

## **MINISTRA DE SANIDAD**

COMPARECENCIA PARA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN Y LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN RELACIÓN AL COVID-19 Y EN CUMPLIMIENTO DEL ART. 14 RD 926/2020, DE 25 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE DECLARA EL ESTADO DE ALARMA PARA CONTENER LA PROPAGACIÓN DE INFECCIONES CAUSADAS POR EL SARS-CoV-2.

29 de enero de 2021

**INTERVENCIÓN**

Señorías,

Comparezco en nombre del Gobierno, para actualizar la información sobre la situación y las medidas adoptadas en relación a la COVID-19, en cumplimiento del artículo 14 del Real Decreto 926/2020 que declaraba el estado de alarma, tal y como quedó redactado por el Real Decreto 956/2020 tras la autorización que esta Cámara dio al Gobierno para prorrogar dicho estado de alarma.

Como saben, el titular de la cartera de Sanidad debe solicitar su comparecencia en esta Comisión mensualmente, motivo por el que hoy comparezco tanto en lo relativo al mes de enero como en lo relativo al de diciembre, para el que el Gobierno también solicitó comparecer en su momento, pero no se han celebrado sesiones de esta Comisión.

Si bien se trata, de mi primera comparecencia en esta comisión como Ministra de Sanidad, esta es la décimo novena vez que el Gobierno de España, a través del

Ministro de Sanidad que me ha precedido en el cargo, comparece en esta Comisión para dar cuenta de la información relativa a la crisis producida por la Covid-19.

Y al igual que él, vendré a esta Comisión todas las veces que sean necesarias para informarles del desarrollo y actuaciones realizadas por el Gobierno de España.

Créanme si les digo que voy a tener muy en cuenta el trabajo y las aportaciones que realizan todos los Grupos en esta Comisión, no solo en el día de hoy sino en su trabajo continuo y permanente.

Además de ponerme a disposición de todas y todos ustedes, les ofrezco toda la colaboración para que podamos trabajar de forma conjunta y leal; y con voluntad de acuerdo y entendimiento, ya que creo que ese es el camino que nos permitirá avanzar.

Antes de entrar en detalle, permítanme tener unas palabras de recuerdo para todas las personas que han fallecido a causa del COVID-19 y trasladar a sus familiares y personas cercanas todo nuestro afecto y apoyo.

Como en su momento dijo el presidente en el acto de homenaje a las víctimas su recuerdo perdurará y en su nombre trataremos de superar cuanto antes esta durísima situación.

También quiero trasladar un mensaje de ánimo a todas las personas afectadas por la enfermedad en estos momentos, y a quienes se están recuperando de sus efectos, en algunos casos, muy duros y complicados. A todas ellas les deseo una pronta recuperación

Señorías,

Me gustaría, además, agradecer profundamente a Salvador Illa su enorme trabajo durante los meses

que ha ocupado la cartera de Sanidad, así como a todo su equipo. Tanto él, como todo su equipo tienen mi más sincera admiración y reconocimiento.

Igualmente quiero agradecer a todos y cada uno de los consejeros y consejeras de sanidad su trabajo y firmeza en los momentos más difíciles en los que ha sido necesario tomar medidas muy duras que alteran la vida de las personas y las actividades económicas y sociales.

Al personal sanitario sea cual sea su lugar de trabajo y su responsabilidad quiero agradecer, una vez más, su compromiso firme y su entrega diaria para atender a las personas contagiadas, así como contribución para que las medidas de protección se incorporen a nuestra vida cotidiana.

Igualmente quiero agradecer al presidente del Gobierno su confianza al otorgarme esta responsabilidad de ser ministra de Sanidad de este

Gobierno y sólo puedo decir que haré todo lo posible por estar a la altura de sus expectativas y de lo que en este momento necesita el país y la sociedad española y que yo resumiría en tres palabras: seguridad, confianza y esperanza.

Una sociedad a la que todos debemos reconocer como un ejemplo de civismo y de solidaridad, en suma, una sociedad moderna que avanza y progresa suficientemente y en la línea adecuada.

Como saben, la situación epidemiológica de la pandemia provocada por la COVID-19 sigue siendo preocupante en nuestro país y en buena parte del mundo.

Según datos de la OMS, a nivel mundial se han notificado más de 100 millones de casos y más de 2,1 millones de fallecidos.

**Estados Unidos** sigue siendo el país con mayor número de casos, con más de 25 millones de casos confirmados y mantiene una curva en meseta ligeramente descendente, notificando entre 140 y 220.000 casos diarios.

La **India** es el segundo país con más casos del mundo con 10,7 millones de casos confirmados, manteniendo en estos momentos una curva descendente desde hace meses, notificando en la actualidad entre un promedio diario entre 12 y 16.000 casos.

El tercer país más afectado del mundo sigue siendo **Brasil**, con una notificación diaria de entre 50 y 62.000 casos y 8,9 millones de casos confirmados.

En Europa, **Rusia** sigue siendo el país con mayor impacto, con más de 3.700.000 casos confirmados. Y a continuación, le siguen por número de casos confirmados, Reino Unido, Francia, España, Italia, Turquía y Alemania.

A nivel europeo estamos, como saben sus señorías, en una situación preocupante en la que en algunos países están consiguiendo hacer descender la curva, mientras que otros se mantienen en meseta y otros lamentablemente aumentando su notificación.

El **Reino Unido** notifica actualmente entre 20 y 40.000 casos diarios, con una incidencia acumulada, con datos de ayer, a 14 días de 755 casos /100.000 (España 889).

Sin embargo, en **Portugal**, se ha observado un aumento muy importante de casos desde finales de diciembre y sigue notificando máximos históricos diarios, con una media de 13.000 casos diarios y una incidencia acumulada a 14 días de 1.574.

En **Francia**, tras el importante descenso de casos notificados a mediados de noviembre, parece que la

circulación está aumentando lentamente y están notificando una media de alrededor de 20.000 casos diarios, lo que supone una incidencia acumulada, con datos de ayer, a 14 días de 412/100.000.

En **Italia**, tras el descenso de casos, se mantiene desde hace varias semanas en meseta ligeramente descendente con una notificación de alrededor de 11.000 casos al día y una incidencia de 301 a 14 días.

