts d'aquests municipis pràcticament és l'únic professional sanitari que està diàriament allà i que fa molta funció, a banda de la sanitària, també social i comunitària.

Aquí hem volgut mostrar que aquesta xarxa de farmàcies, a més, una característica que té és que està distribuïda territorialment per totes les comarques, per tot el país. Òbviament, es veu una major concentració a l'àrea metropolitana, però també dir que la llei de ordenació que tenim fa una distribució corregida per evitar precisament que totes o la majoria estiguin, sinó que la ràtio poblacional a les àrees semiurbanes i rurals és pràcticament la meitat que a les àrees metropolitanes i això fa, com veiem, que estigui distribuïda territorialment. Aquest creiem que és un model d'èxit, un model d'èxit del sistema sanitari. Aquesta llei que va ser, de fet, la primera de les lleis d'ordenació de la democràcia, el 91, i ha permès, precisament, disposar d'aquest actiu, d'aquesta xarxa de farmàcies.

I aquesta xarxa què aporta? A banda de tenir aquesta infraestructura, aquest actiu, què és el que aporta? Segurament, el primer, i el pilar i la justificació principal d'aquesta xarxa és, a través d'un concert amb el Servei Català de Salut, regular l'accés als medicaments, productes sanitaris i fórmules magistrals.

Només per donar unes dades de quantificació, pràcticament cada setmana s'atenen un milió de pacients, un milió de catalans del sistema públic que es personen a les farmàcies. Això, més o menys, diàriament i per farmàcia, és uns cent ciutadans, cent catalans que van a cadascuna de les farmàcies de mitjana i, per un costat, es lliuren en aquesta setmana tres milions de medicaments, productes sanitaris i fórmules magistrals amb la corresponent atenció farmacèutica, custòdia i control d'aquestes dispensacions.

Aquí podríem parlar, segurament, que si aquesta xifra és un tema que s'ha comentat..., la medicarització potser excessiva d'alguns processos fisiològics a la vida quotidiana, però al final, com a mínim, tenim la garantia que aquests tres milions

de productes es dispensen de manera controlada i assegurant el bon ús d'aquests medicaments.

Aquí, a nivell de prestació farmacèutica, i potser és un tema que en aquesta comissió s'ha tractat en alguna ocasió, ens estem afrentant darrerament amb un tema que si algú de vosaltres ha tingut a prop una situació angoixa molt a nivell de pacient, que són els problemes de subministrament, és a dir la dificultat per trobar un medicament quan es necessita. Segons l'Agència del Medicament, estem parlant d'unes vuit-centes presentacions que tenen problemes de subministrament, i una possibilitat seria aquí ampliar la capacitat de substitució, perquè moltes vegades la rigidesa burocràtica del procés de prescripció i dispensació no ens permet solucionar aquestes situacions, garantint la continuïtat del tractament i fa que el pacient hagi d'anar donant voltes entre farmàcies, als centres d'atenció primària o fins i tot als hospitals.

Però, a banda d'això, perquè el temps és limitat, i tampoc era qüestió de fer un monogràfic de la prestació, el més important també és que, a banda d'aquestes dispensacions de medicaments, a les oficines de farmàcia cada vegada més s'estan produint o desenvolupant tota una sèrie de serveis professionals farmacèutics, moltes vegades en col·laboració o integrats dintre del sistema, que aporten més valor encara al que és la xarxa en si.

En aquest diagrama que hi ha aquí a la pantalla, doncs, això ens hem de remuntar a meitat dels anys noranta. De fet, a l'informe tot això està detallat. Era un moment on recordarem que hi havia un problema seriós a nivell d'una epidèmia de drogodependència i venipunció. Era difícil accedir a determinats barris i als recursos que teníem com a sistema i en aquell moment es van posar en marxa dos dels programes que potser van ser els inicials i van ser com l'inici de tot el que ha vingut després, que era el programa d'intercanvi de xeringues i el programa de manteniment amb metadona.

A partir d'aquí es van anar treballant, s'han anat fent pilots, desenvolupaments i, més o menys, a mitjans de la primera dècada dels 2000 van començar a desenvolupar-se i a posar-se en marxa tots aquests programes que, òbviament, no entraré a detallar un per un, però aquí estan i a l'informe estan detallats.

Segurament, la pandèmia –que la marco aquí– va ser un catalitzador d'aquest procés per la necessitat que hi havia en aquell moment i simplement esmentar un parell d'aspectes. El programa de càncer de colon, que és el PDP-CCR, que ara farà vint-i-cinc anys a Catalunya i concretament quinze anys a través de les farmàcies, i dir que en aquest temps s'han gestionat 3.600.000 mostres de ciutadans, amb una taxa de retorn de més del noranta per cent quan la mostra es gestiona a través de les farmàcies.

Per donar unes xifres, en l'últim quadrienni s'han detectat quinze mil adenomes de baix risc, dotze mil adenomes de risc intermedi, tres-mil cinc-cents adenomes d'alt risc i mil set-cents càncers. Tots aquests, que eren sense simptomatologia, i, com bé sabem, la detecció d'un càncer de còlon en unes etapes primerenques per un costat millora moltíssim la taxa de supervivència, i sobretot la qualitat de vida dels pacients.

I l'altre, que segurament ha estat el més mediàtic, va ser tot el programa TAR, el programa de test d'antígens durant la pandèmia. Era un moment en què l'atenció assistencial als centres de salut els tenia col·lapsats i hi havia la necessitat de fer seguiment de casos, en aquell cas, i es va posar en marxa en un temps rècord, en menys d'una setmana, a través d'aquesta àmplia i capil·lar xarxa, el programa de test de detecció d'antígens ràpids.

En aquests dos anys, pràcticament, que va durar el programa es van realitzar 820.000 tests a través de les farmàcies –imaginem que aquests 820.000 casos s'haguessin hagut de gestionar des dels CAPs–, detectant seixanta mil positius. I, a banda d'això, també es van notificar 350.000 casos de positius domiciliaris amb els tests d'antígens.

Però potser el més important, més enllà de les xifres, perquè al final és un nombre, és destacar que en una enquesta realitzada pel Servei Català de Salut l'any 2022, en l'acabar la pandèmia, precisament la col·laboració i la comunicació entre les farmàcies i els centres d'atenció primària va ser l'aspecte millor valorat i reconegut per part de la ciutadania. Jo crec que és un aprenentatge que ens queda de la pandèmia pel que ha vingut després.

Òbviament, després han vingut més campanyes. Les últimes dues, per esmentar, precisament l'equitat menstrual, que aquí tenim la consellera amb la qual vam compartir el llançament i el desplegament d'aquesta campanya, i darrerament el que ha estat la participació de la farmàcia amb la campanya de vacunació de la grip i covid d'enguany.

I tot això ha estat possible, primer, perquè hi ha hagut la voluntat, tant de la professió com de les diferents administracions. Ha estat aquesta una visió de la farmàcia compartida pels diferents governs des de llavors, però, a banda d'això, les tecnologies de la informació també han jugat un paper clau amb el que ha estat aquest camí cap a la modernització i l'eficiència dels serveis.

No entraré a detallar tots aquests projectes. Òbviament, tenim la recepta electrònica, que va ser un projecte clau per la sanitat catalana. Dir que aquesta recepta electrònica va permetre fa vint anys una cosa que ara potser es veu molt obvi, però fa vint anys era interconnectar tota la xarxa de farmàcies dintre de la mateixa xarxa, i tot això connectat amb la xarxa de tots els CAPs de Catalunya. Aquesta xarxa només seria comparable en punts d'accés i en cripticitat de les dades al que és la xarxa de les entitats bancàries. Després han vingut els sistemes Sevem, Rempe, Farmaservei, són diferents projectes d'interconnexió i de desenvolupament tecnològic, i més darrerament el que és «la meva farmàcia».

La meva farmàcia és una app universal per a tots els ciutadans de Catalunya. De la mateixa manera que es va llançar «la meva cartera» a través de les farmàcies, tenim «la meva salut» i ara «la meva farmàcia», perquè el ciutadà pugui accedir a totes les seves dades de salut a través d'aquesta app, entre elles l'historial farmacoterapèutic, és a dir totes les dispensacions, tant públiques com privades. Òbviament, aquesta app ha estat feta consensuada i amb col·laboració amb el Departament de Salut i el nom, òbviament, refereix a les apps del Govern, com serien «la meva cartera» o «la meva salut».

Però, a banda d'això, el més important és cap a on anem ara, cap a on va la farmàcia del futur i quins són els reptes i oportunitats als quals ens enfrontem.

Doncs, com bé deia, estem en un moment que s'acaba d'obrir la consulta pública d'una nova llei d'ordenació i atenció farmacèutica que creiem que permetria precisament aquesta integració real de la farmàcia al sistema de salut.

El context social i sanitari ha canviat enormement en aquests trenta anys –aquesta llei és de l'any 91. Per un costat hi ha hagut canvis demogràfics, l'envelliment de la població, l'augment de pacients fràgils, la transformació dels rols dins del nucli familiar, el despoblament de zones rurals, etcètera. I crec que ens hi hem de posar per preservar i adaptar aquest model d'èxit de l'atenció farmacèutica.

Com bé deia, creiem necessari integrar la xarxa de farmàcies de manera efectiva al sistema de salut per facilitar l'accés de la ciutadania. Això implicaria que els farmacèutics assumíssim un rol més actiu, especialment en resolució de problemes de salut no urgents. També una coordinació real amb la incorporació del farmacèutic a les rutes assistencials i poder compartir les dades de salut. Un cas amb el qual ens trobem, per exemple, és el seguiment de pacients hipertensos. És a dir, moltes vegades es prenen decisions clíniques basades en visites que es fan als equips d'atenció primària un cop o dos cops a l'any, però és veritat que aquest ciutadà, aquest pacient, perquè a més hem de pensar que en trenta o quaranta anys la definició del que és la malaltia i la salut ha canviat enormement, abans teníem un sistema sanitari pensat per una definició binària del que és la malaltia, és a dir jo estic malalt o no estic malalt; si estic malalt vaig al centre de salut, em curen i torno a casa i estic sa. En aquests moments, la polipatologia, la dependència, la cronicitat, l'envelliment de la població fa que aquest paradigma, doncs, potser s'estigui friccionant, i aquí tenim part del problema a què s'enfronta l'atenció primària, que tota la feina que fa, doncs, la necessitat de la població que s'està envellint de manera significativa a Catalunya, amb més de dos milions de catalans de més de seixanta anys, suposa que tot això hagi de tractar-se de manera diferent.

Una possibilitat seria que a aquests pacients que mensualment van a la farmàcia a buscar la seva medicació se'ls fes un seguiment, un control de l'atenció arterial, per exemple; aquestes dades es compartissin amb el sistema a través de l'historial electrònic de salut i amb l'equip d'atenció primària i amb uns protocols consensuats; en el cas que es detectessin desviaments respecte a la normalitat d'aquells valors,

doncs, la ruta precisament ja suposés un circuit de derivació i comunicació amb el seu equip d'atenció primària. Són casos o situacions que es plantegen. S'estan realitzant petites proves pilot a nivell territorial en algunes àrees bàsiques de salut, però creiem que és el camí cap on la farmàcia o la xarxa de farmàcies pot ser encara més important pel sistema.

I quines són les propostes clau que pensem que haurien d'incloure en aquesta nova llei d'ordenació? Òbviament, això està superresumit, són només quatre flashos del que nosaltres pensem en base a aquesta explicació. Òbviament, si hi hagués interès, podríem ampliar en un altre moment, en una altra compareixença potser aspectes més concrets d'això, que seria precisament el que és la consolidació dels serveis professionals que es proporcionen des de les oficinals de farmàcia. Estem parlant de cribatges, de preses de mostra, de cogestió de pacients, d'atenció farmacèutica domiciliària, és a dir la incorporació del farmacèutic comunitari als equips d'atenció domiciliària, etcètera. Així com també, no ens n'oblidem, no només és la farmàcia comunitària, sinó són les competències professionals en els diferents àmbits de la professió, els centres sanitaris, l'atenció primària, els centres residencials per gent gran, que són llocs on realment –ara ho comentarem– es gestiona moltíssima medicació, o els hospitals, per garantir en tot moment aquesta transició i aquest contínuum assistencial del pacient. Perquè si estem anant cap a..., o volem anar cap a un sistema sanitari centrat en la persona, hem d'assegurar-nos que aquesta continuïtat del procés farmacoterapèutic estigui feta pel sistema.

També creiem que és necessari adaptar els horaris i l'optimització dels serveis d'urgència per adaptar-los a la nova realitat i garantir que el servei es proveeix de manera efectiva a qualsevol indret de Catalunya i això fer-ho en un context on la manca de professionals al món de la salut és un tema patent i, a més, cada vegada és més important conciliar aspectes de la vida laboral amb la provisió dels serveis en qualsevol moment a la ciutadania.

Un tema que creiem cabdal, en aquest moment de despoblament de les zones rurals i d'alta muntanya és garantir la sostenibilitat de la farmàcia rural. Com bé deia, és segurament en molts indrets l'únic recurs sanitari que hi ha diàriament en aquests

llocs i això creiem que és clau també que no esdevingui un despoblament a nivell d'aquest recurs, que és molt valuós.

I, finalment, considerem també fonamental la regulació de l'atenció farmacèutica en tots aquells llocs fora dels centres sanitaris on l'ús de la medicació és molt freqüent, com són els centres no sanitaris, com serien residències de la gent gran, psiquiàtrics, clíniques veterinàries, etcètera, on creiem que és necessari garantir un ús racional i eficient i segur dels medicaments en qualsevol entorn, encara que no sigui el sanitari.

Bé, tot això, aquest era l'informe, òbviament, que us hem fet a mans crec que ahir està molt més detallat això que hem comentat avui, però creiem com a consell, com a Col·legis de Farmacèutics de Catalunya que el farmacèutic, farmacèutic comunitari, és a dir el farmacèutic de l'oficina de farmàcia és un agent de salut actiu, proper i de confiança, i que integrat en el sistema sanitari català permetria o ha permès millorar moltíssim la salut de la ciutadania, i més davant, com he dit, d'aquest nou context social i sanitari al qual ens afrontem.

Moltes gràcies.

El president

Moltes gràcies, senyor Cases, per la seva intervenció. Ara serà el torn dels grups parlamentaris que han sol·licitat d'aquesta compareixença.

Com fem sempre, ho farem per l'ordre que figura en el document que es va signar per part dels grups parlamentaris i, començant pel Grup Socialistes i Units per Avançar, té la paraula el vicepresident de la comissió, el senyor Carrión.

Senyor Carrión, endavant, sisplau.

Ernesto Carrión Sablich

Hola, bon dia; moltes gràcies, president. Volia agrair també la presència i l'informe que ens ha donat el senyor Jordi Casas i Sànchez, president del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya, i també volia agrair a la representació del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya per l'informe d'intervenció farmacèutica comunitària al sistema de salut i les perspectives de futur.

He de dir que he llegit l'informe quan ha arribat. És un magnífic informe, és molt detallat, hi ha diferents punts i molts interessants tots.

Jo volia..., agafaré dos punts per també demanar després que ens pugui donar una mica més d'informació o el que vostè consideri.

Primer, vostè ha començat per la presentació farmacèutica, que ha parlat, deia aquí que: «Les oficines de farmàcia tenen prop d'un milió de pacients del sistema públic de salut i dispensen al voltant de tres milions d'envasos de medicaments. La prestació farmacèutica comprèn els medicaments i productes sanitaris i el conjunt d'actuacions encaminades que els pacients els rebin de forma adequada a les seves necessitats clíniques, en les dosis precises, segons els seus requeriments individuals, durant el període de temps adequat i al menor cost possible per a ells i per a la comunitat. En el cas de pacients no hospitalitzats, la prestació farmacèutica comprèn la indicació, prescripció i dispensació dels següents productes». I així continua el que vostè ens havia començat. Per això volia demanar-li si després ens podia fer una mica més el tema de la prestació farmacèutica, perquè sincerament és una magnífica feina que estan fent.

I, d'altre costat, un punt que també ha comentat és el tema de la pandèmia com a catalitzador dels canvis. Penso que també el fet que els farmacèutics comunitaris es van consolidar com a agents sanitaris essencials i les farmàcies van complementar l'atenció primària i van actuar com a primera línia d'accés a la salut durant la pandèmia, la seva capillaritat, confiança i proximitat van ser determinants per contribuir a la millora global en una situació d'emergència.

Les principals activitats que van dur a terme els farmacèutics catalans van ser, i justament aquí ve el tema de les meves preguntes, i m'agradaria que ens poguéssim comentar una mica més també aquesta feina que han fet, perquè tots no oblidarem el tema del covid i no oblidarem tots els agraïments per sempre que hem de continuar donant a tot el sistema sanitari que ha fet el que ha fet durant aquesta situació.

Moltes gràcies.

El president

Moltes gràcies, senyor Carrión. Ara serà l'autor del Grup Parlamentari de Junts, i té la paraula la senyora Nieto. Endavant.

Noemí Nieto i Fumanal

Hola, bon dia. Gràcies per la presentació al president i a tots els vocals, en especial també a la Tònia Piqué.