También **Alemania** ha conseguido estabilizar su curva con una notificación promedio de alrededor de 13.000 casos diarios y una incidencia acumulada a 14 días de 241 casos por 100.000 habitantes, con un aumento de la letalidad en las últimas semanas.

A la vista de los datos que acabo de exponer podemos afirmar, sin lugar a duda, que el mundo sigue luchando denodadamente para superar esta pandemia. En esta batalla no hay colores políticos

dado que el virus ataca por igual a unos países u otros sin mirar el signo del partido que gobierna. Nadie ha encontrado una solución mágica: cada país debe avanzar en una adecuada combinación de medidas, basada en el conocimiento científico y en la información actualizada de la que disponga.

Todos los países avanzamos juntos mejorando nuestro conocimiento, analizando las mejores prácticas y compartiendo información.

Por el momento, la batalla epidemiológica no parece que vaya a acabar en los próximos meses, de modo que seguiremos necesitando del esfuerzo y de la colaboración de todos los gobiernos, así como de todas las instituciones públicas, de las organizaciones privadas y de cada uno de los ciudadanos y ciudadanas de todos los países y también del nuestro.

Señorías, la batalla epidemiológica es global, no tiene fronteras y, si me lo permiten, resulta difícil de vencer porque nuestro enemigo, el virus, se alimenta de aquello que nos hace más humano, nuestras relaciones, nuestros afectos, nuestros deseos de aproximarnos y de relacionarnos con otras personas.

Por lo que se refiere a nuestro país, los datos de ayer nos siguen colocando en una situación muy preocupante, con una incidencia acumulada a 14 días de 889, una incidencia acumulada a 7 días de 397 y una positividad de alrededor del 16%.

Pero junto a estos datos preocupantes, también podemos anunciar datos que indican cierta esperanza. Hoy podemos decir que hoy hay 192.759 personas que han recibido la segunda dosis de la vacuna y que por tanto están inmunizadas.

Como ahora les detallaré en el análisis epidemiológico, nos encontramos inmersos en la tercera ola de la pandemia y nos esperan días difíciles y complicados.

Todas las administraciones están tomando medidas para proteger nuestro Sistema Nacional de Salud, y todas lo hacemos en el marco común del que nos hemos dotado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En estas condiciones quisiera aprovechar la oportunidad que me brinda esta comparecencia para plantear tres cosas: 1) una visión panorámica de dónde estamos, 2) recordar de dónde venimos y 3) definir hacia dónde pretendemos ir.

Para caracterizar dónde estamos, quisiera hacer, más allá de los datos concretos de ayer, un análisis panorámico, un análisis que para ser riguroso y útil no puede quedar reducido a un solo indicador, sino que

tiene que aparecer como resultado del efecto combinado de varios indicadores.

En estos momentos, los indicadores nos siguen situando dentro del escenario de riesgo muy alto o extremo, pero estamos empezando a doblar la curva de la tercera ola. Quiero ser clara: nos quedan todavía semanas duras para completar el descenso de la curva y mantener la transmisión baja una vez doblegada, a pesar del horizonte en el que nos encontramos con la campaña de vacunación en marcha.

Es cierto que el número de casos diarios por fecha de diagnóstico está descendiendo y que algunas CCAA se encuentran ya en fase de estabilización o descenso de la curva, pero también es cierto que la ocupación hospitalaria es muy alta: casi una de cada 4 camas de hospitalización y más de un 40% de camas de UCI se encuentran ocupadas sólo por COVID en nuestro país,

con 8 CCAA que tienen la mitad o más de las camas UCI ocupadas por pacientes con coronavirus.

Y, lamentablemente, sabemos por la epidemiología del virus, que las hospitalizaciones, las complicaciones de los casos más graves y especialmente los fallecimientos se producen unas semanas más tarde que los contagios, por lo que insisto: todavía quedan por delante algunas semanas duras hasta el descenso de la ocupación hospitalaria.

Permítanme que insista en este punto.

Señorías, el tiempo es una variable muy importante tanto en la comprensión de la pandemia, como en la eficacia de las decisiones que adoptemos. Al igual que es muy importante tener en cuenta el conjunto de medidas que se adoptan en cada territorio y no una determinada medida aislada.

Sabemos que los contagios iniciales se transforman pasado un tiempo en porcentajes de hospitalizaciones. Del mismo modo, sabemos que las medidas para combatir el virus, basadas en la reducción de la movilidad y de los contactos, necesitan tiempo. También sabemos que las medidas, cuando se adoptan de forma sistemática y se mantienen el tiempo suficiente, se refuerzan mutuamente.

Dicho esto, que no deberíamos olvidar, continuaré con la descripción de la situación.

Señorías,

Es cierto que las CCAA han ido preparando planes de contingencia para que el Sistema Nacional de Salud sea capaz de absorber posibles incrementos de hospitalizaciones y que por ello estamos mucho mejor preparados que en la primera ola. Pero tenemos que ser conscientes, todos nosotros, que es crucial mantener la tensión de las medidas preventivas para

proteger al SNS y con ello a todas las personas que requieren atención, tanto por la COVID como por otras enfermedades.

Todas y todos tenemos que ser conscientes de que la tercera ola se ha producido sin que la segunda ola hubiese completado su descenso, por lo que es esencial mantener las medidas que sabemos que funcionan el tiempo suficiente para doblegar la curva.

Dentro de este breve análisis descriptivo, me gustaría centrar la atención en la comparación entre la situación anterior y la situación actual. Espero que este análisis comparativo ayude a comprender bien, la relación entre la evolución de la pandemia y las diferentes medidas de respuesta que las administraciones públicas han venido dando.

En este sentido, quiero destacar, ante todo que el comportamiento de la epidemia en esta tercera ola es

hasta ahora muy similar a la segunda ola y muy distinta de la primera en cuanto a las características clínicas de las personas afectadas, ya que está afectando a personas más jóvenes (con una mediana de edad en torno a los 40 años), alrededor de un 40% de los casos asintomáticos y una letalidad que se sitúa por debajo del 2%, frente a casi el 13% de marzo.