Jo voldria centrar-me a fer unes preguntes en dos blocs, que crec que de la presentació el més important és, pel que fa als medicaments, impacta la xifra de tres milions d'envasos a la setmana –crec que he entès això. I, llavors, la pregunta seria creu que hi ha una sobremedicació?

Creu que si abordéssim potser una altra estratègia i incloguéssim també altres tipus de parafarmàcia, potser en alguns casos no tan nociva per a les persones, ens ajudaria si hi hagués una cobertura pública amb aquests productes de parafarmàcia a reduir, i potser seria més beneficiós?

I després –que és una mica contradictori– també rebem alguna queixa de la introducció de determinats medicaments a Catalunya que són innovadors, perquè, és clar, a sobre hi ha cada pressió i anem incrementant perquè constantment hi ha innovacions. Com podem dir que no una curació d'una malaltia o a un tractament nou que porti millores, no? Llavors, la pregunta és si a Catalunya és cert que hi ha un endarreriment respecte les altres comunitats en la introducció d'innovacions de medicaments?

Per l'altra part, a nivell de funcions, crec que toca la presentació punts claus amb el sobreenvelliment i tenint ara un pressupost de setze mil milions del sistema sanitari i que no dona cobertura a totes les necessitats i que només mirant la tendència de l'edat demogràfica amb aquesta piràmide de població invertida la demanda no parerà de créixer i fer pressió, i ajuntant aquest desplegament capil·lar que comentaves, que estàveu a més de tres mil pobles, quines funcions creieu que haurien d'incorporar les oficines vinculades a l'atenció primària, que crec que hauria de ser aquest primer pas. Sé que el cribatge és més relacionat amb l'hospitalari i amb l'especialitzada, però el primer nivell a abordar, i que ja teniu experiències prèvies, és com s'integra certes funcions o com es poden traspasar certes funcions de l'atenció primària a les oficines?

Sé que legalment és difícil i que som reticents a la relació públic i privada. Que nosaltres des de Junts defensem i creiem que és un pilar bàsic per millorar i optimitzar els recursos, per aconseguir millors resultats i no tenir aquesta reticència. Des d'Europa ens ho demanen, activar-nos i treballar més en aquesta part, però cada vegada que s'activa després sembla que hi hagi un fre. A la que va passar el covid, es van fent moltíssimes coses i després es deixen de fer per aquesta por legal. I totes les dades ens indiquen que serà molt difícil donar a l'abast a totes les necessitats de la població.

També m'agradaria poder aprofundir una mica més en si creu que és factible el control d'aquesta cronicitat, si realment les farmàcies són un agent que poden reduir els ingressos hospitalaris, controlar les descompensacions.

Si creu i amb què poden aportar un estalvi al sistema sanitari? Crec que la satisfacció, la relació en valor, la relació de confiança entre el farmacèutic i el seu client, que tradicionalment sempre hi ha estat i s'ha de seguir treballant aquesta proximitat i accessibilitat.

I amb el tema de residències, crec que ja existeixen moltes experiències que hi ha una relació molt fluida entre l'oficina i el proveïdor de les residències a l'hora de gestionar aquests fàrmacs, i crec que és àgil i extrapolable potser a altres llocs, però crec que s'està avançant.

I la innovació tecnològica..., aquests són els projectes, però a nivell de primària què faria falta per controlar l'atenció des de casa, aplicacions, aquesta responsabilitat compartida, què podríem treballar amb més aplicacions a part de veure els medicaments, si hi hauria l'interès també de compartir altres variables sanitàries.

Crec que ja està.

Gràcies.

El president

Moltes gràcies, senyora Nieto. Ara serà el torn del Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana Catalunya, i té la paraula l'honorable senyor Fernández.

Juli Fernández Olivares

Moltes gràcies, president. En primer lloc, donar la benvinguda als representants del Consell de Col·legis de Farmacèutics i al seu president, gràcies per la presentació, i benvinguts, perquè crec que des de fa tretze anys que no hi havia cap president del consell compareixent, és el que he trobat. La darrera intervenció del president Dalmàs, en un context que era una mica diferent, que era quan les farmàcies patien per poder rebre els reemborsaments per part de la Generalitat. Per tant, millor que sigui en aquestes condicions que ens veiem i que sigui per parlar de com la professió farmacèutica, que, com molt bé ens ha explicat, és un professional sanitari que – moltes vegades l'únic que està en una població– pot ajudar els i les ciutadanes i el sistema de salut en un moment de canvi.

Jo de la seva intervenció el que extrec és que en aquest moment on el sistema pateix i, per tant, la gent del nostre país té una situació una mica més difícil, malgrat que el sistema de salut dona resposta, tenim una oportunitat i els i les farmacèutiques, els seus representants venen al Parlament a explicar-nos i a dir-nos que estan disposats a oferir-nos a treballar d'una manera més intensa i integrada per tal de donar una millor atenció als ciutadans i ciutadanes, aprofitant capacitats professionals dels i les sanitàries que estan a les farmàcies, que fins ara no estem aprofitant al cent per cent.

Estem trobant camins de col·laboració que vostè ens ha explicat, alguns d'ells evidencien la capacitat de ser eficients i eficaços. Vostè ens detallava el del cribatge en càncer de còlon, on segur que el cost benefici és molt elevat, tant pel que fa als resultats que vostè ens explicava de detecció precoç de molts de molts adenomes i càncers que d'altra manera segurament haurien sigut detectats molt més tard i, per tant, amb conseqüències pitjors per als ciutadans i ciutadanes, però, més a més, des del punt de vista de l'estalvi econòmic pel sistema i de la reducció de freqüentació als centres d'atenció primària en cas que aquest cribatge es fes allà.

Per tant, un exemple que crec que ens il·lustra de quin pot ser el camí a seguir en un moment en què tenim els i les representants aquí presents, doncs, tindrem l'oportunitat d'incidir-hi des del punt de vista legislatiu amb la nova llei d'ordenació farmacèutica, on crec que tenim l'oportunitat de passar d'aquesta informalitat, si em permet dir-ho així –no és una informalitat, hi ha conveni–, però si de tant en tant

anem pensant i trobant camins de col·laboració a utilitzar tota la potencialitat que la professió farmacèutica ens dona de proximitat als i les ciutadanes de primer filtre de seguiment en algunes patologies cròniques i d'alerta i derivació en algunes rutes assistencials i, per tant, també de descàrrega de l'atenció primària, i fer-ho d'una manera integrada en el sistema sanitari català.

A mi m'agradaria aprofundir en una altra qüestió, que és la feina que les oficines de farmàcia, més enllà de la part que vostè ens ha aprofundit, fa des del punt de vista social amb algunes proves que són híbrides, socials i sanitàries, com l'equitat menstrual, on hem tingut la capacitat de fer coses que no havien passat enlloc del món i on les oficines de farmàcia han sigut claus per la seva capacitat en l'atenció farmacèutica, però també per la seva capacitat en l'acompanyament a les dones del país també, en algunes amb trencar alguns tabús i en detectar i trencar alguns mites com pot ser la detecció de casos o possibles casos d'endometriosis.

Per tant, com valora aquesta col·laboració, que va més enllà de la relació clàssica amb el Departament de Salut i que obre camins amb altres espais, en aquest cas Igualtat i Feminismes, però que segur que podria obrir-ne d'altres amb altres departaments.

Reiterar l'agraïment per la claredat de la seva presentació i el nostre acompanyament i treball en la línia que li he exposat en els reptes legislatius que tenim per davant.

Moltíssimes gràcies.

El president

Gràcies, honorable senyor. Amb això tanquem el torn dels grups que van sol·licitar aquesta compareixença i ara anem a la resta dels grups, començant pel Partit Popular de Catalunya, i té la paraula la senyora Pajares. Endavant, si us plau.

M. Belén Pajares Ribas

Moltes gràcies, senyor president. Primer de tot, agrair les explicacions del senyor Jordi Casas, en nom del Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya, i també donar la benvinguda a totes les persones que avui ens acompanyaran a aquesta comissió.

Jo penso que no és sobre, tot i que ja s'ha comentat en part per altres portaveus, destacar el paper de les farmàcies com a agents de salut comunitària i centres de salut. Els farmacèutics no tan sols dispensen medicaments; donen consells, resolen dubtes que poden sorgir respecte no tan sols a la medicació, sinó també a la malaltia i a la prevenció de la salut a través de programes, com vostè ens ha explicat, de detecció del càncer de còlon, entre molts altres; promoció també d'hàbits saludables i salut en general.

Si això ho traslladem a un municipi petit, el farmacèutic i l'oficina de farmàcia és una institució i és un referent pels veïns, i aquest paper d'agents de salut penso que va quedar totalment demostrat durant la pandèmia. Ha existit, pensem, una integració de les farmàcies en el sistema sanitari, però també és veritat que queda camí per recórrer.

A mi, al meu grup parlamentari ens agradaria preguntar-li sobre dues qüestions. Hi ha molta cosa que podríem parlar, però pel temps que dispo... Una és la recepta privada electrònica de metges de la privada. M'agradaria saber quin és el grau d'implantació? Penso que, a més, és un pas important i necessari perquè, al cap i a la fi, a Catalunya, el voltant del trenta-dos per cent de la població, té una pòlissa de salut privada. Si parlem de Barcelona, ja s'eleva al quaranta per cent. Això, en nombres de població, estem parlant de més de 2.700.000 catalans amb assegurança privada de salut.

Després, també m'agradaria preguntar-li sobre el seu paper com a difusor de les vacunes, de les bondats de les vacunes, la vacunació de la grip i del covid en concret, perquè vèiem que la taxa de vacunació, segons s'ha anunciat, és de les més baixes dels darrers anys. I vostès, que donen consells i ajuden a les persones quan necessiten potser demanar una hora de vacunació, els majors de seixanta anys en concret, com creuen que podrien millorar la taxa de vacunació? Vostès són difusors i són part proactiva d'aquesta promoció de la salut.

Un altre capítol del que vostè ens ha parlat, i és important, és l'actualització de la llei d'ordenació farmacèutica. És obvi que cal adaptar-la a les noves realitats que vivim i així, d'aquesta manera, poder donar resposta a les necessitats.

Són molts els reptes, eh? Una de les reformulacions importants és el de les farmàcies rurals, on pensem que calen mesures de suport, perquè les farmàcies no hem d'oblidar que són privats que fan un servei públic, i tampoc podem oblidar que en molts casos arrisquen i inverteixen diners en els seus establiments perquè són els titulars de la farmàcia.

Després, un altre tema que també preocupa molt els usuaris són els horaris d'atenció, tant ordinari com d'urgència, que també pensem que cal una nova ordenació adaptada als nous costums de vida que portem.

Moltes altres qüestions podrien plantejar-les i vostès en plantegen moltes a l'informe, però també pensem que quan es presenti aquesta nova ordenació segur que tindrem ocasió de parlar i de parlar amb més deteniment.

Jo acabo agraint-los no només les seves explicacions, sinó també la feina que vostès fan dia a dia.

Gràcies, senyor president.

El president

Moltes gràcies, senyora Pajares. Ara serà el torn de VOX en Catalunya, i té la paraula la seva portaveu, la senyora García Fuster. Endavant, si us plau.

María Elisa García Fuster

Gracias, señor presidente. Gracias, señor Casas, per la ponencia. Antes que nada, disculparme por haber llegado unos minutos tarde. Teníamos un evento que se ha alargado un poco.

Bien, la verdad es que ha sido una presentación muy interesante. No obstante, no ha hablado de un tema y yo querría preguntarle sobre él. Habló de la aportación económica obligatoria a favor del Catsalut por la facturación de absorbentes de incontinencia urinaria. Esta aportación económica obligatoria, como bien sabe usted, es una especie como de impuesto que obliga a las oficinas de farmacia de las que usted ha hablado a pagar un porcentaje de las ganancias por la venta de estos pañales para adultos. El caso es que esta aportación económica ha generado en muchas farmacias bastante malestar.

Como usted sabe, nosotros nos hemos informado y nos hemos reunido con algunos, e incluso presentan pérdidas, a veces, con la venta de estos artículos, hasta el punto de que en algunas farmacias han dejado de venderlas y esto ha generado escasez, como hemos visto algunos años.

Este impuesto o aportación obligatoria se regula por un convenio firmado entre el Servicio Catalán de Salud y ustedes, el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña. El último al que hemos tenido acceso es del 22 de octubre del 2018. Claro, estamos hablando de millones de euros anuales que el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña factura a las oficinas de farmacia, que hace años se dijo, como usted bien sabe también, que era para la implantación de la receta electrónica, de la que también ha hablado, pero quince años después de la implantación tiene poco sentido.

Yo le pregunto a usted por qué disponemos de recibos donde el *consell* que usted preside es el que retiene ese dinero a las oficinas de farmacia y VOX ha preguntado en varias ocasiones por la cantidad exacta anual y también hemos preguntado dónde van a parar todos esos millones de euros.

Por parte de VOX, en la pasada legislatura hicimos en varias ocasiones preguntas parlamentarias que no fueron resueltas y también solicitamos su comparecencia, bueno, la comparecencia de algún representante del *Consell* de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña, que finalmente no fueron aprobadas.

El caso es que no entendemos bien por qué tanto secretismo y sí que nos ayudaría, y muchos farmacéuticos con oficinas de farmacia, a entender el porqué de estos convenios firmados entre sus representantes y la Generalitat y sobre todo saber a qué se está dedicando todo ese dinero. No sé si podría informarme sobre esto, sobre el último convenio firmado, la cantidad anual recaudada en los últimos diez años y a qué se está dedicando ese dinero.

Y acabo, bueno, pues, agradeciéndoles, por supuesto, toda la labor que hacen las oficinas de farmacia, especialmente, obviamente, durante la época covid. A nivel médico, trabajamos muy estrechamente con las oficinas de farmacia que, la verdad, nos quitaron bastante peso de encima a nivel hospitalario.

Muchísimas gracias.

El president

Gràcies, senyora García Fuster. No ens acompanya cap altre grup parlamentari. Per tant, senyor Casas, serà el seu torn de resposta a les preguntes que els han plantejat.

Jordi Casas i Sánchez (president del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya)

De quant de temps disposo?

El president

Serem flexibles. Si li sembla, li deixo uns deu minuts, una miqueta més del previst, perquè són moltes coses i així podrà... I abans no ha exhaurit el temps. Per tant, serem generosos.

Jordi Casas i Sánchez (president del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya)

Molt bé, intentaré... He anat prenent notes. Agraïxo tots els comentaris. Dit això, alguns d'ells es comparteixen entre els diferents representants.

Intentant comentar el tema, comencem potser pel tema principal del que és la xarxa d'oficines de farmàcia i la funció, que és la prestació farmacèutica. És un tema que s'ha comentat. Respecte a la pregunta, no sé si existeix com a tal sobremedicació. Sí que és veritat que hi ha una certa medicalització -com he dit- de processos fisiològics o de la vida quotidiana. Inclús afegiria que aquesta demanda ve per part del ciutadà. És a dir, moltes vegades pacients venen a les farmàcies venint de la consulta del metge i queixant-se perquè no se'ls ha donat cap medicament, i està entesa gairebé com una falta de consideració o una falta de gestió de la malaltia.

És cert que això, com bé deia el representant del Grup Socialista, sí que al capdavant de cadascuna d'aquestes dispensacions hi ha un farmacèutic que s'assegura que exactament el medicament lliurat correspon al tractament prescrit i segurament, no sé si seria cobertura pública la parafarmàcia, altres tipus de tractaments, però segurament en alguns d'aquests casos un abordatge més integral podria potser fer disminuir l'ús de medicació.

I això, unit amb el tema dels 16.000 milions, és veritat, aquest any hi ha hagut un increment significatiu del pressupost de salut, un tema d'infrafinançament que es venia parlant des de feia molts anys, però segurament la piràmide demogràfica que tenim farà que la necessitat de recursos econòmics es vagi incrementant any rere any, i, òbviament, els recursos econòmics que tenim com a país són limitats. O sigui, això no pot anar incrementant, i d'aquests 16.000 milions pràcticament uns 3.700 o així se'n van amb tot el que és medicament, producte sanitari, ambulatori i hospitalari, perquè també hi ha una gran part de medicament hospitalari. I això davant un context on cada vegada ens trobem amb més innovació, com bé es comentava, i aquesta innovació és més cara, a més, i com fem o fins a quin criteri es decideix que un medicament es finança o no es finança. Això és una decisió summament complexa, aquí entren criteris de cost/efectivitat, d'anys de vida, etcètera. I, òbviament, per tot això, tots aquests paràmetres, sí que entenem que el sistema sanitari segurament ha de fer les coses diferent de com les està fent, perquè sinó el que estem veient és que ara són 16.000, però ningú ens treu que d'aquí uns anys siguin 18.000, 20.000 o la xifra que sigui.

Llavors, creiem que el sistema sanitari el que no pot fer és permetre's el luxe de prescindir de qualsevol dels actius que tingui a disposició i, en aquest cas, creiem que la xarxa d'oficines de farmàcia pot proporcionar ajut al sistema sanitari, sobretot a nivell d'eficiència, no només a nivell de tractaments, sinó, com bé es deia, a nivell de control de la cronicitat en col·laboració amb l'atenció primària. Òbviament, l'atenció primària ha de continuar essent un eix ventilador del sistema sanitari, però entenem que, a través de la cogestió de pacients, del seguiment d'aquestes malalties, d'aquestes polipatologies, de pacients crònics, a través de la compartició de dades de salut entre els registres generats a les oficines de farmàcia del sistema sanitari i amb la compartició també d'aquestes rutes assistencials, doncs, segurament aconseguirem una sèrie d'eficiències que ens permetrà anar fent front a aquesta situació que tenim, com hem dit, que aquí hi ha uns reptes, òbviament, demogràfics; també a nivell d'introducció d'innovació farmacoterapèutica, i això és necessari i ho hem de tenir en compte, i per tot això creiem que és necessari, doncs, aquesta revisió del que és en sentit ampli el sistema sanitari, però la part que a

nosaltres o avui vinc a parlar i ens toca, que és el paper del farmacèutic dintre d'aquest sistema sanitari.

Preguntava per la pandèmia. Segurament va ser un catalitzador de canvi, estic totalment d'acord. Es van introduir no només el nombre de projectes, sinó la manera amb què es van fer. La col·laboració en aquell moment era àgil, fluïda, es posaven en marxa projectes en cosa d'hores, de dies, de setmanes, projectes d'una envergadura que en un altre moment, si vèiem aquell gràfic temporal, potser trigàvem quatre o cinc anys a tirar un projecte que durant la pandèmia ho fèiem en una setmana. El programa TAR, l'entrega de més de deu milions de mascaretes a la ciutadania, etcètera, o sigui tota una sèrie... El control d'estocs de certs medicaments que ja esdevenien crítics per la gestió de la pandèmia, certs anestèsics, certs tractaments, el lliurament de la medicació aquesta del Paxlovid a la ciutadania a través de les farmàcies, etcètera. I això passa el mateix a les residències, i ja dic, és que hem d'anar molt més enllà amb el context de malaltia i de cronicitat que tenim en aquests moments, no només amb els centres d'atenció primària, sinó amb tots els recursos que gestionin medicació.

I a nivell d'innovació tecnològica, és veritat, la responsabilitat compartida, l'empoderament del pacient amb la presa de decisions, amb la compartició de dades, i creiem que totes les dades que es generen en l'entorn de l'oficina de farmàcia tenen molta utilitat pel sistema sanitari, i entenem que la compartició d'aquestes bases de dades, ara que s'està parlant del HES, de l'històric electrònic de salut, entenem que les dades generades a nivell d'atenció arterial, de paràmetres biomètrics, etcètera, també hauria de ser una de les potes que formessin part d'aquest històric electrònic de salut.

Es comentava que feia tretze anys que cap president del consell havia comparegut. Doncs, jo em brindo, si em conviden, a tornar aquí i parlar del tema, òbviament de temes més agradables que fa tretze anys.

I, efectivament, es parlava també del paper social de les oficines de farmàcia, més enllà de tot aquest paper sanitari que estem parlant; el projecte d'equitat menstrual també s'ha comentat, però també altres temes que no hem comentat: els programes a nivell municipal de detecció de casos de solitud no desitjada. Hem de pensar que

per molta gent, estem parlant d'edat avançada, que viuen sols, pràcticament el seu únic lligam amb la societat és baixar cada dia a la farmàcia a explicar la seva situació, i nosaltres a les farmàcies moltes vegades, quan una persona d'edat molt avançada no ve a la farmàcia durant quatre, cinc, sis dies, sabem que alguna cosa està passant, perquè són persones que no fallen regularment, baixen i venen a buscar la seva medicació. I, per exemple, el projecte de l'SPD, del seguiment farmacoterapèutic social, que s'anomena en els entorns rurals, que de fet a Lleida s'està fent en pobles de menys de mil cinc-cents habitants, als quals es fa una combinació entre el seguiment de la seva medicació i una valoració de l'entorn social i de la solitud d'aquestes persones en el context. Òbviament, aquí hi ha moltíssim, crec, a explorar per aprofitar aquesta xarxa capil·lar que tenim.

A nivell de recepta mèdica privada, la taxa, doncs, no és molt alta, la veritat, no tinc la dada exacta. Sí que informar que, de fet, la setmana vinent, precisament, es llença una campanya conjunta entre el Col·legi de Metges i el Col·legi de Farmacèutics -això és una col·laboració interprofessional, que jo crec que ha de ser l'exemple del treball-, precisament per promoure la utilització de la recepta mèdica complerta, també per garantir la seguretat enfront un problema que també tenim sobre la taula, que avui no n'he parlat, perquè no hi havia temps, que és la falsificació de receptes. De fet, la recepta mèdica electrònica dificulta moltíssim el que és la falsificació de medicació i creiem que, igual que el sistema públic ha desplegat amb èxit, estem en taxes del 99,7 per cent d'implantació de la recepta mèdica privada, a nivell privat, això també hauria de ser i em sembla que no arribem ni al vint per cent, si no estic equivocat, l'únic que la xifra l'estic parlant de memòria.

I ja per anar acabant, a nivell de vacuna, òbviament, s'ha contactat amb 1.200.000 catalans de més de seixanta anys. La taxa de vacunació és bastant baixa, la veritat, i el que hem detectat -i és l'anàlisi que estem fent ara- és que hi ha un corrent antivacuna bastant gran. És a dir, hi ha molta reticència a vacunar-se, segurament un tema multifactorial, una fatiga segurament vacunal, por als efectes que pugui provocar, etcètera, i crec que hi ha molta feina a fer i, òbviament, aquí entenem que el farmacèutic ha de jugar-hi un paper clau.

El tema d'oficines de farmàcies rurals, horaris i urgències, estic completament d'acord, ja ho hem comentat. Aquí podríem parlar amb matisos, però estic totalment d'acord que la llei ha de blindar la sostenibilitat de les oficines de farmàcia rural i establir i definir uns horaris i urgències que s'adaptin per garantir l'accessibilitat de tots els ciutadans.

I respecte l'últim comentari, el dels AIUs, els absorbents d'incontinència urinària, les dades exactes no les tinc, les podria buscar, però dir que sí que és cert que dintre del mateix concert que regula la relació entre les farmàcies i el Servei Català de Salut existeixen des de fa ja molts anys un descompte per volum; a més, aquest descompte és progressiu en funció de la quantitat de bolquers que es dispensen, fent que pràcticament el setanta per cent de les farmàcies estiguin excloses d'aquest descompte, i sí que és veritat que aquelles farmàcies que tenen una concentració de bolquers, i també es va entendre en aquell moment una capacitat de negociació de les condicions, perquè també és cert que els productes sanitaris no tenen els marges regulats, que és una de les coses pendents de tramitació a nivell estatal, com sí que ho són els medicaments, es genera un descompte i aquest descompte es fa directament, és veritat, als Col·legis de Farmacèutics com a tramitadors de la factura en nom dels farmacèutics, apliquen aquest descompte pactat amb el Servei Català de Salut, i aquest descompte s'aplica directament a la factura i es minora del pagament de la factura mensual que el Servei Català de Salut paga. A partir d'aquí, és una minoració de factura, no són uns diners finalistes que es paguen per enlloc, sinó simplement es minora de la factura individual de les farmàcies afectades en funció de l'esglaonat que està pactat i això en part també és per la prestació de tots els bolquers a nivell català que es gestionen a través de les farmàcies. Aquest import es minora, també tenim totes les dades des de fa vint anys, jo no sé quants anys fa que està vigent..., des del 97-98 hi ha aquest descompte vigent i tenim cada any a l'informe i a la memòria exactament quin és per farmàcia l'import que s'ha anat deduït de cada farmàcia i el que s'ha minorat de la factura mensual. Això ho podríem compartir, si fos d'interès.

Doncs, he intentat anar el més ràpid per donar resposta.

Moltíssimes gràcies i, com deia, la veritat és que estic molt agraït que ens hagueu donat aquesta oportunitat d'estar aquí, de compartir aquesta informació, de l'interès mostrat, i estic obert a qualsevol altra consulta o necessitat que hi hagi.

Doncs, aquí estem.

El president

Molt bé, senyor Casas, gràcies per la seva intervenció. Crec que ha estat prou suggeridor, prou interessant i prou rellevant com per què no tardem tretze anys més en poder escoltar els farmacèutics de Catalunya.

Gràcies i, si els hi sembla, parem uns minuts per acomiadar els compareixents.

La sessió se suspèn a les... i es reprèn a les...

El president

Molt bé, doncs, passem al següent punt de l'ordre del dia...

Compareixença d'Odile Romero, responsable de la Unitat del Son de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona, per a informar sobre el projecte per a promoure l'abordatge integral de la salut del son

357-00150/15

...que és la compareixença, a petició de diversos grups, de la senyora Odile Romero, responsable de la Unitat del Son de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona davant de la comissió, per a informar sobre el projecte per a promoure l'abordatge integral de la salut del son.

La senyora Romero ve acompanyada de diverses persones, a qui donem també la benvinguda, en concret a la senyora Olga Espallardo, secretària tècnica de l'Alianza por el Sueño; el senyor Manuel García, secretari tècnic de l'Alianza por el Sueño; el doctor Sergi Martí, cap clínic de la Unitat del son-ventilació, i el doctor Francesc Xavier Muñoz, cap del Servei de Pneumologia de l'Hospital de la Vall d'Hebron. I altres persones que acompanyaven a la delegació sembla que estan atrapades en algun embús de la ciutat de Barcelona.

Res més, senyora Romero, benvinguda. Ho dèiem abans, li deixarem al voltant d'uns vint minuts, essent flexibles, i després intervindran els grups parlamentaris.

Gràcies.

Odile Romero (responsable de la Unitat del Son de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Bon dia, senyor president de la Comissió de Salut, senyor Carles Campuzano; bon dia, senyors i senyores diputats. En primer lloc, volia donar les gràcies a aquesta comissió i als seus representants per concedir aquest espai a l'Alianza por el Sueño a fi de posar sobre la taula de debat un dels reptes de salut pública més importants a Catalunya, valorar el son com un pilar bàsic de salut.

(L'exposició de l'oradora és acompanyada d'una projecció de xarts, els quals poden ésser consultats a l'expedient de la comissió.)

L'Alianza por el Sueño és una plataforma col·laborativa que congrega diferents estaments en clau multidisciplinar, societats científiques, professionals de la salut, gestors, investigadors, associacions de pacients i empreses, amb el propòsit compartit de generar una evidència i promoure una consciència necessària per protegir el dret del son de qualitat.

Actualment, l'Alianza opera amb dos grups de treball. El propòsit principal dels grups és generar evidència i solucions per afrontar els reptes en clau relacionats amb els trastorns de la son. Cada grup està liderat per dos experts i els seus respectius camps, exercint un paper crucial amb la coordinació i orientació dels membres.

És important destacar que la composició d'aquests grups és diversa en termes de disciplina i sectors, i que inclou no només professionals involucrats en la medicina del son, sinó també pacients i representants d'entitats públiques i privades.

Durant els darrers dos anys, a més de centrar-nos en la generació d'evidència, ens hem posat al servei de responsables públics. En aquest sentit, hem mantingut reunions de treball amb gairebé totes les comunitats autonòmiques. També amb els representants en àmbit nacional i, en particular, en relació amb Catalunya, hem mantingut trobades amb la senyora Yolanda Lejardi, amb el senyor Ignacio Carrasco i amb alguns dels grups parlamentaris aquí presents.

El nostre compromís passa per promoure un entorn on les persones es puguin desenvolupar de forma saludable i prevenir la malaltia i, en aquest sentit, un dels objectius principals és generar un son saludable.

El son saludable és una necessitat biològica i vital i ens permet restablir unes funcions fisiològiques, psicològiques i bàsiques per mantenir una vigília sana. No obstant això, la salut del son rarament figura com una prioritat a les agendes polítiques i regionals i, per tant, poques persones són conscients de la necessitat de tenir cura dels seus hàbits de son i de l'impacte en la salut que tenen les seves alteracions.

La profunditat i la durada del son estan regulats per la interacció d'un procés homeostàtic i d'un sistema circadiari. Aquest darrer exerceix una influència molt important en tots els òrgans i teixits i l'alteració dels ritmes circadianis està molt desenvolupada en la societat actual i això sabem que comporta un risc d'alteracions metabòliques, cardiovascular i, sobretot, d'alteració del son.

Durant tots els milers d'anys, l'evolució dels éssers humans s'ha anat adaptant a les fases de llum i de foscor, adaptant d'aquesta manera el son i la vigília. Però des de l'aparició de la llum artificial, i darrerament en l'últim segle en tot el desenvolupament de les tecnologies i les xarxes socials, això fa que els nostres cossos necessitin dormir a hores, a vegades durant el dia o estar més després durant la nit. La nostra biologia segurament no s'està adaptant a la mateixa velocitat que la tecnologia, i això pot provocar alteracions circadianes i, evidentment, trastorns del son.

A més, el sedentarisme ha reemplaçat molt l'activitat física diària que solíem tenir. De la mateixa manera, nosaltres estem sotmesos a altres coses que alteren els nostres ritmes biològics i que no estem adaptats amb la nostra biologia. Els desencadenaments de les trastorns del son són molt variats i poden estar associats a trastorns, però també a factors fisiològics i, sobretot, a factors ambientals.

No dormir adequadament comporta alteracions a curt termini, com ara la manca de concentració, la disminució del rendiment cognitiu, el cansament o, inclús, un increment del risc d'accidents de trànsit i d'accidents laborals. Però també hi ha complicacions a mitjà o a llarg termini, com és l'increment de complicacions endocrines, metabòliques, costa més a vegades de regular una diabetis, alteracions

immunològiques que van a facilitar o precipitar l'aparició d'infeccions, alteracions psicomotores, inclús alteracions del deteriorament cognitiu que poden influir en una major facilitat inclús de l'Alzheimer. També trastorns psiquiàtrics, com l'ansietat i la depressió.

El 43,4 per cent de la població espanyola experimenta, en algun moment, símptomes d'insomni i, amb la seva expressió més greu, un insomni crònic, afecta un quinze per cent dels espanyols. Això són dades publicades per la Societat Espanyola de Neurologia.

En el cas de Catalunya, segons les dades de l'enquesta catalana de Salut del 2023, el 79,8 per cent de la població major de quinze anys dorm entre sis i vuit hores diàries de mitjana. Si atenem els grups d'edat, l'enquesta estableix que el 82,8 per cent de les persones entre quinze i quaranta-quatre anys està dormint entre sis i vuit hores. Això vol dir que un vint per cent de la població està dormint per sota d'aquestes sis hores.

Quant a la classe social, les persones de grups menys afavorits, a nivell de menors estudis o menys qualitat de vida, tendeixen a dormir menys de sis hores.

D'altra banda, i una dada molt interessant que aporta aquesta enquesta, és la inequitat de l'accés al son. S'ha vist que els habitants de la regió sanitària de Barcelona ciutat tenen una probabilitat més alta de poder dormir entre sis i vuit hores. Tot i això, i malgrat les dades que ofereix aquesta enquesta, Catalunya no compta amb estudis que permetin tenir un coneixement clar i precís sobre el son dels ciutadans. Les dades amb què comptem són moltes vegades superficials i no permeten extraure conclusions determinades.

Cal que la comunitat ens doti d'estudis que permetin obtenir un coneixement més detallat de la qualitat de son i les seves condicions a Catalunya per tenir dades fiables i poder dissenyar estratègies que permetin resoldre aquest tema.

Amb els nens, l'insomni afecta gairebé al trenta per cent de la població pediàtrica entre sis mesos i cinc anys, cosa que comporta greu repercussió cognitiva i inclús fracàs escolar i de l'aprenentatge.

Les persones que van informar tenir dificultats a l'inici de mantenir el son mostren un quaranta-cinc per cent més de probabilitat de patir malaltia cardiovascular en comparació amb gent que està dormint bé.

Per acabar, cal esmentar que els testos psiquiàtrics tendeixen a ser més comuns amb els pacients que tenen alteracions de son i de privació de son.

L'insomni és un dels motius de consulta més habituals a l'atenció primària, a pediatria, geriatria, ginecologia, psiquiatria i a les unitats de son, així també com a la farmàcia comunitària. Moltes vegades els pacients que tenen problemes per dormir la primera porta acaba essent la farmàcia: "Què em dones per dormir?"

A més, la càrrega assistencial dels trastorns del son pot tenir un impacte significatiu en el personal d'infermeria quant al seu rol d'educador sanitari.

Tal com hem comentat, dormir adequadament està íntimament relacionat amb trastorns de salut, però també hi ha afectacions a altres àmbits. La mala qualitat de son té efectes que excedeixen a la salut física. La manca de son impacta negativament en la productivitat laboral, la memòria, el nivell d'energia a l'hora d'afrontar el dia, la concentració, i genera problemes d'errors a la feina. A més, impacta no només a nivell individual, sinó també a nivell organitzatiu.

En un informe de càrrega social i econòmica de l'insomni amb adults de l'Organització Internacional de Recerca RAN Europe indica que l'insomni crònic genera una pèrdua anual del PIB d'aproximadament 372.000 milions d'euros a països de renda alta, que representa a Espanya una pèrdua anual del 0,82 per cent del PIB. A més, està associat a 11-18 dies d'absentisme per any, a 39-45 dies de presentisme i a 45-55 dies de pèrdua de productivitat a l'any.