Esta diferencia se debe a que nuestra capacidad de diagnóstico ha aumentado de forma muy significativa y sigue incrementándose semana a semana, situándonos en la actualidad en nuestro máximo de capacidades diagnósticas. Para ilustrar esta afirmación me gustaría darles un dato: al final del estado de alarma, en junio, realizábamos un promedio de 32.500 PCR al día. A finales de septiembre realizábamos alrededor de 110.000 PCR al día de promedio y hoy, según datos de la última semana, del 15 al 21 de enero, las CCAA han realizado un total de 1.056.201 PCR, una media de 150.885 PCR al día, a lo que hay que sumar un promedio de 77.315 test de

antígenos al día, por lo que el total de pruebas diagnósticas realizadas en este periodo es de 1.597.409.

¿Y esto, qué supone a nivel de detección? Las estimaciones que maneja el Ministerio de Sanidad son que en el conjunto de la pandemia hemos detectado alrededor del 50% de los casos, con una mejora continua de la capacidad diagnóstica que ha pasado del 10% en la primera ola al 70-80% a partir del verano, cifra muy elevada que mantenemos también en situaciones de alta transmisión como la actual. Esto es muy importante, porque sabemos que la información que tenemos es sólida y confiable y que estamos tomando decisiones en base a datos reales.

Cabe destacar que la cuarta ronda del estudio ENE-COVID realizada del 16 al 29 de noviembre, ha situado en alrededor del 10% la prevalencia global de personas con anticuerpos protectores frente al

coronavirus en España, con diferencias geográficas importantes entre las zonas con prevalencias más bajas como A Coruña, Lugo o Canarias, que se sitúan alrededor o por debajo del 4%, y las zonas con prevalencias más altas como las zonas centrales alrededor de Madrid, que se sitúan cercanas o por encima del 15%.

Señorías,

Para concluir este apartado de análisis epidemiológico paso ahora a perfilar hacia dónde vamos, desarrollando aspectos relacionados con la evolución de la inmunización y de las variantes del virus en circulación.

Uno de los objetivos de la Estrategia de vacunación COVID en España es aumentar la inmunización protectora de forma que, en verano, podamos alcanzar la inmunidad de grupo, que los expertos sitúan alrededor del 70%. E iremos consiguiéndolo

progresivamente empezando por las personas más vulnerables y las más expuestas.

Ya disponemos de datos epidemiológicos preliminares que indican una reducción específica en los casos notificados en los mayores de 65 años institucionalizados. Es decir, y aun con cautela, los datos sugieren que las vacunas estarían empezando a tener efecto protector sobre las personas mayores que viven en residencias, lo que constituye sin duda un hecho muy esperanzador para nuestro país y para la salud global.

En segundo lugar, en cuanto a variantes del virus en circulación, en la actualidad se han detectado 3 nuevas variantes del COVID con mayor transmisibilidad y por tanto con interés para la salud pública: la variante brasileña, que hasta el momento no se ha detectado en España, la variante sudafricana, sobre la que solo se ha identificado un caso en Vigo

de una persona con antecedente de viaje a Sudáfrica y la variante británica, cuya actualización paso a detallar.

En la actualidad en España se han notificado alrededor de 350 casos confirmados de la variante británica, si bien estimamos que los casos sospechosos suponen entre un 5 y un 10% del total de los casos confirmados. Las próximas semanas serán claves y determinarán si esta variante va ocupando poco a poco el espacio como ha ocurrido en otros países.

Las últimas evidencias internacionales disponibles en Inglaterra e Irlanda sugieren que esta variante se asocia una mayor transmisibilidad de acuerdo a los últimos datos comunicados desde Reino Unido, podría ser también más virulenta, si bien no parece que comprometa la sensibilidad de las pruebas diagnósticas ni que escape al efecto de las vacunas.

Desde nuestro país y desde la comunidad internacional estamos haciendo un seguimiento muy estrecho de su evolución. De hecho, esta misma semana la Ponencia de Alertas del Consejo Interterritorial ha aprobado el protocolo de Integración de la Secuenciación Genómica en la Vigilancia del COVID, que pretende, en línea con las recomendaciones del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, establecer una red de laboratorios que desarrolle las capacidades de secuenciación para identificar y determinar la incidencia de las variantes genéticas del virus, incluyendo de forma planificada muestras representativas de todas las CCAA y sobre todo, que forme parte del sistema de vigilancia del COVID-19.

Esta red establecerá al menos un laboratorio por CCAA con capacidad de realizar la secuenciación o que coordine el envío de muestras a un laboratorio con capacidad para ello, y estará coordinada por el Ministerio de Sanidad en colaboración con los Centros

Nacionales de Microbiología y de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.

Concluido el análisis y en la confianza de que nos proporcione una visión compartida de la realidad, pasaré a detallarles la respuesta que hemos dado a esta situación desde las diferentes administraciones públicas.

Señorías,

Como saben, la respuesta que hemos venido dando a la pandemia ha sido y sigue siendo una respuesta estratégica elaborada en el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud. Esta es la respuesta que corresponde a la configuración de nuestro Estado Autonómico.

Una respuesta estratégica cuyas características voy a exponer con claridad, pero que fruto de un modelo de cogobernanza que estamos construyendo entre todos.

Señorías, como todos sabemos la protección y el cuidado de la salud pública es una responsabilidad compartida de todas las administraciones públicas, de modo que lo que aporta la cogobernanza es algo esencial: aporta un liderazgo compartido.

Este liderazgo compartido está basado en el diálogo constante y la toma de decisiones conjunta, siempre que sea posible, y siempre respetando los niveles competenciales de cada administración interviniente.

Señorías, la cooperación institucional, sea cual sea su ámbito de intervención, requiere comunicación, una comunicación sincera, veraz, basada en el reconocimiento mutuo y en la voluntad de entendimiento.

Valoramos por tanto la cogobernanza con el esfuerzo de todos como una herramienta central, que ha conseguido doblegar las dos primeras olas de la pandemia y estamos seguros de que conseguirá doblegar la tercera.

Así pues, la cogobernanza es el camino para ganar la batalla epidemiológica, y la respuesta estratégica, es nuestra principal arma.

Permítanme ahora que les describa en qué consiste la respuesta estratégica y en que medida nos ha permitido responder a las diferentes situaciones creadas por la pandemia.