La relació entre la qualitat de son i l'àmbit laboral és bidireccional, ja que també el propi entorn laboral, els riscos psicosocials, l'estrès amb el treball, l'ús dels mitjans digitals, la multitasca, la sobrecàrrega de treball pot afectar també la nostra qualitat de son. Això s'accentua més des de la perspectiva de gènere, ja que s'evidencia que en els rols socials assignats tradicionalment imposen encara que la majoria dels casos les tasques domèstiques i les cures de la família recauen més en les dones.

L'efecte d'insomni també es relaciona amb la major propensió de patir accidents de trànsit. Segons la Direcció General de Trànsit, dormir de quatre a cinc hores multiplica per quatre el risc de patir un accident de cotxe.

Perdoneu, havia d'haver passat aquestes diapositives abans.

Passem al tractament de l'insomni. El tractament de l'insomni és un tractament complicat i és un tractament complex, que ha de tenir un abordatge multidisciplinar, sobretot perquè els fàrmacs que fem servir més ara per tractar l'insomni són les benzodiazepines i aquestes benzodiazepines o fàrmacs Z no estan exemptes d'efectes secundaris, com veurem ara.

L'Agència Espanyola de Medicament confirma un augment del consum de psicofàrmacs durant l'última dècada, entre el 2010 i el 2021, l'augment de consum d'ansiolítics hipnòtics i sedants ha estat de més de deu punts, passant de 82,5 dosis diàries per mil habitants a l'inici de la passada dècada a un consum de 93,04 dosis diàries el, 2021. L'informe ERADES del 2024, publicat pel Ministeri de Sanitat al començament de l'any 25, ofereix dades preocupants quant al consum de hipnosedants a la població, especialment en el cas de les dones. Els hipnosedants amb recepta, o sense, van ser la quarta substància més consumida l'últim any a Espanya, després del tabac, el cànnabis i l'alcohol. Destaquem que el consum amb les dones és superior al dels homes, 14,7 per cent en el cas de les dones i 9,3 per cent amb els homes. Aproximadament, 450.000 persones van iniciar el consum d'aquests medicaments en els darrers dotze 12 mesos abans de la publicació de l'estudi.

Com a fenomen a Catalunya, cal fer esment a les xifres recollides en l'enquesta de salut de Barcelona, que llença dades preocupants pel consum de hipnosedants en edat avançada, especialment en el cas de les dones. Segons aquest estudi, un quaranta per cent de les dones i vint per cent dels homes barcelonins van consumir psicofàrmacs dos dies previs a la realització d'aquesta enquesta. No només això, sinó que el consum en les dones es va incrementar respecte les dades obtingudes en l'enquesta del 2016.

El maneig de les benzodiazepines requereix una atenció especial, ja que un ús incorrecte pot derivar a molts problemes de salut física, mental i a una addicció a aquests fàrmacs.

Aquests fàrmacs, com sabem -i està publicat en molts llocs-, no estan exempts d'efectes secundaris, efectes secundaris com és el deteriorament cognitiu, que pot conduir a una somnolència, una dificultat de concentració, alteracions de la memòria i, sobretot, un baix rendiment laboral i acadèmic. Però també un deteriorament psicomotriu quant a la funcionabilitat, l'equilibri, dificultats de coordinació motora, capacitat de reacció, etcètera.

També alteracions de la salut emocional. Els pacients que estan prenent benzodiazepines i que tenen addicció a l'ús cronificat són més incapaços de regular el seu estat d'ànim i, sobretot, un risc de dependència. Sempre m'agrada dir la frase que el pacient que té insomni i està prenent benzodiazepines si se'n va de vacances busca una farmàcia de guàrdia o busca algú que li doni el fàrmac. No ho fa el pacient que està prenent un antihipertensiu, que no passa res perquè un dia no se'l prengui.

Ja vaig acabant. Una mica com a resum, com he comentat, l'Aliança és una unió de diferents professionals experts, societats científiques i pacients que treballa en la línia de la difusió i el coneixement del son i de la seva importància com un pilar bàsic de salut.

Per això, una oportunitat com la que ens proporcioneu avui em sembla ideal per traslladar-vos la nostra preocupació del son dels catalans i la nostra preocupació de com s'està tractant una malaltia tan prevalent com l'insomni a Catalunya.

Per abordar aquesta qüestió complexa i multifactorial com és la cura del son, creiem fonamental comptar amb estratègies de planificació a mitjà i llarg termini que marquin objectius clars i disposar de les línies d'actuació per assolir aquests objectius, així com indicadors que tinguem de mesura i dels resultats de l'impacte d'aplicar aquestes línies d'acció.

Així considerem algunes propostes. Aprovar una primera estratègia de son saludable com a referent de l'abordatge dels trastorns de son a Catalunya; promoure programes per reduir l'ús prolongat de benzodiazepines i altres fàrmacs de potencial addictiu; incloure indicadors de qualitat i quantitat de son a les enquestes de salut

pública i a les històries clíniques dels metges d'atenció primària -el metge d'atenció primària quan anem ens pregunta si prenem cafè o si bevem alcohol o si fumem, però poques vegades ens pregunten com dormim o si pensem que el nostre son és adequat i de qualitat-, i impulsar l'accés a teràpies més segures que no les benzodiazepines i que estan validades, tant farmacològiques com no farmacològiques, com és la teràpia cognitivo-conductual en el cas de l'insomni.

En qualsevol cas, pensem que s'ha de fer un abordatge multidisciplinar, que els trastorns de son s'han de tenir com a un pilar bàsic de salut i que necessitem mentalitzar i fer línies i estratègies per deshabituar la població del consum d'aquests fàrmacs, que són les benzodiazepines i els hipnòtics.

I amb això us dono moltíssimes gràcies per la vostra atenció.

El president

Moltes gràcies, doctora Romero. Donem també la benvinguda, perquè crec que s'han incorporat, a les doctores Jurado, Sampol i Sàez. Benvingudes també.

Molt bé, feta aquesta intervenció inicial de la doctora Romero, si els hi sembla, passariem al torn dels grups parlamentaris que van sol·licitar aquesta compareixença. Començaríem pel Grup Parlamentari Socialista i Units per Avançar, i té la paraula la seva portaveu, la senyora Jaurrieta. Endavant.

Sara Jaurrieta Guarner

Moltes gràcies, honorable president. Molt bon dia i benvinguda, doctora Romero, i tot l'equip que l'acompanya en aquesta compareixença sobre l'Aliança pel son, que tant a fons ens ha permès apropar-nos a aquesta realitat.

La veritat és que quan des del Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar vam veure que hi havia aquesta Aliança en marxa, vam pensar que era una iniciativa molt interessant per poder conèixer més a fons aquí, a la Comissió de Salut del Parlament, perquè el son saludable no està en boca de la ciutadania. Així com fer esport és molt conegut que és una pràctica que beneficia a la salut de les persones, el tema de la son, no.

Vostè ens ha donat moltes dades molt interessants. Una d'elles, l'enquesta de salut a Catalunya diu que el noranta per cent de les persones diuen dormir menys de vuit

hores al dia. Doncs, això ja ens indica que si el gruix poblacional no arriba a les hores recomanables per la ciència del que necessitem, allò de les tres parts del dia, no? vuit hores per dormir, vuit hores per treballar, vuit hores per l'oci i temes personals, és que alguna cosa no estem fent bé.

A mi m'ha cridat també molt l'atenció el biaix que hi ha en el tema de les dones. A més, aquí a Catalunya hi ha una prevalença d'aquest insomni crònic que crec que d'alguna forma hem de poder abordar de forma més especialitzada.

Vostè feia referència al major risc que hi ha amb les malalties cardiovasculars, endocrines, trastorns en salut mental, un tema que precisament està creixent, i les afectacions que això té: benestar emocional, l'àmbit laboral de risc, de productivitat, escolar. I aquí m'agradaria dir que jo aquesta setmana he llegit una notícia sobre un estudi que ha fet la Universitat de Cambridge i de Xangai, on deia que els *teenagers*, els adolescents, per poc més que dormin hi ha un estudi que diu que millora la seva capacitat i el rendiment quant a una ment més resistent, amb més memòria, amb més habilitats cognitives. Bé, crec que és un tema que a poc a poc anirem abordant amb més consciència les implicacions que això té.

Vostè feia referència als tractaments farmacològics, la preocupació que compartim sobre els impactes que pot tenir amb la dependència i la tolerància amb aquests tractaments. Crec que aquí, i mirant dades de l'Agència Espanyola del Medicament sobre l'augment dels psicofàrmacs, com han anat augmentant en aquests deu anys, és un element que ens hauria de preocupar. Ens ha de preocupar i a nosaltres ens preocupa i ens ocupa, no?

L'enquesta de Salut de Barcelona, un informe de salut que també es publica anualment, també detecta aquest augment en el consum d'aquesta farmacologia. I a més, aquest biaix que vostè deia també, un quaranta per cent més de les dones enquestades els darrers dos dies anteriors a l'enquesta deien haver pres aquest tipus de medicació enfront d'un vint per cent dels homes. Per tant, això ens denota que tenim un element i un biaix que cal abordar.

Nosaltres, com a Grup Socialista i Units per Avançar, hem introduït una proposta de resolució per desenvolupar aquí a Catalunya una estratègia del son saludable en la línia del que vostè deia, sobre l'estudi sobre la reducció de la farmacologia,

indicadors de qualitat que es puguin incorporar en les enquestes, estudi de determinants socials i també de gènere, no?

De la seva intervenció m'agradaria saber, vostè que porta molts anys exercint la clínica i veient molts pacients, imagino, d'orígens molt diferents, com creu vostè que pot ser una millor estratègia per conscienciar la població? Com podem millorar aquesta inequitat en l'accés que vostè feia referència sobre els determinants socials, perquè si no abordem això les desigualtats en aquest àmbit no les podrem evitar, no? I crec que des de l'administració pública, des del Govern, des del Parlament, hem d'abordar aquestes desigualtats en salut, que són existents i notòries per les dades que comentàvem.

I també com podria explicar-se..., per què creu que hi ha aquests biaixos? Ha parlat una mica del tema de l'atenció domèstica també i de les cures, i on més creu que aquests biaixos, també amb la gent més gran, amb l'augment de les receptes, segurament el tema de les pantalles i les noves tecnologies tenen alguna cosa a veure, i pensem que conèixer aquests biaixos és important per poder fer un abordatge efectiu.

I res més. Simplement agrair-li molt la seva tasca, aquesta iniciativa multifactorial, multidisciplinar, multiprofessional en la qual estan dedicant el seu temps.

Pensem que la millor manera és poder fer un abordatge transversal i conscienciar la població que aquest problema és un problema real entre nosaltres.

Moltes gràcies.

El president

Moltes gràcies, senyora Jaurrieta. Ara serà el torn del Grup Parlamentari de Junts i té la paraula la senyora Jove. Endavant, si us plau.

Rosa Jové i Montañola

Hola, vull agrair la presència de l'equip -n'hi ha aquí al darrere, que ja els hem saludat- de la unitat de son de la Vall d'Hebron per venir avui a compartir el seu projecte i les seves investigacions sobre un aspecte fonamental de la nostra salut, com és el son. Perquè sí, tots dormim, però avui ha quedat palès que no tots som

prou conscients del valor real que té la son en les nostres vides, ja que és una peça clau dins de l'abordatge integral de la salut.

Perquè, com bé heu apuntat, el son afecta pràcticament tots els sistemes del cos humà. Jo he intentat apuntar tot el que dèieu, però és que són molts. El sistema immunitari, el respiratori, el cardiovascular, el metabòlic, heu parlat de diabetis, salut mental. Bé, jo dic sovint als pacients que dormir bé és curar el nostre cos. El curem, en primer lloc, perquè fem com una prevenció de moltes alteracions i, en segon, perquè dormir bé millora moltes patologies.

Bé, alteracions de les fases de son, apnees, insomni, alteracions circadiàries, cada cop són més majoritàries o almenys es diagnostiquen més, esdevenint un problema de salut pública, com bé heu dit.

Per tot això, jo voldria fer tres preguntes avui. La primera, creieu que un, evidentment un -perquè és una cosa multifactorial i tal-, un dels motius de l'increment d'aquestes patologies és perquè el nostre estil de vida es fica dins del nostre llit a la nit i altera el nostre son i amb el son alterat s'alteren altres sistemes?

La segona, tanmateix, existeix un increment d'alteracions en fase quatre, sobretot, jo he comprovat molts terrors nocturns en infants entre un i cinc anys. Heu detectat aquest fet? I, en cas afirmatiu, quina creieu que és la causa? No malsons, estem parlant de terrors, eh?

I tercera, afortunadament, cada cop més es diagnostiquen més les apnees en infants, que la majoria són degudes a hipertrofia amigdal·lar o de vegetacions, apnees que provoquen que els infants es despertin molt per la nit, provocant alteracions en el son de tota la família, però, sobretot, perquè es culpa a l'infant que no dorm, que si té mals hàbits, que no vol dormir, quan el que passa és que no pot dormir bé perquè té una apnea.

Per desgràcia, les llistes d'espera, per confirmar-ho, mitjançant actigrafia o polisomnografia, són elevades, a vegades fins a un any d'espera, provocant infants que no dormen bé durant més temps, perquè no poden ser diagnosticats, amb les conseqüències que pot tenir a nivell de salut per als nens o a nivell escolar, i també per als pares que tampoc dormen amb els perills per la seva salut i laboral. Com penseu que el vostre servei pot ajudar, evidentment coordinat amb pediatria o amb

els serveis pediàtrics, com podeu ajudar a detectar aquesta patologia en infants d'una forma més ràpida i eficaç del que pot ser feta fins al moment?

Moltíssimes gràcies.

El president

Moltes gràcies, senyora Jové. I ara serà el torn d'Esquerra Republicana de Catalunya, i té la paraula l'honorable senyora Verge. Endavant.

Tània Verge Mestre

Gràcies, president. Moltes gràcies, doctora Romero-Santo Tomàs i a tot l'equip de la unitat del son per posar-nos sobre la taula un tema tan rellevant.

Per no repetir-me en les intervencions de les anteriors diputades que han intervingut, voldria anar directe al gra i preguntar-li per les propostes concretes que vostès plantegen en relació a aquesta estratègia del son, més enllà de la diapositiva que veiem aquí i la complexitat que també té abordar una estratègia que té molt de canvi estructural al darrere o té molta proposta de canvi estructural, perquè allò que té a veure, per exemple -i aquí obro un altre meló, però és una pregunta relacionada-, de si vostès tenen també relació com a Aliança pel Son amb la Barcelona Time Use Initiative o d'altres semblants, perquè els ritmes circadianis dels horaris que portem i tot el paquet de reforma horària es plantegen molt sovint també en termes de qualitat del son, tant per infants com per adults. Per tant, aquest és un àmbit que clarament és una política pública a implementar per molts sectors simultàniament, segurament també fins i tot desborda les competències de la Generalitat, però és que cal, també incloent el canvi d'hora absurd que es fa dos cops l'any. Aquest un paquet, si vostès treballen també en coordinació o amb alguna xarxa on es tracta molt específicament també tota la qüestió de la reforma horària.

Després, hi ha un altre paquet que té a veure..., pregunto, eh?, si ho han treballat així, quines propostes tenen o quines recomanacions fan també a nivell de polítiques públiques per un millor acompanyament a processos naturals del nostre cos que impacten amb la salut? Perimenopausa, on l'insomni, la interrupció del son és molt comú, però també amb els problemes associats amb la pròstata, des de la hiperplàsia benigna, que provoca micció més freqüent interrompent el son per la nit.

D'acord, molts homes estaran aquí. Moltes dones, un dels símptomes que tindrem o que tenim té a veure amb l'insomni i aquesta son interrompuda, però és part del procés d'envelliment. Llavors, com acompanyem aquests processos també sense sobremedicalitzar, no? Perquè totes podem conèixer moltes dones al nostre voltant que per la perimenopausa comencen amb tractaments ansiolítics per dormir i després per tota la vida, perquè ja no saps dormir sense aquesta medicació.

Per tant, hi ha algunes qüestions d'abordatge molt macro perquè són estructurals, n'hi ha d'altres que tenen a veure amb el procés d'envelliment i com potser des de la primària, des de l'àmbit comunitari s'han de tractar de manera diferent i buscar altres maneres d'abordar en aquest cas l'impacte que té sobre el son, que no té per què ser sostingut en el temps, en el moment potser de més canvis hormonals, però com ho acompanyem i quina seria la seva valoració professional i les propostes que tenen en relació al sistema de salut.

I també quin tipus creuen de campanyes de sensibilització s'haurien de fer pel conjunt de la població perquè té moltes ramificacions, com a famílies en relació als infants com acompanyar aquest procés de son, el nombre d'hores adequades per a cada edat, però també a la població adulta, de l'impacte que tenen les pantalles i que estiguem davant del mòbil fins dos minuts abans o fins trenta segons abans d'apagar el llum. Totes aquestes qüestions, que algunes són més contemporànies pels nous hàbits que s'han introduït amb les tecnologies, d'altres tornaria a tot el component estructural.