La respuesta estratégica supone que a partir de un conjunto de objetivos, indicadores y acciones compartidas, cada administración pública modula su

respuesta de acuerdo con las condiciones que presenta la epidemia en su territorio.

La respuesta estratégica nos ofrece una gran capacidad para adaptar nuestra respuesta a las diferencias que se están produciendo en cada territorio.

Decía un gran psicólogo, Jean Piaget, que la inteligencia humana es nuestra principal ventaja adaptativa, en relación con otros seres vivos, pues bien, siendo así puedo asegurarles que la cogobernanza y la estrategia conjunta representan la respuesta más inteligente que, como país, podemos dar a esta maldita pandemia.

Señorías, todos somos conscientes de las diferencias en la evolución que presenta la epidemia en cada uno de los territorios. Siendo conscientes de esta diferencia parece evidente que las respuestas siendo

compartidas también tienen que ser necesariamente diferentes.

Pues bien, en esta nueva etapa nos siguen guiando los cuatro documentos y tres pilares que conforman la Estrategia Estatal de lucha contra la pandemia:

- El Real Decreto Ley de nueva normalidad (21/2020 de medidas urgentes)
- El Plan de respuesta temprana, acordado el 16 de julio con las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud;
- El marco de Actuaciones de respuesta coordinada, que es un desarrollo técnico del Plan de respuesta y que fue acordado también en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 22 de octubre;

- Y por último documento el Real Decreto que declara el estado de alarma, que entró en vigor el 25 de octubre y que fue prorrogado por el Pleno del Congreso de los Diputados hasta el 9 de mayo (con la posibilidad de su revisión en el plazo de 4 meses, en función de las circunstancias epidemiológica, si así lo propone el CISNS y lo confirma la Conferencia de Presidentes y Presidentas)

Los 3 pilares que conforman la estrategia son: indicadores, actuaciones y evaluación comunes. Permítanme que hoy me detenga de manera breve sobre ellos:

1. Los indicadores que conforman el primer pilar son la base con la que las comunidades y ciudades autónomas hacen la evaluación de riesgo de su territorio, o de parte de él, y lo clasifican en uno

de los cuatro niveles de alerta que están en los documentos que he mencionado.

2. El segundo pilar es el conjunto de actuaciones de respuesta que, sobre la base de esta evaluación del riesgo y los niveles de alerta, adopta cada comunidad autónoma, amparada legalmente ya sea en la legislación ordinaria y de salud pública de 1986, la Ley de 2011, ya sea en el Real Decreto por el que se declara el estado de alarma, de 25 de octubre. Contamos, por tanto, con un abanico común de actuaciones y respuestas para que las autoridades de salud pública de cada una de las comunidades autónomas consideren cuáles aplicar, de forma proporcional a su riesgo y contexto.

3. Y el tercer pilar, que tiene que ver con la evaluación de resultados, requiere rigor y que las medidas se mantengan lo suficientemente en el

tiempo para hacer su correcta evaluación, que por lo general suele ser entre dos y tres semanas.

Cuando seguimos estos tres pasos sobre la base de unos indicadores conjuntos vemos que la situación se estabiliza y la curva decrece. Y esto ha sido así en distintos territorios, con contextos y situaciones diferentes.

Esta ha sido la base sobre la que definimos la estrategia de vuelta a los centros educativos y creo que todos y todas reconocemos el buen hacer y el éxito de esta estrategia.

Señorías,

Mañana se cumplen tres meses desde que una amplia mayoría del Congreso de los Diputados aprobara la prórroga del actual Estado de Alarma. Desde el punto

de vista epidemiológico, las razones para su aprobación estaban plenamente justificadas.

Entonces, España estaba inmersa en la segunda ola de la pandemia, nos encontrábamos a las puertas del invierno y la situación era de enorme inestabilidad en nuestro país y el resto de Europa. Por tanto, el Gobierno aprobó un nuevo Estado de Alarma, con un horizonte temporal amplio, que permitiera un marco de estabilidad para que las CCAA activaran o desactivaran las medidas que consideren necesarias en función de su evolución epidemiológica.

Permítanme en este punto recordar de manera breve en qué consisten estas medidas y que nos están permitiendo hacer frente a la pandemia en esta nueva etapa.

En primer lugar, las autoridades competentes delegadas son los presidentes y presidentas de los

gobiernos autonómicos, y el órgano de cooperación y cogobernanza es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En segundo lugar, y con carácter general, se habilita la libertad de circulación de las personas desde las 11 de la noche hasta las 6 de la mañana en todo el país. Solo se puede circular en esa franja horaria por las causas justificadas establecidas en la norma.

Los presidentes y presidentas de las comunidades autónomas pueden modular esta franja horaria y decidir que la hora de comienzo de esta limitación sea a las 10 o a las 12 de la noche y la de finalización entre las 5 y las 7 de la mañana, como así están haciendo desde que entrara en vigor la norma.

En tercer lugar: los Presidentes de las comunidades autónomas pueden decidir perimetrar la entrada y la salida de sus territorios, en todo o en una parte de él. Es decir, pueden confinar el territorio completo de su comunidad o definir esa perimetración de un ámbito

territorial inferior, como ya han decidido en diferentes grados y momentos en función de su situación epidemiológica.

Y en cuarto lugar: los presidentes y presidentas de las comunidades autónomas pueden establecer límites en la permanencia de personas en espacios públicos o privados a un número máximo de 6 personas, salvo que se trate de convivientes. Esto ya estaba ocurriendo en la mayor parte de las comunidades autónomas, pero de esta manera se refuerza la cobertura jurídica a esta medida y de esta manera la autoridad competente delegada puede determinar que el número máximo de personas permitido se reduzca tanto como se requiera, con el único límite de no impedir los grupos de personas convivientes.

Señorías,

Con este marco jurídico, las comunidades y ciudades autónomas han ido tomando las decisiones oportunas y, como he señalado anteriormente, conseguimos

doblegar la curva de la segunda ola y proteger el Sistema Nacional de Salud y a los sanitarios que desde hace más de un año trabajan en la primera línea para hacer frente a la pandemia.