I celebro molt que posin l'èmfasi en aquests riscos psicosocials que estan associats també a l'àmbit laboral o a les mateixes condicions de vida. Em refereixo a les condicions materials de vida, aquests biaixos que hi ha de gènere, de classe social, perquè si el sistema de salut no incorpora aquest enfocament interseccional i recepta propostes que no siguin de talla única, doncs, segurament no ens anirà bé al conjunt de la població.

De nou, moltíssimes gràcies, tant per la feina que fan com per la presentació d'aquest estudi, que ens agradaria poder-lo llegir amb deteniment per escrit.

Moltes gràcies.

El president

Molts gràcies, honorable senyora. Ara serà el torn del portaveu del Partit Popular de Catalunya, el senyor Manchón. Endavant, si us plau.

Hugo Manchón García

Gracias, presidente. Señora Romero, muchísimas gracias por comparecer hoy aquí; también a todo su equipo y sobre todo por el trabajo tan necesario que realizan. Dormir parece algo tan simple, automático, pero cuando el sueño falla, falla todo.

Usted lo ha explicado muy bien, afecta a la salud mental, a nuestro rendimiento, a nuestra vida cotidiana y a la salud en general y, sin embargo, seguimos sin darle la importancia que merece.

Confieso que me he sentido interpelado. Yo mismo tengo dificultades para dormir y, como mucho, se ha normalizado ese ritual de las pantallas por la noche: Netflix o es imposible dormir, y a veces ni así. El insomnio, sueño ligero, el cansancio acumulado, es un bucle que ignoramos, pero acaba afectando a la salud. Y seguro que esto le ocurre a muchas personas, por eso me gustaría saber -y supongo que es una pregunta que mucha gente se hace- ¿cuántas horas exactas debemos dormir? ¿Depende de la edad o hay factores más importantes que las horas de sueño?

He leído también una entrevista suya, y lo ha comentado también hoy, sobre el consumo preocupante en España de fármacos relacionados con los problemas de sueño y de su consumo incorrecto o los efectos secundarios, y que hay alternativas. Usted hablaba de la terapia cognitivo conductual como referencia, ya que ha demostrado eficacia a medio y largo plazo. ¿Cree que el sistema público está haciendo lo suficiente para facilitar el acceso? ¿Cómo podemos mejorarlo?

También me parece fundamental la Alianza por el Sueño y el Observatorio, que es una iniciativa muy potente. Por un lado, por la red de profesionales que aglutina, sociedades científicas, sanitarios y pacientes y, por otro lado, también por la capacidad de recoger datos que nos sirvan para tomar decisiones.

Me gustaría saber sobre la información que están recogiendo ya, si es posible, ya que el Observatorio, si no recuerdo mal, se creó a finales del año pasado.

Y otra cosa que me preocupa es como llegar a los jóvenes, porque dormir mal se ha normalizado entre los adolescentes como si fuera parte del estilo de vida, algo normal. ¿Qué herramientas concretas podríamos impulsar desde las escuelas, campañas institucionales o los medios de comunicación para concienciar sobre el valor del sueño? ¿Cómo revertimos esa mentalidad de que ya dormiré cuando pueda?

Y, desde aquí, desde el Parlament, ¿qué podemos hacer para actuar de verdad? ¿Qué necesita el sistema? ¿Más formación? ¿Más recursos para programas concretos? Medidas que se puedan implementar lo antes posible y que la próxima vez que nos veamos diga usted que la situación ha cambiado y que hemos mejorado.

Y gracias, de nuevo, doctora, por su claridad, por los datos. Esperemos que el *Govern* también se ponga las pilas para recopilar datos y actuar, y gracias también por recordarnos que dormir no es perder el tiempo, sino que es imprescindible para tener salud, y de debemos tomárnoslo en serio.

Muchas gracias.

El president

Moltes gràcies, senyor Manchón. Amb això tanquem el torn dels grups que van demanar la compareixença i ara serà el torn del Grup Parlamentari de VOX en Catalunya. Té la paraula la seva portaveu, la senyora García Fuster. Endavant.

María Elisa García Fuster

Gracias, señor presidente. Muchas gracias, señora Romero, doctora Romero, por toda la información. La verdad es que ha sido muy interesante.

A mí me gustaría saber, exactamente, Alianza por el Sueño qué tipo..., porque ha dicho, obviamente, que es un tratamiento multidisciplinar, como no puede ser de otra manera. Yo creo que actualmente el noventa por ciento de todas las patologías a nivel mundial ya requieren un tratamiento multidisciplinar, básicamente por la complejidad que implica el aumento de edad, etcétera.

Entonces, a mí me gustaría saber ¿cuántos profesionales o qué tipo de profesionales, aparte de los neumos, aparte de los neuros, engloban o forman parte de Alianza por el Sueño?

Y también me gustaría saber, ha hablado de lo que hacen, pero no ha hablado de los proyectos, o me lo he perdido, pero sí que me gustaría saber qué proyectos a corto plazo tienen, o sea qué objetivos a corto plazo, a parte de la divulgación y de que obviamente se dé una visibilidad que el sueño no tiene, pero qué proyectos hay.

Y luego, claro, es bien sabido que precisamente los médicos tienen una calidad de sueño entre mala y peor, básicamente por el tipo de trabajo que tenemos, que es lo normal, la verdad es que está hipernormalizado y yo creo que hace años que ya no oigo a nadie quejarse de esto a nivel médico. Pero sí que me gustaría saber ¿hacen implantación de esto que nos ha presentado hoy a nivel hospitalario? O sea, ¿presionan a nivel hospitalario para que entiendan todo esto? Y no estoy hablando, ojito, que luego enseguida se dice que..., o sea, las guardias de veinticuatro horas a mí es algo que personalmente me gusta y no quiero dejarlo, pero sí que es cierto que afecta, afecta muchísimo, afecta tanto como para provocar cantidad de trastornos. Muchos médicos, de hecho, durante la época covid, etcétera, consultaron por esto, ya no solamente por el estrés, sino por la falta de sueños con estos turnos que hacíamos de doce horas de formas alternas, continuadas, durante meses y meses.

Y me gustaría saber exactamente si hay alguna implantación o si lo implantan no a nivel de colegio de médicos, sino a nivel hospitalario en el Valle o en cualquier otro hospital donde estén implantados, que asumo que es solamente el Valle por el momento.

Gracias.

El president

Moltes gràcies, senyora García Fuster. Efectivament, amb això tanquem el torn dels grups parlamentaris, perquè no ens poden acompanyar la resta de grups que formen part d'aquesta comissió.

Per tant, doctora Romero, per respondre a les moltes qüestions que se li han plantejat i, com li recordava, tindrà al voltant d'aquests deu minuts.

Vinga, gràcies.

Odile Romero (responsable de la Unitat del Son de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Bé, en principi, la veritat, moltes gràcies, moltes reflexions. Això vol dir que el son és un tema candent, que ocupa i que preocupa, i això sí que és d'agrair, sobretot per una professional que fa trenta anys que s'està dedicant a problemes de la son, trastorns de la son, i que vinc del camp totalment assistencial i de veure molts pacients i de veure com pateixen els pacients que no poden dormir.

Per tant, reitero aquests agraïments per aquest interès que realment, bé, a mi em deixa molt satisfeta i a l'organització que estic representant en aquest moment segur que també.

Són moltes les preguntes. No sé si podré arribar a respondre-les totes, però com a mínim, si no, intentaré agrupar o donar les pinzellades.

Primera pregunta, i jo crec que aquesta és una pregunta important, com podem tenir una estratègia per conscienciar del problema? Conscienciar la població, jo penso que conscienciar la població és molt important, conscienciar les entitats polítiques és molt important, conscienciar l'empresa és important i conscienciar els ens educadors. Conscienciar els nens des del col·le.

És a dir, hi ha moltes coses, hi ha molts factors, i aquí podríem entrar en àrees dels horaris, també. La majoria d'extraescolars se'n van super tard i els nens acaben fent els deures tard, i els nens se'n van a dormir tard, començant pels adolescents. Els adolescents tenen un horari els caps de setmana i un horari durant la setmana, i a vegades no tan adolescents.

Sí que és veritat que tenim un problema amb els torns laborals, perquè això és un estressor que ens ha comportat la societat i que, des que hi ha llum i des que tenim possibilitat de treballar les vint-i-quatre hores, hi ha feines que són de vint-i-quatre hores. Però a vegades també tenim hàbits socials que sí que podríem treballar nosaltres i que també mantenim un horari.

A vegades, recordo que hi ha premsa o hi ha periodistes que em pregunten què penso per les biblioteques de vint-i-quatre hores, o pels centres esportius de vint-i-quatre hores. I jo dic, ens estem queixant dels torns de guàrdia, dels torns laborals i després m'estàs preguntant de fer un centre esportiu de vint-i-quatre hores? Això vol dir que no tenim una població conscienciada si amb el que realment necessitem hauríem d'intentar evitar, abordar o millorar, però el que realment no és necessari, com a mínim no impulsar-ho.

Jo penso que conscienciar la població des de l'educació a tots els nivells, des de l'empresa, des de...

Formar també més segurament l'assignatura. L'àrea de coneixement del son no s'ensenya a la Universitat de Medicina, nosaltres ens formem més tard. Doncs, hem de començar a impulsar estratègies de formació de l'àrea de coneixement dels tractors de son des de la universitat. És a dir, s'ha de conscienciar a tothom.

Per què hi ha aquestes desviacions entre el Comitè de Barcelona o altres àrees, entre homes, entre dones? Bé, són condicionants socials. Evidentment, les dones continuem, malgrat que suposo que cada vegada menys, però la càrrega familiar dels fills o de la cura de la gent gran sol recaure una mica més encara en les dones. Això suposa que la dona treballadora moltes vegades té una càrrega extra quan s'ha d'ocupar més de les coses familiars, i això és un estressor. Estem a vegades traient hores de son, volem rendir més i volem fer una solució ràpida al nostre problema de son. I si la solució ràpida és començar a aprendre hipnòtics o benzodiazepines, tots sabem que aquí la dificultat ve després, a l'hora de treure'ls, perquè quan portem un temps prenent benzodiazepines és molt difícil.

Per tant, a part de conscienciar la població de son=pilar de salut, conscienciar benzodiazepines no és la millor solució. Hem d'intentar primer abordar altres tipus d'estratègies.

Això enllaçaria una mica amb la pregunta dels estils de vida. Òbviament, portem uns estils de vida que jo penso que no els valorem. No valorem el nostre son encara el suficient. No valorem sortir a sopar a les deu del vespre, per exemple. Nosaltres acabem de fer la reunió de la Societat Espanyola de Son i quedàvem per sopar a

altres hores del vespre. O sigui, nosaltres, que ens conscienciem i parlem, després a vegades a la pràctica costa molt, perquè la societat ens porta a aquest problema.

El problema dels nens. Òbviament, aquí tenim un problema molt important. Als pediatres segurament hauríem de consultar més pel tema de les apnees. Com es pot abordar des d'un hospital de referència? Com podem arribar a més, a tractar el tema dels trastorns de son al nen? Necessitem més recursos. Necessitem que realment hi hagi consciència social, però es necessiten més recursos. Amb els recursos que tenim moltes vegades disminuir les llistes d'espera és difícil. I a mi no m'agrada dir-ho, però les unitats de son..., el son encara es considera i possiblement és com una medicina preventiva i mai està a la primera línia de fer accions dintre dels directius dels hospitals. Per què? Perquè les llistes d'espera de cataractes o d'intervencions d'oncologia o d'altres tipus de patologia sempre acaben sent prioritàries. Llavors, quan acaben a la línia dels trastorns de son ja no hi ha recursos. Ja s'han gastat tots els recursos i llavors no arriben.

Llavors, jo crec que la mateixa societat hauria de demanar que es dediquessin més recursos per abordar tots aquests trastorns de son.

Els nens, si no dormen bé, tenim un problema de fracàs escolar també, comportat per tot això. Llavors, canvis d'horari de les escoles? Sí, segurament s'ha de fer, però també és veritat que si tenim unes extraescolars fins a altes hores del vespre és complicat. Són canvis complexos, multifactorials, que si no hi ha una interiorització del problema per part de la societat i de les persones que poden fer canvis, és molt difícil. Ens hem de creure el problema. Hem de saber que això realment és un problema.

Quan es va solucionar el tema del tabac? Quan realment ens vam creure... Jo recordo que quan era petita fumar era l'habitual; ara la gent mira malament al que fuma. El dia que et mirin malament, el pare que té un nen a la Costa Brava a les dues de la matinada, un *bebuto*, *allí al carrito del coche* i ells estan passejant... Llavors, si la societat comença a dir i li crida això l'atenció, tindrem una societat més mentalitzada i segurament es dedicaran més recursos i podrem fer, de mica en mica, avançaments en aquest estil.

Jo cada vegada que surto..., i dic la Costa Brava perquè a vegades és a l'estiu, i veus els nens que van en els *carritos* mig adormits perquè els pares estan sortint a prendre alguna cosa i, òbviament, en aquell moment no tenen la cangur o no tenen els pares, i s'emporten els nens, no els deixaran sols a l'apartament.

Més coses, a veure... Quantes hores hem de dormir? Nosaltres no som una persona que dorm ni una persona que està desperta. Som sèries de vint-i-quatre hores i tenim uns ritmes circadianis. Si durant la vigília estem bé, estem contents, ens concentrem, tenim ganes de fer coses, no tenim problemes i estem sans, estem dormint el suficient. Hi ha una síndrome que és la mala percepció de son. Hi ha malalts que venen a la consulta i et diuen que no poden dormir, que tenen insomni, que no sé què, però s'aixequen, se'n van a cuidar els nens, se'n van a fer esport, se'n van de vacances, se'n van al cinema. Doncs, segurament estàs dormint el suficient. És a dir, és molt difícil valorar només qualitat de son. Has de valorar qualitat de vigília. Si la vigília és bona, és correcta i és saludable, vol dir que estàs dormint el suficient.

Facilitar que s'incorporin les tècniques de teràpia cognitiva o conductual amb el tema de l'insomni. Els hàbits saludables, més o menys, tothom se'ls pot mirar a Google, i el pacient quan et ve a la consulta ja sap que prendre cafè no és saludable si té un problema de son, encara que a vegades ho pren perquè com que està cansat comença a prendre cafè, i ja sap que no ho ha de fer. O sap que no ha d'estar en pantalles fins a altes hores de la nit, encara que continua fent-ho. Però hi ha altres coses que es poden tenir en compte, com són els processos que regulen la son - n'he fet una petita menció abans-, el procés homeostàtic, el procés circadiari.

El procés homeostàtic, per fer un resum, vol dir que des del moment que ens despertem al matí es va generant una necessitat de tornar a dormir, és com una motxilla que es va carregant a l'esquena, i quan arriba la nit l'hem de buidar. I el procés circadiari és que hem d'intentar encarrilar el nostre ritme circadiari. És a dir, no podem ser una persona amb un horari durant la setmana per compromisos laborals i el cap de setmana canviar totalment l'horari per compromisos socials. Hem d'intentar que l'horari sigui constant.

Totes aquestes tècniques ajuden moltíssim, i sí que és cert que necessites una participació activa per part del pacient. El pacient és com el que demana aprimar-se,

ell ha de fer la dieta, no li pots donar una pastilla i s'aprima, ell ha d'incorporar aquests hàbits. Però si aconseguim interioritzar, son=pilar de salut, igual que fumar és dolent... Bé, jo crec que la majoria de gent jove se'n va al súper ara i van mirant les etiquetes de tot el que aporten els aliments. Hi ha aquestes tendències que, bé, el fuet és como *un pecado de salud* ara, quan abans era boníssim.

Doncs, una mica intentar que la gent jove també vegi que si surten a les dues de la matinada o queden a altes hores, que comencin a fer aquesta reflexió.

Tothom ha incorporat l'esport, com a mínim paguen e gimnàs. Tothom ha incorporat l'esport a la seva vida. Abans no teníem tan incorporat això. Doncs, el mateix que hem fet amb el tabac, el mateix que hem fet amb l'alimentació, amb l'esport, ho hauríem d'intentar fer amb el son. És a dir, que la gent que surt a les dues de la matinada, si no és per una necessitat, que els companys et mirin malament i et diguin: "Ostres, hauries d'estar dormint, perquè demà has de rendir".

I jo crec que és la tasca més important que tenim.

I no sé si em quedava alguna cosa més. Em queda alguna pregunta més de respondre?

El president

Molt bé. Si vol acabar, senyora Romero.

Odile Romero (responsable de la Unitat del Son de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Sí, jo crec que sí.

El president

Molt bé. Doncs, senyora Romero, li agraim la seva compareixença. Crec que se'ns ha anunciat una proposta de resolució. Per tant, la comissió tindrà oportunitat d'aprofundir en el debat sobre aquestes qüestions.

Si els hi sembla, suspenem la sessió durant uns minuts per acomiadar els compareixents i donar la benvinguda als darrers que tindrem aquest matí.

Gràcies.

La sessió se suspèn a les... i es reprèn a les...

El vicepresident

Sí, bon dia.

Compareixença d'una representació del comitè motor de Respirar per a informar sobre el projecte Respirar i els punts de col·laboració amb les accions que es duen a terme a Catalunya

357-00579/15

Ara començarem el punt 3 del dia d'avui a la Comissió de Salut, amb la compareixença d'una representació del comitè motor de Respirar davant la Comissió de Salut per a informar sobre el projecte Respirar i els punts de col·laboració amb les accions que es duen a terme a Catalunya.

Compareixeran el senyor David de la Rosa, president de la SEPAR, comitè motor Respirar; la doctora Victòria Cardona, presidenta del Comitè d'Anafilàxia i membre del grup de portaveus de la SEAIC, i també el senyor Mariano Pastor, president de Fenaer, del comitè motor Respirar. Tindran vint minuts que els podeu compartir i serem flexibles també.

També donar la benvinguda a tots els acompanyants del comitè motor Respirar que es troben amb nosaltres el dia d'avui en aquesta comissió.

Doncs, començarà el senyor Mariano Pastor. Vint minuts per compartir.

Moltes gràcies.

Mariano Pastor (president de Fenaer)

Bon dia. Comparezco ante ustedes en nombre de los pacientes respiratorios crónicos a los que Fenaer representa mayoritariamente. Agradezco al Parlament de Catalunya, a su presidente y a sus diputados la oportunidad de darnos voz. No siempre se escuchan a los pacientes en los foros de decisión, pero cada vez son más visibles gracias a la fuerza del asociacionismo.

Nuestra experiencia cotidiana nos convierte en conocedores de primera mano de las necesidades reales del paciente. No somos expertos clínicos, pero sí en vivir con

una enfermedad crónica, en sus limitaciones, dificultades y en cómo podría mejorar la atención que recibimos.

En esta iniciativa que hoy le presentamos, nuestra voz ha sido tenida en cuenta. La federación ha participado activamente en la elaboración del documento Respirar, convencida de que es urgente que el sistema público de salud cuente con una estrategia de enfermedades respiratorias que aborde esta patología de forma global. Llevamos años reclamándola, porque es la única herramienta que permitiría avanzar en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de unas patologías que afectan en España a más de seis millones de personas.

En el caso de Cataluña, son dos millones las personas afectadas. Es decir, la cuarta parte de la población que reside en esta comunidad padece alguna enfermedad respiratoria y uno de cada cuatro habitantes fallece por alguna de estas enfermedades. Esta es, por ejemplo, la comunidad autónoma con mayor prevalencia en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la EPOC, y con el mayor índice de infradiagnóstico.

Sin embargo, pese a que en Cataluña cuentan con un plan director de enfermedades respiratorias, éste data de 2010 y no se ha actualizado.

Una estrategia global como la que nosotros defendemos debe ser dinámica y adaptarse a los tiempos, a la evolución de los factores desencadenantes, de los comportamientos y de la innovación. Tener en cuenta, por ejemplo, factores ahora más estudiados en relación con las enfermedades respiratorias, como la calidad del aire, la irrupción de nuevos productos para fumar, los cambios en las guías clínicas o las innovaciones en tratamientos producidos en los últimos quince años.

Hablamos de enfermedades crónicas muchas veces incapacitantes, con altas tasas de comorbilidad y mortalidad, enfermedades cuya incidencia crece cada día por factores como el tabaquismo, las alergias, la contaminación o el cambio climático. Aunque no curables, pueden prevenirse en parte y, con diagnóstico y manejo adecuados, permitir una vida aceptable.

Uno de los principales retos es el infradiagnóstico. A esto le suman desigualdades entre comunidades autónomas y entre patologías. Creemos que unificar criterios y

procesos en todo el Estado es fundamental para garantizar la equidad y combatir estas desigualdades.

Lo que se propone es un abordaje integral que incluya prevención, diagnóstico precoz, innovación terapéutica, atención psicológica y seguimiento personalizado. El impacto físico de estas enfermedades acompaña a menudo ansiedad, depresión, aislamiento, abandono de tratamientos, menor actividad física y alimentación deficiente. Todo ello alimenta un círculo vicioso que empeora el pronóstico y calidad de vida pero que puede romperse con los apoyos adecuados.

Hay mucho que está en manos de los propios pacientes que puedan y quieran implicarse activamente en el control de la enfermedad, pero indiscutiblemente resulta imprescindible una política sanitaria que aborde estas patologías desde una óptica integral, multidisciplinar y coordinada entre todos los niveles asistenciales. Solo así podremos romper con las cifras de infradiagnóstico y priorizar de verdad la prevención.

Estas enfermedades generan además una gran carga económica, más de 2.500 millones de euros anuales en costes directos solo por asma y EPOC en España. A esto hay que sumar el gasto de los propios pacientes, gastos en electricidad por el uso de terapias domiciliarias, en transporte por problemas de movilidad, en adaptación del hogar, necesidad de asistencia, pérdida de empleo y desgaste familiar.

Pero más allá del coste económico, lo que más pesa para los pacientes es la pérdida progresiva de autonomía y calidad de vida. Por eso defendemos el acceso rápido e igualitario a los tratamientos más adecuados, según criterios clínicos y no burocráticos.

Se han dado pasos positivos como la eliminación del visado de inspección médica para las triples terapias cerradas, pero que en Cataluña esta decisión ha ido aparejada con una limitación de su prescripción. Las triples terapias cerradas para EPOC y asma constituyen una innovación terapéutica segura y eficaz que mejora notablemente la adherencia al tratamiento y, por tanto, el control de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. Presentan, además, una excelente relación coste-beneficio y no generan incremento del gasto farmacéutico. Limitar su prescripción

supone negar a muchos pacientes catalanes el acceso al mejor tratamiento disponible y someterlos a una inequidad, aquí en Cataluña, y también respecto a los de otras comunidades que no tienen, en nuestra opinión, ninguna justificación.

Es necesario seguir avanzando en el acceso a los mejores tratamientos y para ello es preciso también agilizar la financiación de fármacos innovadores aprobados ya por la EMA.

En este contexto quiero detenerme especialmente en una cuestión de actualidad. Las propuestas que plantean limitar la prescripción de inhaladores presurizados PMDI por motivos medioambientales. Los pacientes que representan las veinticinco asociaciones integradas en Fenaer puedo asegurar que comparten la urgencia de avanzar hasta un sistema sanitario más sostenible. Somos los primeros interesados en la mejora de la calidad del aire y en políticas efectivas de descarbonización, sin embargo, también creemos que esas políticas no pueden ir en contra de la salud de los pacientes, ni sustituir el criterio clínico ni condicionar el acceso al tratamiento más adecuado. Los inhaladores PMDI son esenciales para muchos pacientes. Sustituir un inhalador por otro no es una simple cuestión de formato. Los tratamientos inhalados no son intercambiables y así lo señala expresamente la Agencia Española del Medicamento. El éxito terapéutico depende, entre otros factores, de que el paciente pueda utilizar el dispositivo correctamente.

Por eso, aplaudimos el posicionamiento del Ministerio de Sanidad en su reciente documento de recomendaciones para una prescripción sostenible de inhaladores en el que se prioriza el criterio clínico sobre el medioambiental. Esta es una decisión sensata que pone al paciente en el centro y evita convertir una herramienta terapéutica en un elemento de discriminación y estigmatización.

Además, confiamos en que los avances en innovación farmacológica permitirán muy pronto disponer de inhaladores presurizados con una huella de carbono significativamente menor, de hasta un noventa por ciento menos, lo que garantizará avanzar en sostenibilidad sin perjudicar ni estigmatizar a los pacientes.

Hasta entonces, es imprescindible que coexistan ambos tipos de inhaladores y que todos los pacientes puedan participar en la elección del dispositivo que mejor se

adapte a sus capacidades y circunstancias. Es la única forma de garantizar la adherencia al tratamiento, un factor determinante en el control de la enfermedad.

Una estrategia de enfermedades respiratorias en la sanidad pública permitiría abordar de forma global todos estos retos: mejorar la prevención, fomentar el diagnóstico precoz, garantizar la equidad en el acceso a tratamientos y avanzar en sostenibilidad sin comprometer la salud. También reforzaría la información y concienciación social, clave para reducir el infradiagnóstico, mejorar la empatía hacia los pacientes y prevenir nuevas enfermedades.

El documento que hoy les presentamos recoge todas estas propuestas de forma conjunta, consensuada y realista. Confiamos en que lo valoren como una oportunidad real de avanzar hacia un país más justo, más eficiente y saludable.

Muchas gracias.

El vicepresidente

Moltes gràcies, senyor Mariano Pastor. I ara serà el torn de paraula de la doctora Victòria Cardona.

Victòria Cardona (presidenta del Comitè d'Anafilaxia i membre del grup de portaveus de la SEAIC)

Hola, bon dia. Moltes gràcies per donar-nos l'oportunitat de presentar aquest document.

Jo soc representant, en aquest cas, de la Societat Espanyola d'Al·lèrgia i Immunologia Clínica i destacaré alguns punts que em semblen rellevants.

Respirar és vida. Tots ho tenim molt clar i tots hem patit l'angoixa quan ens falta l'alè. Imagineu-vos tenir aquesta possibilitat de formar crònica, com els passa als malalts amb malalties cròniques, especialment la malaltia pulmonar obstructiva crònica o l'asma bronquial. Això angoixa, angoixa i és una cosa que preocupa a la població. I com a exemple de com motiva això tenim la passada Marató de TV3, que va ser precisament de malalties respiratòries i que va tenir un gran èxit i una gran difusió. I això ens reflecteix realment la preocupació que té la societat.

Com ja ha dit el company, a Catalunya és prevalent l'EPOC, és prevalent l'asma. De fet, són malalties que són la tercera causa de mort, la primera causa d'ingrés hospitalari i moltes vegades infradiagnosticades i, el que és més important, estan mal controlades. Fins a la meitat dels pacients no tenen un bon control dels seus símptomes. I això què vol dir? Que no poden portar una vida normal, no poden fer la seva feina normal, els estudiants no tenen tants bons resultats a l'escola i han d'anar a urgències sovint. I sabem que els malalts greus i aquells pacients que exacerben molt i que van a urgències són els que fan més despesa, que tenen més despesa econòmica en el sistema sanitari, i això està ben estudiat.

Per tant, aquestes estratègies per millorar l'atenció d'aquests pacients a la llarga són econòmicament solvents, són eficients.

Jo crec que el meu company parlarà més de com es va generar el document. Jo volia donar-vos una mica de resum sobre en què consisteix, no?

És veritat que es van posar d'acord diverses societats, comptant amb pacients, inclús amb gestors, infermeria i altres actors, farmàcia, per fer-lo. I és un document que està fet segons uns principis que jo crec que són molt importants. El principi de l'equitat, com s'ha esmentat, la possibilitat que tots els pacients tinguin accés als millors tractaments. Orientació a resultats, està pensat amb unes estratègies, amb uns objectius i amb uns indicadors per saber si això ho estem fent ben quan s'apliqui, si s'arriba a aplicar. Amb la participació del punt de vista del pacient, sabem que ara totes les estratègies de salut han de tenir aquesta veu en compte perquè es que, sinó, no tiraran endavant. I probablement nosaltres, com a professionals sanitaris, pensem que veiem el que ells veuen, però ells ho veuen diferent.

Han de ser traslladables als plans assistencials de cada comunitat autònoma, i aquesta és la idea, i per això estem aquí presentant-lo. I s'inclou, per exemple, la perspectiva de gènere, molt important, perquè sabem que la malaltia pulmonar obstructiva crònica, per exemple, en les dones no es diagnostica tant com en els homes, no es visualitza tant i això, per exemple, és un problema. O que les dones estan mal representades en els assajos clínics, això és un altre problema dels medicaments.

Llavors, les línies estratègiques d'aquest document, com s'ha esmentat, són la prevenció i l'educació, amb una visió de salut global, no només pensar en la prevenció medicamentosa, sinó promoure àmbits saludables, llocs saludables, més àrees verdes al costat de les escoles, etcètera.

Evidentment, reduir el tabaquisme, això seria el número 1, i això és lògic, no s'ha inventat la roda aquí, és superimportant.

Millorar els índexs taxes de vacunació i estem en un moment en què moltes de les vacunes que són importants pels malalts respiratoris estan qüestionades en alguns fòrums. Per exemple, a les xarxes socials, en els mitjans de comunicació existeix aquest debat i s'han d'enfortir realment les polítiques de vacunació.

I això, que hi ha col·lectius que són més vulnerables, els ancians, els nens, a vegades les dones o, per exemple, aquelles persones que han nascut precoçment, que tenen menys desenvolupament pulmonar.

Han parlat de l'infradiagnòstic.

Després, una línia estratègica és el maneig integral i coordinat entre les diferents escales assistencials que tenim. Pensar en el tractament farmacològic, que evidentment ha avançat molt en els últims anys, però estem parlant d'altres mesures no farmacològiques que són importants pels pacients i, per exemple, la rehabilitació, la fisioteràpia o l'accés a algunes coses que per a ells són imprescindibles pel seu dia a dia.

Millorar l'adhesió al tractament, i això sembla una tonteria, però sabem que molts pacients fallen perquè no fan el tractament i, a vegades, és perquè han de fer sis inhaladors o sis inhalacions al dia i, potser, podrien fer una altra, que és una, que tindrien una millor adhesió i millors resultats, però que no se'ls prescriu, i això també té el seu impacte.

Finalment, parlar de la investigació -i no m'estendré molt-, però és evident que si investiguem amb aquest tipus de malalties tindrem més coneixement i podrem aplicar-lo després pels pacients, i la coordinació sociosanitària, de tal manera que tots els escalons assistencials treballant en xarxa puguin oferir al pacient el

tractament adient quan està bé i quan és un dia a dia, i quan està exacerbant i té una crisi.

I, per últim, que també és un tema que ha sortit últimament molt a mitjans de comunicació, etcètera, és cuidar el cuidador. Molts d'aquests pacients necessiten gent que els ajudi i és important que aquesta gent tingui un recolzament.

I aquest és el resum que jo volia fer.

El vicepresident

Moltes gràcies, doctora Cardona. I ara té l'ús de la paraula el senyor Daniel de la Rosa, el president de CEPAR.

Daniel de la Rosa (president de la SEPAR)

Bon dia a tothom. Moltes gràcies, abans que res, per invitar-me a estar aquí avui en representació del projecte Respirar, i també en nom de la Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràctica que tinc l'honor de presidir aquests anys.

Ja s'ha dit que aquí ens reuneix avui el document Respirar, que és una proposta per posar en marxa una estratègia integral per a l'abordatge de les malalties respiratòries arreu de l'Estat.

Abans que res, vull reconèixer el mèrit de la gent que ha fabricat això. Ha estat gent amb molt d'esforç i amb ajuda d'alguna institució i amb l'ajuda també de les societats científiques, i això s'ha de reconèixer. I han fet aquest esforç per tot el que han parlat els meus companys abans. Les malalties respiratòries són molt prevalents, són molt importants, són la tercera causa de mort ja a Espanya, i patologies com l'asma, l'EPOC, el càncer de pulmó, les infeccions respiratòries tenen molt d'impacte en morbiditat, mortalitat i, sobretot, costos sanitaris i costos també humans.

I arrosseguem, com deia la doctora Cardona, l'infradiagnòstic, la manca d'adhesió al tractament. I el que a mi més em preocupa en aquests pacients és la manca de coordinació entre nivells assistencials. Realment, en el dia a dia, jo que treballo a hospitals des de fa molts anys, el pobre pacient està una miqueta perdut de vegades. El metge capçalera m'ha enviat aquí, ara vaig a urgències, em canvien tot el tractament, no em veu el meu especialista fins d'aquí no sé quan, i tot això fa que sigui un maneig poc eficient als que tenen aquestes malalties. I pensem que amb

una estratègia nacional, parlarem més endavant del tema de Catalunya, es pot ajudar a integrar millor tot això.

Dit tot això, malgrat tot això que estem explicant, no hi ha una estratègia nacional vigent i operativa amb malalties respiratòries. L'última era específica d'MPOC, de l'any 2014, però es va crear i tampoc es va arribar a implantar bé del tot i no s'ha actualitzat. I així com en d'altres malalties o d'altres àmbits, com les malalties cardiovasculars, l'oncologia, sí que es veu que és evident que fa falta una estratègia nacional i per això s'han posat en marxa, amb les malalties respiratòries, per desgràcia, no ha passat així.

Llavors, s'ha creat aquesta idea i aquesta proposta, aquest projecte Respirar que jo considero que aquesta no és la manera de fer-ho, és a dir jo penso que és una crida d'atenció i una manera de visibilitzar aquestes mancances per reactivar una miqueta el debat polític i institucional entre vosaltres i amb nosaltres i amb els pacients, i entre tots intentar crear aquesta estratègia nacional, que per translació a nivell autonòmic serien els plans directors que han de sorgir de les pròpies administracions públiques i amb una participació de tothom, una participació real, plural i equilibrada de tots els que tenim a veure d'alguna manera en el maneig de les malalties respiratòries: societats científiques, professionals d'atenció primària, d'atenció hospitalària, òbviament les associacions de pacients però sobretot vostès. Al final les administracions, i a nivell autonòmic està tot transferit, són els que heu de tirar cap endavant de tot això.