Así, en el periodo de incidencia máxima de la segunda ola (entre el 19 de octubre y el 2 de noviembre) se alcanzaron picos con más de 25.000 casos diarios, doblegándose la curva a partir de entonces hasta alcanzar mínimos diarios de 4.300 casos diarios en la primera semana de diciembre con una IA en 14 días de 231,11/100.000 habitantes, momento en el cual volvieron a aumentar los casos y empieza la tercera ola, en la que nos encontramos, con una situación epidemiológica preocupante, como he señalado anteriormente.

Sigue vigente el marco jurídico que proporciona este segundo Estado de Alarma, con las medidas que acabo de detallar y las comunidades y ciudades

autónomas han ido haciendo uso de ellas en función de su evaluación del riesgo y su contexto.

Ahora mismo, todas las comunidades y ciudades autónomas tienen algún tipo de limitación perimetral dentro de su territorio, han limitado la circulación nocturna y han reducido el número de personas, a excepción de grupos de convivencia y las que viven solas, tanto en espacios públicos como privados. Además, 13 comunidades autónomas han limitado la entrada y salida de todo su territorio.

Sabemos, por la información que aportan las comunidades autónomas, que son las que conocen mejor sus contextos epidemiológicos, que los encuentros familiares y sociales siguen siendo uno de los principales focos de transmisión. Por ello es necesario insistir en ese mensaje a la población y en lo importante de limitar el número de contactos y así también lo están decidiendo todas las ciudades y comunidades autónomas.

Como he señalado, en todas las comunidades y ciudades autónomas se siguen tomando medidas para limitar la movilidad, minimizar el número de contactos y evitar la transmisión. Hay, por tanto, herramientas suficientes con un margen aún amplio, recogidas en la Estrategia Estatal que permiten a las comunidades autónomas tomar las medidas necesarias en función de la situación epidemiológica y los marcos de actuación de los que nos hemos dotado todas las administraciones.

Estos marcos nos están permitiendo mantener la actividad económica aunque en algunos casos algo mermada, y mantener abiertas las escuelas y los centros de enseñanza. Es importante que nos alejemos de la falsa dicotomía entre economía y salud y tengamos que muy en cuenta que la ausencia de ingresos económicos también afecta a la salud.

Señorías,

Como saben, en el marco de las reuniones semanales de cada miércoles del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, hemos adoptado seis paquetes de acciones coordinadas en salud pública, cuando el conjunto de comunidades autónomas y el Gobierno hemos considerado que en determinadas materias había que actuar de una forma coordinada y conjunta.

El pasado 2 de diciembre adoptamos el sexto paquete de medidas comunes para la celebración de las pasadas fiestas navideñas. El objetivo residía en modificar ciertas costumbres para garantizar la seguridad y el control de la pandemia procurando el menor impacto en el desarrollo de las fiestas.

El acuerdo recogió cinco medidas relacionadas con:

1. La limitación de entrada y salida en las comunidades y ciudades autónomas, pro el que

el acuerdo recogió que entre el 23 de diciembre y el 6 de enero las CCAA y ciudades autónomas harán efectiva la limitación de la entrada y salida prevista en el artículo 6.1 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, salvo para aquellos desplazamientos, adecuadamente justificados, que se produzcan por alguno de los motivos previstos, así como para acudir a los lugares de residencia habitual de familiares o allegados.

2. La limitación de grupos sociales, por la que los encuentros familiares o con allegados para celebrar las comidas y cenas navideñas de los días 24, 25 y 31 de diciembre y 1 de enero no superaría el número máximo de diez personas, salvo que se trate de convivientes.
3. La limitación de movilidad nocturna, por la que en las noches del 24 al 25 de diciembre y del 31 de diciembre al 1 de enero las comunidades y ciudades autónomas harán efectiva la limitación

de la libertad de circulación prevista en el vigente Estado de Alarma pudiendo determinar que la hora de comienzo de esta limitación comience, como muy tarde a las 1:30 horas y únicamente para permitir el regreso al domicilio.

4. La limitación de eventos navideños, se acordó que no se permitiera la celebración de eventos presenciales con elevada afluencia de público si no se garantiza el cumplimiento de lo establecido en el documento de "Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España".

5. Y en quinto lugar se acordaron 11 recomendaciones que tenían que ver con medidas en centros sociosanitarios, el comercio y hostelería, celebraciones religiosas, o la restauración y hostelería entre otros ámbitos.

Estas medidas se plantearon en un escenario en el que la situación epidemiológica tenía una tendencia descendente pero con situaciones distintas en las diferentes CCAA y, por tanto, podían estar sujetas a restricciones que podrían variar dependiendo de la evolución epidemiológica de las mismas.

Y de hecho, en el Consejo Interterritorial celebrado el 16 de diciembre, apenas dos semanas después de acordado este sexto paquete de medidas comunes, y a la vista de la evolución epidemiológica, cuando se había producido un cambio de tendencia, se llegó a un nuevo acuerdo: determinar que las comunidades y ciudades autónomas pudieran aplicar medidas y criterios más restrictivos en relación con los cuatro primeros apartados de este sexto paquete, y que tenían con ver la limitación de la movilidad en los territorios, la movilidad nocturna, el número de contactos y la celebración de eventos navideños multitudinarios.

Señorías,

Quiero ahora referirme a otras medidas y acciones que ha llevado a cabo el Ministerio de Sanidad desde el pasado 10 de diciembre, cuando el ministro Illa compareció por última vez en esta comisión.

En concreto, al acuerdo aprobado el pasado 22 de diciembre por el Consejo de Ministros por el que se establecían medidas excepcionales para limitar la propagación y el contagio por la COVID-19, mediante la limitación de los vuelos directos y buques de pasaje entre Reino Unido y los aeropuertos y puertos españoles, a raíz de la nueva variante del SARS-CoV-2 identificada en ese país. Desde entonces se han aprobado tres prórrogas por 14 días de este acuerdo, la última de ellas, el Consejo de Ministros celebrado el pasado martes que establece la restricción hasta el día 16 de febrero.

En el momento actual, se mantienen algunas incertidumbres sobre el alcance de la nueva variante británica. Esta situación, unida a la detección en España de algunos casos, hace necesario mantener estas medidas hasta que se tenga conocimiento de su impacto en la evolución de la pandemia y, especialmente, en lo que pueda afectar a nuestro país.