I aquí a Catalunya vam ser pioners. Es va crear el PDeMar, com va dir la doctora Cardona, l'any 2010, el pla director de malalties respiratòries, el doctor Escarrabí ho va fer amb molt d'esforç també, i ha quedat una miqueta també en l'oblit, no? És a dir, no s'ha arribat a implantar al cent per cent i sobretot no s'ha actualitzat en més de quinze anys i ha canviat molt des de llavors.

Jo penso que ha arribat el moment de reactivar-lo, de plantejar un nou pla director català amb objectius concrets en prevenció, en diagnòstic precoç, tractament integral, i també coordinació amb els sociosanitaris i també amb la part de pal·liatius, que tot això també són mancances que tenim avui dia.

I s'ha d'incorporar, evidentment, un compromís amb l'equitat també, tot el que s'ha parlat abans, no? No és possible que un pacient tingui més possibilitats d'arribar a un tractament o arribar a un tipus de maneig perquè visqui aquí o visqui allà o per motius que s'haurien de poder evitar amb un pla d'equitat que garanteixi una atenció homogènia i de qualitat.

I, per últim, vull destacar que venim aquí per proposar l'estratègia nacional, però jo penso que una estratègia nacional i una estratègia autonòmica, un pla director de malalties respiratòries no són camí excloents, sinó necessàriament i obligatòriament complementaris, perquè avui dia, amb la mobilitat geogràfica que tenim, la ciutadania va i ve ja no tan sols en vacances, sinó també de forma permanent, i necessitem estratègies coordinades, i sobretot una història clínica electrònica interoperable i compartida arreu del Sistema Nacional de Salut que acompanyi a les persones, que la història clínica no tingui un codi postal, sinó que vagi amb el pacient.

I nosaltres des de SEPAR ens oferim a col·laborar, a ajudar, a parlar, a estar amb vostès per quan es decideixi avançar amb tot això i, insisteixo, jo penso que el document Respirar, el projecte Respirar ens ha de servir per sacsejar una miqueta consciències i intentar posar-nos a treballar.

Jo penso que això ha de ser liderat per vostès, construït de manera transparent, plural i independent i amb l'ajuda de tots nosaltres.

Moltes gràcies per haver-me deixat parlar avui aquí.

El vicepresident

Moltes gràcies, senyor David de la Rosa, i ara serà el torn de paraula dels grups proposants de la compareixença, començant per el Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar. Té la paraula la seva portaveu, la diputada Sara Jaurrieta.

Sara Jaurrieta Guarner

Gràcies, vicepresident. Bé, entenen tothom la intervenció en català? Si parlo en català va bé? Se entiende? Perfecto.

Bé, doncs, en primer lloc, donar-los la benvinguda, agrair la seva compareixença avui a la Comissió de Salut, senyor Pastor, senyora Cardona i senyor De la Rosa. La veritat és que poder tenir un apropament a aquesta malaltia, a les malalties

respiratòries en el seu conjunt des de les diferents visions, per nosaltres és molt enriquidor com a diputats, perquè amb una sola compareixença podem veure les perspectives diferents.

I, bé, ho han estat comentant vostès, no sabia jo que les malalties respiratòries la tercera causa de mortalitat i, per tant, tenen una presència molt important en la nostra societat, a l'EPOC, el càncer de pulmó, l'asma, desconeixia aquest infradiagnòstic que ens comentava la senyora Cardona, i després vostè també senyor De la Rosa en feia referència i que està mal controlat; l'apnea de la son, les infeccions respiratòries... És a dir, estem parlant d'un conjunt de malalties ampli.

Feien referència a la importància de la detecció precoç i, per tant, que quan abans es detecta -en general, en la salut tot-, abans es detecta un problema, abans es pot resoldre i a més amb millors perspectives de millora i d'un recorregut millor.

Aquí sí que els hi voldria fer una pregunta, com veuen vostès que aquesta detecció precoç podríem fer-la? Entenc que amb la formació de professionals, però segurament també igual l'àmbit educatiu pot jugar-hi un paper, no? Si aquí vostès poden aprofundir..., o les famílies, si les famílies també saben veure com evolucionen els seus fills. En fi, aquí quins suggeriments ens poden orientar, amb quines perspectives podríem millorar l'efectivitat dels nostres professionals i la població en general per poder-ho abordar?

Feien també una referència sobre la mirada sociosanitària, aquesta visió integral que cal millorar. Aquí nosaltres estem precisament en el Parlament treballant una agència d'atenció integrada social i sanitària, un pas endavant important per Catalunya, perquè voldrà dir que podem incorporar aquesta mirada i poder evitar que hi hagi proliferacions de plans d'atenció individual als diferents pacients, usuaris.

I aquí, per tant, la seva intervenció és interessant d'escoltar que també per aquest perfil poblacional i d'usuaris aquesta mirada és important per coordinar moltes coses, les altes i millorar també l'atenció de serveis socials a domicili quan això es dona... En fi, moltes altres coses. I, per tant, aquí a Catalunya podrem donar aquest pas endavant que pensem amb els grups que estem abordant, doncs, aquest debat pot ser molt important.

També han dit un tema per mi molt important, és el tema de l'equitat, aquest compromís cap a l'equitat de poder oferir aquelles atencions que es puguin donar a tot arreu indiferentment en el lloc on vivim, on ens ha tocat viure i, per tant, que les diferents comunitats autònomes, i Catalunya també, doncs, pugui oferir els mateixos serveis a tot arreu.

El canvi climàtic és una realitat que, per tant, també afecta especialment a les persones amb problemes respiratoris i la nostra qualitat de l'aire, aquí crec que la implicació de tothom en poder millorar això, des de nivell urbanístic pels dissenys de les nostres viles i ciutats, a nivell de les emissions, els compromisos que altres grups polítics neguen aquest canvi climàtic i, en canvi, com les conseqüències de no prendre mesures en aquesta línia, doncs, les pateixen directament moltes persones i també, doncs, les persones que tenen dificultats respiratòries.

M'ha agradat molt també poder escoltar la veu dels usuaris. Le agradezco también la participación y poderla escuchar. Saber que la millora en la qualitat de vida de les persones per evitar moltes coses. També m'ha cridat l'atenció el tema de l'aïllament -*el aislamiento*-, l'aïllament de les persones, que també, en el fons, no deixen de complicar la salut, perquè, llavors, s'agreuja; no només és el tema respiratori, sinó també aquesta xarxa social que s'empeteix i, per tant, no ajuda i pot arribar a empitjorar l'estat de les persones.

O la conscienciació global en la població, aquesta detecció precoç, o també l'adherència, l'adherència important, com millorar l'adherència en la medicació que prenem i, segurament, des del sector sanitari aquí hi ha respostes a poder donar una adherència i, per tant, uns inhaladors que puguin facilitar aquesta adherència simplificant el seu tractament, que això pugui millorar.

En definitiva, comptin amb el Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar per poder millorar i donar passos endavant en tot el que sigui per donar millor qualitat de vida a totes les persones que pateixen, i als professionals que treballen cada dia per millorar també la vida de les persones.

I moltes gràcies pel seu temps, les seves recomanacions i les seves aportacions avui a la Comissió de Salut.

El vicepresident

Moltes gràcies, diputada Jaurrieta. Ara tenim el torn de paraula del Grup Parlamentari de Junts, i té la paraula el seu portaveu Jordi Fàbrega.

Jordi Fàbrega i Sabaté

Gràcies, vicepresident. Bé, primer de tot, agrair molt la compareixença del senyor Pastor i dels doctors, la doctora Cardona i el doctor De la Rosa, i tota la gent que l'acompanya.

Agrair la compareixença per vindre'ns a explicar aquesta problemàtica, i especialment aquest document, però sobretot agrair tota aquesta feina que s'ha fet fins a l'elaboració d'aquest document que avui ens venen a presentar.

A més, perquè és una iniciativa que demostra una mica també com funciona la societat a nivell català, però també a tot arreu, amb aquesta, diguem, que és un triangle entre la indústria per un costat, les societats científiques per un altre costat, però també, per un altre costat, i molt i molt important, les associacions de pacients, d'afectats, i és amb aquest triangle que hem de construir i hem d'intentar anar endavant.

Jo crec que un dels temes o una de les demandes que poseu damunt de la taula és que aquest triangle hauria de ser un quadrat, perquè faltaria una altra aresta, que seria l'administració, que seria el Departament de Salut, que seria els planificadors en salut, els legisladors i els executius, i això una mica és la demanda que ens veniu a posar damunt de la taula amb aquesta estratègia nacional i, per tant, jo crec que nosaltres n'hem de prendre bona nota.

Una qüestió també que he trobat a faltar dintre del grup motor de Respirar, hi ha moltes societats científiques, des d'al·lèrgia, de pneumo, de farmàcia, d'atenció primària, d'interna, però he trobat a faltar la pediatria, he trobat a faltar la pediatria. No sé si..., tenint en compte que bona part dels nostres infants arreu del món, i les estadístiques parlen d'un deu per cent dels infants que són asmàtics, i també des de la meua perspectiva prèvia professional, aquí sí que he trobat a faltar això.

I dit això, alguns temes que jo crec que són importants, algunes iniciatives en aquest sentit ja s'han fet i ja s'han portat, de fet Junts per Catalunya va portar iniciatives amb aquest Parlament. La passada legislatura, el juny del 23, es va aprovar una proposta

de resolució de Junts, amb esmenes del grup d'Esquerra, on parlava, per exemple, del tema de la prevenció, del tema de l'infradiagnòstic. Amb el tema de l'infradiagnòstic una de les propostes que va aprovar aquest Parlament és millorar totes aquelles proves, espirometries i altres proves que es poden fer des de primària que creiem que són importants. Aquest és un dels temes que es va tirar endavant, igual que amb el tema de l'adhesió al tractament, aquesta retirada, instar el Govern a retirar aquest visat de la triple teràpia, però al mateix temps també incloure la triple teràpia dintre dels estàndards de prescripció de l'atenció primària, aquests famosos EPQF, que ens estan penalitzant que pacients puguin fer uns tractaments que estan àmpliament demostrats que milloren la seva adherència, milloren la seva qualitat de vida. Per tant, aquests són temes que malauradament estan aprovats per aquest Parlament, però no s'han posat endavant a nivell de l'executiu.

O, per exemple, ja avanço a tots els grups que tenim presentada també, ja ho saben, una proposta de resolució sobre la descarbonització en relació als inhaladors que va amb la línia que explicava el senyor Pastor, amb la línia que això s'ha de fer sempre segons criteri clínic, i és evident que hi hem d'avançar, però sempre tenint en compte les preferències del pacient i el criteri clínic també per poder tirar-ho endavant. Per tant, en els propers mesos això també es debatrà aquí al Parlament.

I un altre dels temes també que ens preocupa molt quant a la prevenció, i que també crec que tenim algun tema important a fer, és el tema del tabac, crec que és important, i especialment ens preocupa també aquestes noves fórmules de tabac, amb els vaporitzadors aquests que es venen sense cap tipus de control a l'Estat espanyol, i que, a més, amb uns sabors que faciliten que la canalla, que els nens, i des de ben petits, allò que inicialment es va vendre com una manera que fuméssim menys, al contrari, ens està provocant una manera d'entrada al tabac. Aquí crec que és feina nostra també de legislar d'alguna manera per intentar evitar que això vagi a més.

Per tant, jo crec que és molt important aquest document, però la meua pregunta també seria aquest document l'heu presentat a nivell de l'executiu? O sigui, heu tingut reunions amb la consellera, amb el Departament de Salut, que al final és qui ha d'aplicar...? Perquè a nivell del Parlament, nosaltres aquí, les funcions que

nosaltres tenim és fer les lleis i també aquest control del Govern. Per tant, jo crec que és molt interessant i nosaltres podem preparar una iniciativa en aquest sentit que el Parlament de Catalunya, via la Comissió de Salut, es faci seu el document Respirar, i per tant totes les propostes del document Respirar, i instar el Govern, i per tant eal Departament de Salut, a aplicar-les.

Però sí que és veritat que seria interessant que això es parlés directament amb l'executiu, que és qui té la potestat per fer-ho. Perquè jo entenc que aquí el que podem fer és això -i jo em comprometo fins i tot a liderar-ho i a tirar-ho endavant- que el Parlament adopti el document Respirar com a propi i instar el Departament de Salut a crear un pla director de les malalties respiratòries actualitzat en base al document Respirar, que crec que és el que anem. Perquè és evident, per nombres i per tot, que la problemàtica és molt important i afecta, com ens ha explicat el senyor Pastor, i com vam tindre ocasió de parlar-ne la setmana passada en aquesta reunió que vam tenir, doncs, a la qualitat de vida dels malalts. I, per tant, el Parlament el que no pot fer, i el Govern, el que no pot fer és mirar cap a un altre costat.

De nou, moltíssimes gràcies per les seves aportacions i per ser avui aquí.

El vicepresident

Moltes gràcies, diputat Fàbrega. I ara és el torn de paraula del Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana, i té la paraula el diputat Carles Campuzano.

Carles Campuzano i Canadés

Moltes gràcies, senyor president. Agrair també als tres compareixents, el senyor De la Rosa, la doctora Cardona i el senyor Pastor, per les seves intervencions. Han permès que la comissió posi el focus en tota la problemàtica vinculada a les malalties respiratòries, una qüestió que, com s'ha recordat, forma part ja del debat polític en la passada legislatura. La celebració de la Marató de TV3 també responia a aquesta necessitat de sensibilitzar el conjunt de la societat catalana al voltant de les necessitats i les mancances que tenim en aquest àmbit.

Vostès ens han traslladat una demanda molt concreta al Parlament de Catalunya, que és la necessitat de l'actualització i la modernització del pla director. El senyor Fàbrega ara deia: "Escolta, caldria que el Parlament fes seu el document Respirar"

i en la línia que el Parlament instés el Govern l'actualització i la modernització d'aquest pla director. I aquí crec que tots els grups parlamentaris, estic segur que en les properes setmanes ens posarem d'acord per traslladar a aquesta comissió precisament una proposta de resolució en aquesta direcció.

A més a més, ens plantegen també una qüestió molt específica en el cas de Catalunya, que és l'accés a determinats medicaments innovadors. És un tema rellevant, important, per les conseqüències que té per als pacients no poder accedir a aquests medicaments, però també les conseqüències que té segurament per les finances de la Generalitat la incorporació de nous fàrmacs en el sistema no és un tema menor. Aquí també seria bo que el Govern, l'actual Govern, ens donés el seu parer sobre aquesta qüestió. Quins plans té per, efectivament, garantir aquest accés a aquests medicaments innovadors que entenem perfectament que provoquin la preocupació dels pacients. Constatar i observar que en altres territoris de l'Estat es pot accedir a aquests medicaments, o no diguem en altres estats europeus, i que en aquest moment no estiguin a l'abast a Catalunya. És una de les qüestions rellevants d'aquesta compareixença que avui ens fan.

És cert també, i ha aparegut, no?, no podem aïllar la problemàtica de les malalties respiratòries a problemes de fons que afronta la nostra societat. Vostès han posat també el focus en les qüestions vinculades a la contaminació i al canvi climàtic. Avui aquestes polítiques en certa manera estan qüestionades per alguns sectors de l'opinió pública i aquí ens hem de conjurar per continuar fent la pedagogia que fa falta per explicar que les polítiques contra la contaminació a les grans ciutats vinculades al trànsit, la contaminació vinculada a determinats productes que es poden utilitzar en els processos industrials, etcètera, han de formar part de polítiques preventives. Avui encara estem patint les conseqüències d'haver estat laxes en la utilització de determinats materials en la construcció, que han tingut conseqüències enormes per la salut de milers de treballadors.

Per tant, aquestes polítiques han de continuar essent centrals, com les vinculades també, òbviament, a tot l'àmbit de la prevenció contra el canvi climàtic i en el que en els propers anys els nostres reptes no seran només els de la mitigació de les

emissions, sinó sobretot l'adaptació de la societat al canvi climàtic, i això és un repte d'enormes magnituds pels sistemes de salut públics com el nostre.

Ha dit la doctora Cardona, i no un tema menor, que a mi m'agradaria demanar què n'opinen. Com aconseguim combatre la desconfiança d'una part de la societat a les vacunes? I quan en aquests moments qui presideix el país més poderós del món té al capdavant del seu ministeri de Salut un negacionista. Com són capaços d'afrontar aquesta qüestió, que sabem que ja està tenint conseqüències negatives als Estats Units, no? I com podem construir aliances les ciutats científiques, les associacions de pacients, els professionals de l'àmbit de salut, les institucions públiques, no? Què hem de fer?

Sé que m'escapo una miqueta de l'objecte de la compareixença, però com que no és la primera vegada que el debat sobre..., fa una estona, teníem una altra compareixença i tornava a aparèixer, doncs, compareixia el Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya i constatava el poc èxit relatiu que ha tingut la campanya de vacunació per la grip i per la covid, quan sabem que justament la vacuna és el que ens va salvar durant la covid.