Señorías,

Paso ahora a actualizar la información relativa a la Estrategia de vacunación frente a la COVID-19 y a valorar el mes que llevamos de campaña de vacunación en España que, como ya les he dicho anteriormente, avanza a ritmo óptimo.

Como saben, el pasado 21 de diciembre, la Comisión Europea autorizó la comercialización condicional de la primera vacuna frente al COVID en Europa: la vacuna Comirnaty, de BioNTech y Pfizer, tras la opinión

positiva de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA por sus siglas en inglés) emitida ese mismo día.

Tras su autorización, y gracias a un gran esfuerzo logístico de coordinación a nivel europeo, la Comisión Europea acordó la distribución de esta vacuna para iniciar la vacunación al mismo tiempo en todos los países de la Unión Europea, entre los días 27 y 29 de diciembre.

Efectivamente, las primeras dosis de la vacuna desarrollada por BioNTech / Pfizer llegaron a España el sábado 26 de diciembre y fueron distribuidas de forma equitativa entre los puntos designados por todas las comunidades y ciudades autónomas con el objetivo de comenzar la vacunación en toda España al día siguiente, domingo 27 de diciembre, como así sucedió.

En este punto, quiero aprovechar para agradecer el apoyo de las Fuerzas Armadas y del Ministerio de Defensa, que transportaron la vacuna por aire a Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla para garantizar que el mismo domingo 27 pudiera iniciarse la vacunación también en esos territorios.

Como todos ustedes conocen, Araceli Rosario Hidalgo, residente en la residencia de mayores “Los Olmos” de Guadalajara desde el año 2013 y nacida en 1924, fue junto con Mónica Tapias, técnico de cuidados auxiliar de enfermería que trabaja en dicho centro desde hace diez años, las dos primeras personas en recibir la vacuna frente a la COVID-19 en España.

Además, el 6 de enero de 2021, la Comisión Europea autorizó la vacuna de ARN mensajero (ARNm) de Moderna tras la opinión positiva de la EMA, convirtiéndose así en la segunda vacuna en obtener

una autorización de comercialización condicional en la Unión Europea.

Las primeras dosis de la vacuna de la compañía Moderna contra el COVID-19 llegaron a España pocos días más tarde, el 12 de enero, y fueron igualmente distribuidas de forma equitativa entre las comunidades autónomas.

A pesar de algunos incidentes menores en la distribución, hasta el día de hoy, un mes después de iniciar la campaña de vacunación en España, se han recibido y distribuido a las comunidades autónomas un total de 1.769.055 dosis, de las cuales 1.395.618 ya han sido administradas, es decir el 78,9%. Además, como señalaba al principio de mi intervención, 192.759 personas han recibido ambas dosis y por tanto están inmunizadas.

Estos datos ponen de manifiesto que el proceso de vacunación en nuestro país avanza a buen ritmo y que la Estrategia acordada con las comunidades autónomas, un único plan, para todos y todas, funciona.

Es más, como comentaba en el análisis epidemiológico, hemos observado en estos últimos días una reducción, con prudencia lo digo, en la notificación de casos en mayores de 65 años que viven en residencias, precisamente donde se ha iniciado la vacunación. Aunque se trata de datos preliminares y, por lo tanto, debemos mantener todas las cautelas, es un dato esperanzador y positivo sobre el impacto de la vacunación en la incidencia que creo que es importante subrayar.

Como saben, la Estrategia recoge la necesidad de determinar un orden de prioridad de los grupos de población a vacunar en cada una de las etapas

señaladas, en base a un marco ético robusto donde prevalecen, por este orden, los principios de igualdad y dignidad de derechos, necesidad, equidad, beneficio social y reciprocidad. Igualmente, este marco establece cuatro criterios para valorar el mayor o menor riesgo de las distintas poblaciones analizadas de: morbilidad grave y de mortalidad, de exposición, de impacto socioeconómico y de transmisión, además de criterios de factibilidad y aceptación.

Atendiendo a todo ello, y de acuerdo con la primera actualización de la Estrategia, los primeros cuatro grupos a vacunar en esta primera etapa en la que nos encontramos son:

- Residentes y personal sanitario y sociosanitario en residencias de personas mayores y con discapacidad.
- Personal sanitario de primera línea.

- Otro personal sanitario y sociosanitario, priorizando al del ámbito hospitalario y de Atención Primaria no considerado de primera línea. También se vacunará a aquel personal que tenga que trabajar sin mascarilla por un tiempo superior a 15 minutos. Estaríamos hablando de personal de Odontología o higiene dental, por ejemplo.

Ya se ha anunciado también que el próximo grupo a vacunar será el de las personas mayores de 80, y que se comenzará a vacunar en el menor plazo de tiempo posible en función de la disponibilidad de dosis de vacunas.

Señorías, me gustaría resaltar un hecho que a todos y a todas nos debería alegrar: la mayoría de las comunidades autónomas ya han completado o están en vías de completar la vacunación del primer grupo, los residentes y profesionales de centros

sociosanitarios, y están completando la vacunación del segundo grupo, profesionales sociosanitarios de primera línea.

Esta evolución positiva nos confirma que estamos en el buen camino para alcanzar el objetivo marcado por la UE, en el sentido de que, en marzo de 2021, al menos el 80% de las personas mayores de 80 años y el 80% de los profesionales sanitarios y sociosanitarios deberían estar vacunados.

Por tanto, señorías, insisto en la valoración positiva que hace el Gobierno sobre el ritmo y la campaña de vacunación en España y me reafirmo en el compromiso del Gobierno, si todo va según lo previsto, de haber vacunado al menos al 70% de la población adulta en el verano en línea con la voluntad europea de acelerar el despliegue de la vacunación en toda la UE. Estamos cumpliendo con lo previsto en la primera etapa, con lo que planificamos conjuntamente

con las comunidades autónomas, y vamos a seguir haciéndolo.

Otro dato relevante que me gustaría destacar es que, hasta la fecha, un número muy reducido de la población ha rechazado la vacuna. Un dato que muestra también la excelente aceptación de la vacuna en nuestra sociedad.

Por ello, señorías, me parece necesario referirme a las acciones de comunicación vinculadas a la campaña de vacunación.

Como saben, siempre hemos subrayado la importancia de la comunicación en salud pública, especialmente en situaciones extraordinarias como la actual de pandemia.

Como saben también, la propia Estrategia de Vacunación contiene un capítulo específico dedicado a

la comunicación, cuyo objetivo es precisamente contribuir a generar un alto nivel de confianza entre la población que se traduzca en las mejores coberturas.

Necesitamos crear un marco de veracidad y transparencia capaz de dar respuesta a las dudas que puedan surgir en relación con la vacunación frente a COVID-19 en los diferentes sectores de la población.

Con este fin, desde las redes sociales del Ministerio de Sanidad, se han centrado todos los esfuerzos en comunicar la Estrategia de vacunación explicando con transparencia cada avance o cada paso dado en la vacunación a través de vídeos e infografías.

Además, se ha avanzado ya con distintas actuaciones, como la creación de una página web específica de vacunación COVID-19, con toda la información oficial sobre la Estrategia de vacunación, respuestas a las

preguntas más frecuentes, documentos oficiales, etc, que está teniendo un gran impacto y valoración positiva.

Señorías,

Como les decía, la campaña de vacunación avanza a buen ritmo. En todo caso, en estas primeras semanas, el principal cuello de botella lo tenemos en la llegada de las dosis de las vacunas, que es la dificultad con la que nos estamos encontrando y también en la planificación por algunos cambios en el suministro de las dosis inicialmente comunicadas por parte de la compañía Pfizer.

A este respecto, quiero recordarles que la compañía Pfizer informó a la Comisión Europea y a los Estados miembros de una reducción con respecto a las cantidades comprometidas en el envío que realizó la

semana de su vacuna a los países europeos, como consecuencia de la realización de modificaciones en sus instalaciones.

Ante esta circunstancia sobrevenida, el reparto de dosis ha seguido realizándose con criterios equitativos, asegurando esta vez que todos los territorios tuvieran dosis suficientes para, al menos, administrar las segundas dosis a los vacunados durante la primera semana de vacunación. En este sentido, la Agencia Española del Medicamento ha señalado que esta segunda dosis de la vacuna de BioNTech/Pfizer puede administrarse entre 21 y 28 días después de la primera sin que esto influya en su grado de eficacia.

Asimismo, Pfizer nos ha transmitido que esta reducción ha sido puntual y se ha comprometido a compensarla a la mayor brevedad posible. De hecho, mantiene su compromiso de distribuir 4,59 millones

de dosis de esta vacuna durante el primer trimestre de 2021.

De hecho, ya se han establecido las entregas de acuerdo con lo previsto. También, Señorías, quiero compartir con todos ustedes que tras una consideración inicial en la ficha técnica de la vacuna de 5 dosis por vial ha sido modificada por la compañía y se contabilizan, con la supervisión de la EMA, 6 dosis por vial. Así se está contabilizando ya esta semana en las entregas que se están realizando a las comunidades autónomas. Por tanto, será 422.000 las dosis que entregaremos cada semana de BioNTech-Pfizer.

También quiero trasladarles que las comunidades tienen ya conocimiento de las cantidades que van a recibir de esta vacuna en las cinco próximas semanas porque nos parece tremendamente relevante que

puedan planificar y organizar sus planes de vacunación.

Además, está previsto que en el día de hoy la EMA emita su valoración sobre una tercera vacuna, la de AstraZeneca y la Universidad de Oxford, que podría empezar a suministrarse próximamente.

Quiero en este punto ser clara y quiero manifestar todo nuestro apoyo a la Comisión Europea, a la comisaria de Salud que negocia, también la presidenta, por todos los estados miembros y para todos los estados miembros ante los retrasos que ha anunciado la misma.

También quiero compartir que en el horizonte inmediato tenemos la vacuna de Janssen, del Grupo Johnson & Johnson, que en la actualidad se encuentra bajo el procedimiento de evaluación continua o *rolling*

*review* por parte de la EMA, podría ser valorada en este mes de marzo.

Les quiero comunicar que en el día de hoy a las 14:00 horas está previsto que la compañía anuncie el resultado del ensayo clínico en su tercera fase en la vacunación única.

Les comento también, que este domingo llegará, otras 52.000 dosis de la vacuna Moderna, que serán entregadas el lunes a las CCAA de la península y el martes a las islas, a Ceuta y Melilla.

Señorías,

Como ya saben, la Comisión Europea está negociando un portfolio amplio de vacunas en distintas fases de desarrollo a fin de aumentar las probabilidades de que varias de las vacunas sean aprobadas por la Agencia Europea de Medicamentos y posteriormente por la Comisión.

A día de hoy, ya se han firmado seis acuerdos adelantados de adquisición de vacunas, esta estrategia no tiene antecedentes en Europa. Han sido firmados con AstraZeneca/Oxford, Sanofi-GSK, Janssen (del Grupo Johnson & Johnson), Pfizer/BioNTech, Curevac y Moderna/Lonza. Se continúa con la negociación con Novavax, ayer tuvimos noticias sobre la eficacia de la misma en los ensayos que están realizando, y, recientemente, la Comisión ha concluido conversaciones exploratorias con la empresa farmacéutica Valneva, con vistas a la adquisición de su posible vacuna contra la COVID-19.

Además, la Comisión ha propuesto a los Estados miembros la adquisición de 200 millones de dosis adicionales de la vacuna contra la COVID-19 producida por BioNTech y Pfizer, con la opción de compra de otros 100 millones de dosis.

En total, con el liderazgo de la Unión Europea se garantiza una cartera diversificada de vacunas de más de 2.000 millones de dosis basadas en diferentes tecnologías.

Como saben, a España le corresponderá aproximadamente el 10% de las dosis negociadas, es decir, recibiremos en torno a 200 millones de dosis para inmunizar a 90 millones, un número de inmunizaciones mayor que la población que vive en España, por lo que también es una cantidad que está pensada para dedicarla en parte a terceros países.

Precisamente, el pasado 19 de enero, el BOE publicaba el acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Salud de Andorra, que tiene como objetivo garantizar la reventa de 30.000 dosis de vacunas al mismo precio que fueron adquiridas por nuestro país.