I finalment, i en feia referència la senyora Jaurrieta, i no puc més que coincidir amb ella, no?, perquè vostès em feien referència, no? És tot el que té a veure amb l'atenció integrada social i sanitària. Els pacients de malalties respiratòries pateixen una malaltia que pot ser discapacitant i que pot generar la necessitat de suports. O aquests malalts pateixen també determinades condicions socials que fan difícil, també o que poden empitjorar l'evolució de la seva malaltia.

Efectivament, al Parlament està en tràmit del projecte de llei de creació de l'agència i tan rellevant com l'agència, que al final l'agència serà un instrument de governança dels dos sistemes, del sistema de salut i els sistemes socials, el que hem d'aconseguir és aquesta efectiva atenció integrada en els àmbits locals i concrets on viu la gent, on està el centre d'atenció primària, on està l'hospital, on està l'atenció primària de serveis socials. I aquí hi ha molta feina a fer. El doctor de la Rosa ens deia: "Ecoltin, no només hi ha necessitat d'integrar en l'àmbit social i sanitari, sinó en el propi sistema sanitari", no? Per tant, ens plantegen reptes que justifiquen més

que mai que el Parlament insti el Govern a aquesta actualització i modernització del pla director.

Per tant, agrair la seva compareixença, que ha estat extremadament útil.

Gràcies.

El vicepresident

Moltes gràcies, diputat Campuzano. I ara és el torn de paraula del Grup Parlamentari del Partit Popular de Catalunya, i té la paraula el seu portaveu, el diputat Hugo Manchón.

Hugo Manchón García

Gracias, vicepresidente, y gracias también a los comparecientes por sus intervenciones y también a los equipos que hoy les acompañan y que son también protagonistas del trabajo que realizan.

Me alegra especialmente saludarles, porque he tenido ocasión de reunirme hace poco con el señor Mariano Pastor, que me trasladó preocupaciones de los pacientes y soluciones urgentes que necesitan. Tuve la oportunidad de preguntarle sobre varios temas y estamos trabajando en ello.

Es un placer poder contar con ustedes en esta cámara para explicar el trabajo que están realizando desde el proyecto Respirar, un trabajo que, sinceramente, es tan necesario como urgente. Es un proyecto serio, riguroso y sobretodo necesario, porque hablamos de enfermedades respiratorias que afectan a millones de personas en España, patologías que, bien tratadas, ayudan a mejorar la calidad de vida, pero que si no se atienden o se dificulta el acceso a terapias generan mucho sufrimiento y aumentan los problemas de salud de los pacientes.

Desde el Grupo Parlamentario del Partido Popular compartimos muchas de sus preocupaciones y, como ya le comenté al señor Pastor, ya estamos trabajando también en una de ellas -como se ha mencionado antes- en esta legislatura, que es el acceso a la triple terapia, que sabemos que aquí en Cataluña, como ya han comentado, hay mucho por mejorar y debemos empezar por eliminar las restricciones a la prescripción de los tratamientos más efectivos para la EPOC. Y

que esto ocurra no solo es injusto, sino que repercute directamente en la salud de los pacientes y en su calidad de vida.

La verdad es que con todo lo que han explicado hoy y las preocupaciones que han comentado, dando voz a los pacientes, y también las preguntas que han planteado otros grupos que me han precedido, poco puedo añadir. Han sido ustedes muy claros, directos con las preocupaciones: falta coordinación, falta una respuesta integral, el infradiagnóstico también preocupa y solo espero que el *Govern* se ponga las pilas, porque hay mucho trabajo por hacer. Esto sí es importante y no debates estériles que se crean para despistar de lo importante.

Tenemos unos grandes profesionales sanitarios, pero falta inversión y falta voluntad política.

Muchas gracias.

El vicepresidente

Moltes gràcies, diputat Manchón. I ara és el torn de paraula del Grup Parlamentari de VO,X i té la paraula la seva portaveu, la diputada María García Fuster.

María Elisa García Fuster

Gracias, señor vicepresidente. Bueno, muchísimas gracias por la intervención. LA verdad es que ha sido muy clara.

Básicamente, sí que conocemos las trabas constantes en las que se encuentra la profesión médica y sobretodo los pacientes a la hora de llevar a cabo según qué proyectos, como el Respir, obviamente, y como tantos otros. Falta muchísima inversión en Cataluña, el dinero se dedica a otras cosas. Es un tema que desde VOX hemos denunciado constantemente por el tema de las listas de esperas. No es normal que cuando se diagnostica a un paciente, ya sea un broncópata crónico o sea cualquier otra patología respiratoria, neurológica, es exactamente igual, de visita en visita pase tanto tiempo que seas incapaz de valorar la eficacia de un tratamiento, que es lo que está pasando últimamente. ¿Y qué pasa? Pues, que al final los pacientes acaban empeorando tanto que acaban en los servicios de urgencias, una peor calidad, incluso las estancias médicas acaban siendo muchísimo más largas

precisamente por estos tiempos de espera y esta incapacidad para valorar según qué cosas.

Hace falta inversión. Estamos total y absolutamente de acuerdo con ustedes. Hace falta muchísima inversión para este proyecto y para cualquier otro. Y, por supuesto, nosotros estamos a su disposición sin ningún tipo de..., con las manos abiertas a valorar cualquier propuesta que puedan hacer.

En la pasada legislatura ya presentamos un par de propuestas de resolución, que lamentablemente el resto de los partidos consideraron que no eran aceptables o que no querían. Bueno, pues, básicamente, hablaban de la broncopatía y de los broncópatas crónicos y de la mejora de la calidad de vida para estos pacientes a raíz, precisamente, del tema del covid y el covid persistente, que se habló durante un tiempo, que bien, bien, tampoco sabíamos en aquella época lo que era, ni cuando nos lo encontramos, ni después. Ni siquiera está bien definido a día de hoy, porque hace falta también invertir, insistir en inversión.

Lo dicho, siempre estaremos ahí para cualquier cosa que sea mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Muchísimas gracias.

El vicepresident

Moltes gràcies, diputada Fuster. No hi ha ningú del Grup Parlamentari de Comuns, del Grup Parlamentari de la CUP, Unitat Popular - Defensem la Terra, ni del Grup Mixt. Doncs, passarem a la resposta dels compareixents. Tenen deu minuts, serem també flexibles, i començarem amb el mateix, començarà el senyor Mariano Pastor.

Mariano Pastor (president de Fenaer)

Bueno, pues, por orden de las intervenciones, decía Sara Jaurrieta, del Partido Socialista, que qué se podía hacer por el tema del infradiagnóstico. Pues, aquí seguro que los profesionales pueden aportar más, pero yo creo que una cosa muy importante es dotar a los centros de salud de atención primaria de espirómetros para poder diagnosticar en las fases iniciales.

Y también por parte de los pacientes tenemos trabajo que hacer de concienciar a los pacientes a ayudarles a hacer campaña para ayudarles a identificar los síntomas y

pedir ayuda. O sea, hay veces que se diagnostica tarde porque el paciente llega muy tarde al sistema, o sea no es achacable todo al sistema. Entonces, ahí hay varios campos para mejorar.

Junts parlava de apropiarse del document para... Pues, vamos, yo creo..., bueno, sí, sí, parlava que el Parlament... Pues, aquí está el document a disposició per poder... Vamos, es de todos, per eso lo presentamos.

Decia el portaveu de ERC, preguntava com combatir la desconfiança en les vacunes. Bien, yo aquí creo que afortunadamente son minoritarios los que tienen desconfianza, y yo creo que eso es mejor ignorarlos, porque si se les responde al final se les da voz; es mejor ignorarlos. Pero sí que hay que hacer un trabajo en los que, sin tener desconfianza, no se vacunan por..., y hay mucho que hacer precisamente en el sector sanitario. Es inconcebible que solamente haya una tasa de vacunación del cuarenta y dos por ciento, me parece, que es entre los sanitarios. Si los sanitarios no se vacunan, a ver como recomiendan a la población.

A Hugo Manchón, el portaveu del Partit Popular, pues, agrader el parlar de tenir una iniciativa contra la limitació de la prescripció de alguns tractaments, com són les triple teràpies. En adelante, ya te dije que estábamos a vuestra disposición para lo que tuvierais que hacer.

Y a la portaveu de VOX, pues, nada, agrader su sensibilitat amb els pacients i per entendernos tan bien, y también estamos a disposició.

Victòria Cardona (presidenta del Comitè d'Anafilaxia i membre del grup de portaveus de la SEAIC)

Doncs, moltes gràcies. Jo aniré responent una mica en conjunt, no cadascú de vosaltres, sobre diferents temes que valen la pena o que em semblen interessants.

Quant al diagnòstic, jo crec que hi ha elements que s'han d'aprofitar més, per exemple, les farmàcies, medicina del treball, infermeres, que pot haver-hi altres àmbits, com escoles, i insistir que ells ho detectin. Per exemple, les farmàcies, un signe que ha de ser, que ha de posar l'alerta és un pacient que va traient broncodilatadors de forma molt elevada, un nombre molt elevat, perquè això és que està mal controlat. És un pacient que ha de buscar alguna altra manera de tractar-

se. O símptomes com la tos o la dispnea, que moltes vegades es banalitzen: “Bueno, no tiene importancia, esto es un constipado”, això són signes que s'han de pensar, estudiar i llavors fer les espirometries a atenció primària o pensar una mica amb el diagnòstic diferencial.

O si hi ha una història familiar. Això sabem que és un factor de risc per tornar a tenir malalties respiratòries, per exemple, asma bronquial. O sigui que tot això són signes d'alerta.

Quant a la vacunació, realment és complicat, és complicat perquè si els sanitaris no s'acaben de vacunar és difícil que això arribi a la població o als pacients que realment ho necessiten. Penso que s'ha de continuar amb campanyes informatives, insistir i insistir, i sabem que hi ha gent que ho fa molt bé i que són molt persuasius i que tenen estratègies per arribar a fer-ho, doncs, a la millor s'han de buscar aquestes. Ens fan comprar coses que no necessitem, doncs, comprem les vacunes.

Després, què més? Noves maneres de controlar els pacients. Bé, tenim una quantitat de coses que ens van arribant que jo crec que realment seran diferents: aplicacions, la telemedicina, aquests qüestionaris que són molt fàcils de fer i que poden detectar com va el pacient sense que el pacient hagi d'anar cada vegada a una visita, jo crec que això canviarà el panorama i crec que la majoria d'institucions sanitàries estan ja pensant com aplicar-ho, i ens ajudarà molt. De tal manera que tu podràs tenir pacients que saps que estan ben controlats, que no els has vist recentment, però aquell pacient està bé, i podràs detectar aquells que han d'entrar ràpidament al sistema sanitari per una via molt més àgil que no sigui la visita al CAP després de molts mesos o per anar a urgències. O sigui que això realment jo crec que serà un canvi.

Els pacients pediàtrics estan inclosos, encara que no hi hagi les societats de pediatria. Els al·lèrgòlegs veiem pacients des que són petitets fins que tenen més de cent anys. Bé, jo crec que això és una anècdota. No crec que s'hagi volgut treure ningú d'aquesta iniciativa, però de moment ha passat així, però jo estic segura que ens posem d'acord fàcilment.

I ho presentarem, ho presentarem a la conselleria. És una cosa que nosaltres també..., em sembla que és el dia 6. O sigui que *estamos en ello*, treballant.

Gràcies.

Daniel de la Rosa (president de la SEPAR)

Bé, moltes gràcies. Jo també aniré completant una miqueta les coses que he anat apuntant aquí i complementant, si puc, el que s'ha comentat ja.

Sobre el diagnòstic precoç, el diagnòstic precoç és complicat. Jo penso que no és un tema de manca d'espiròmetres, jo penso que és un tema d'educació de la societat, de formació del personal sanitari i de dotació; no tant de més gent treballant, sí que tinguin una tasca dirigida al diagnòstic precoç de malalties respiratòries, no? Perquè a vegades hi ha espiròmetre a l'ambulatori, però només fan -m'ho invento, eh?- deu espirometries a la setmana. Clar, amb deu espirometries a la setmana, una població de referència de deu mil persones, doncs, fes números i això és impossible que es pugui fer una tasca de *screening* precoç d'asma, d'EPOC o del que sigui. Penso que fent aquestes coses potser millorem una miqueta el diagnòstic precoç.

El tema sociosanitari penso que va lligat amb aquestes malalties sobretot al final. El final no és molt abrupte com les oncològiques, sinó que pots estar en final de vida tres, quatre anys, i ingressos i reingressos, i “ara vaig aquí”, “ara vaig allà”, “el meu fill s'ha d'agafar la baixa indefinida perquè m'ha de cuidar”, i tal. Llavors, és per això que diem dels sociosanitaris, pal·liatius, continuïtat assistencial, i també dotació de recursos humans. Insistim, no es tracta de demanar que contractin més gent -que si ho feu o si aconseguíu que ho facin, perfecte-, però sí que tinguin unes tasques més dirigides a fer coses eficients. I una cosa molt eficient és evitar un ingrés, un reingrés d'una persona. Això és el més car, més car que la triple teràpia o qualsevol altra cosa, no? Penso que aquí és on hauríem d'anar i amb ajuda de noves eines, com ara la telemedicina, la telemedicina i d'altres formes més actuals o més modernes, i potser encara són de medicina-ficció, que es podran ajudar a manegar tot aquest nombre de gent que amb la consulta convencional del segle XX no som capaços d'arribar a controlar.

El tema d'equitat, jo penso que també va molt lligat a determinants socials. L'equitat és el que estàvem parlant de la triple teràpia, però això és un cas molt concret, però hi ha inequitats degudes a situacions socials que també s'haurien de contemplar. Ja no em refereixo només a si tens més o menys ingressos al mes, sinó si vius més a

prop o més lluny d'un centre de salut o si vius en una ciutat plena de contaminació o vius al camp, amb un aire més net. Són coses que també tenen a veure amb tot això, igual que el canvi climàtic, la descarbonització. Estem totalment convençuts que està afectant els nostres pacients i, de fet, hi ha molta literatura sobre la major incidència d'exacerbacions d'MPOC, de pneumònies i tal quan hi ha dies de més contaminació, per exemple.

L'adherència a la triple teràpia, s'ha comentat. Jo penso que menys és millor, és a dir en lloc de sis inhaladors, un és millor, i sí que s'ha d'intentar evitar el sobretractament, però entre evitar el sobretractament i limitar un tractament que fa falta hem de buscar el punt intermedi que ens ajudi i que ajudi als pacients, sobretot.

El tema de les vacunes, no ho sé, bona pregunta, però no tinc la resposta, perquè la infodèmia aquesta que tenim amb les xarxes socials no sé què fer. Jo de vegades miro X i al final deixo de mirar-lo, perquè em fa ràbia les coses que es diuen allà. No ho sé, suposo que si tenim una tropa d'*influencers* que ens ajuden, l'lbai, potser, mira, és una tonteria el que acabo de dir, potser, o potser no, no ho sé. D'alguna manera hem de fer arribar el nostre missatge a la població i que contraresti el missatge aquest de les xarxes.

Pediatria hi és, perquè està allà i hi està perquè també tenim un àrea de pneumologia pediàtrica, però estic totalment d'acord que també hi han de ser les societats de pediatria igual que totes les altres que tenen alguna cosa a veure amb tot això.

I finalment, el tabaquisme. Ahir va ser el dia mundial *contra el tabaco*. Vam fer una roda de premsa allà a la # a Madrid i ens preocupa moltíssim, ja no tan sols el tabac, que potser el tabac ha baixat una miqueta, el tabac convencional, però el tema del tabac escalfat, el *vaper*, ara els *nicotine pouches* aquests, que dius: "Però per què vols consumir nicotina sense res més, no?" No té cap sentit. Doncs, tot això s'està venent amb formes atractives pels nois joves i tal, i això és un *problemón*, és un *problemón*, i vam estar ahir amb el director general de Salut Pública, el Pedro Gullón, i sé que estan treballant per legislar l'*empaquetado genérico*... Prohibir és difícil en aquest país, és molt complicat, però almenys limitar i sobretot regular la quantitat de nicotina als *pouches* o als *vapers*. Bé, s'està treballant en això i aquí estem també les societats científiques ajudant.

Penso que m'he passat una miqueta de temps, ho sento.

El vicepresident

No, passa res. Bé, primerament, agrair als compareixents, agrair al senyor Mariano Pastor, a la doctora Victòria Cardona i al senyor David de la Rosa, perquè ha estat sincerament molt, molt interessant, la presentació d'aquest estudi i, bé, si hi ha alguna coseta que... Perfecte.

El president

Simplement, per als portaveus, una qüestió d'ordre. Vam rebre una invitació d'Space Catalunya, de fer una visita a l'entitat, i coneixedors que la Comissió de Drets Socials té previst anar-hi el proper 11 de juny, si els sembla, per als diputats que poguessin, ens afegiríem a la visita de la Comissió de Drets Socials. Ho hem comentat amb la presidenta de la comissió, la nostra col·lega la diputada Nieto i a ella, òbviament, li ha semblat la mar de bé.

Això ho comunicarem i els diputats que puguin ens afegiríem a aquesta visita, que seria de les tres de la tarda a cinc, d'acord? L'11 de juny.

I aixequem la sessió.

Gràcies.

La sessió s'aixeca a les...