Dicho convenio se encuadra dentro de la imposibilidad de pequeños países como Andorra, Mónaco, San Marino y Ciudad del Vaticano de firmar un contrato con algunas compañías farmacéuticas dado el pequeño número de dosis que necesitan, el tamaño de mercado y la no disponibilidad de dosis extra fuera de los grandes contratos.

En este contexto, es un ejercicio de responsabilidad y solidaridad de la Unión Europea que estos países puedan acceder a la vacuna en paralelo al resto de los Estados Miembros de su entorno. En este sentido, Francia, Italia y España han acordado su disposición a reducir el volumen total de dosis para dedicarlo a este grupo de países.

En concreto, en el caso de Andorra, hay un compromiso entre España y Francia para que nuestro país se haga cargo del envío de las dosis de la

compañía Pfizer/BioNTech y Francia de las dosis de Moderna y AstraZeneca.

Asimismo, el pasado 19 de enero, el Consejo de Ministros aprobó un Plan de acceso universal de “vacunación solidaria” cuyo principal objetivo es contribuir a la vacunación de un significativo porcentaje de la población mundial mediante el apoyo al acceso rápido a la vacuna de los países y las personas con mayor dificultad de hacerlo, utilizando también para ello dosis provenientes de la dotación de vacunas adquiridas por España, sin perjuicio del proceso de vacunación del conjunto de la población española.

A través de este Plan elaborado conjuntamente por los Ministerios de Exteriores y Sanidad, se establecen los principios para el desarrollo del proceso de vacunación, los grupos prioritarios y las vías de canalización de las donaciones, con el fin de contribuir

a garantizar un acceso justo, asequible y universal a la vacuna como un bien público global. La meta inicialmente planteada por la Unión Europea sería que el 5% de las vacunas adquiridas en primera instancia se compartirían hacia contextos humanitarios de manera simultánea a la recepción por parte de la Unión Europea.

Como recordarán, España es uno de los países colíderes de ACT-Accelerator, una iniciativa internacional que pretende hacer efectivo el acceso universal, equitativo y asequible a las herramientas de lucha contra la pandemia, incluido el desarrollo y distribución de las vacunas a través del mecanismo llamado COVAX-Facility.

Dentro de COVAX-Facility, España ha aprobado la donación de 50 millones de euros, a través de GAVI. España, asimismo, ha aprobado una contribución financiera a CEPI por valor de 75 millones de euros.

Además, en tanto que miembro de la Unión Europea y dentro de lo que se denomina "Team Europe", España participa en las contribuciones de la Unión Europea a COVAX-Facility.

En resumen y dicho con toda la prudencia, porque el número final de dosis disponibles dependerá de las vacunas que finalmente se autoricen si todos los procesos de evaluación siguen todos sus pasos esperados, puedo asegurarles que nadie que quiera en España se quedará sin vacunar, porque nuestro país, junto con el resto de países miembros de la Unión Europea, ha hecho sus deberes en tiempo y en forma.

Señorías,

Decía que Europa está trabajando para garantizar una cartera amplia y diversificada de vacunas que se encuentran en distintas fases de desarrollo. Pero para garantizar el acceso a las vacunas, una vez se

autoricen, además del esfuerzo de la ciencia, de la investigación, es necesario que haya un proceso industrial que permita una producción de gran volumen, con la disponibilidad de unidades suficientes para la población.

Como saben, desde comienzos de abril del año pasado, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios ha estado explorando las capacidades productivas de las plantas españolas para contribuir en el proceso de la fabricación mundial de la vacuna.

Y quiero poner en valor ante ustedes que, hasta el momento, ya se han firmado cuatro acuerdos para que fabricantes españoles formen parte del proceso de producción de distintas vacunas:

- En el primero de ellos, una planta de Rovi Pharma ya está proporcionando capacidad de llenado y acabado de viales de la vacuna de la compañía

Moderna. El envasado es una parte vital de la fabricación de una vacuna y en esta fase crítica de la elaboración España dispone de una gran capacidad con fábricas especializadas.

- Con el segundo acuerdo, el grupo biofarmacéutico español Zendal participará en la producción industrial de la vacuna de Novavax a través de la producción del antígeno. Este es un hito importante, pues se tratará de la primera planta de fabricación de vacuna para uso en humanos autorizada en España.
- Por otro lado, la empresa española Reig Jofre ha llegado a un acuerdo con Janssen, del Grupo de Johnson & Johnson, para la transferencia tecnológica de la producción de su candidata a vacuna COVID-19 que se encuentra todavía en fase de investigación. Y hoy conoceremos los resultados del ensayo clínico en fase 3 a una dosis.
- Por último, el grupo Insud Pharma ha firmado un acuerdo con Astra Zeneca para la fabricación en

España de los viales de la vacuna desarrollada por AstraZeneca y la Universidad de Oxford.

Creo que a todos y a todas debería producirnos una gran satisfacción comprobar que en España disponemos de capacidades científicas, tecnológicas y de innovación, como también se demuestra con el número de ensayos clínicos que se desarrollan en nuestro país y que supone un reconocimiento a la calidad de la investigación en nuestro país. En este aspecto quiero subrayar también el apoyo del Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial, dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, que ha estado apoyando diversos proyectos empresariales de empresas biotecnológicas.

Señorías,

Para terminar este bloque de vacunas, quiero referirme también al *Plan de vigilancia de la seguridad de las vacunas frente a la COVID-19*, que ha

elaborado la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Como saben, antes de la autorización de cada vacuna, se han llevado a cabo estudios de farmacovigilancia en las decenas de miles de personas que han participado en los ensayos clínicos, con varios meses de seguimiento, que han identificado las reacciones adversas frecuentes que figuran en las fichas técnicas.

Pero el trabajo de farmacovigilancia no acaba cuando las vacunas se aprueban. Como con todos los medicamentos, pero especialmente con estas vacunas que se administrarán a una gran población en un periodo corto de tiempo, es necesario establecer mecanismos de vigilancia estrecha para poder identificar por una parte, posibles nuevas reacciones adversas que, al ser infrecuentes o muy infrecuentes, no se hayan podido identificar durante los amplios ensayos clínicos realizados, así como por otra parte,

aquellas reacciones adversas que excepcionalmente pudieran aparecer de forma tardía tras la vacunación.

Esta labor de farmacovigilancia en España la realiza normalmente la AEMPS de manera coordinada con las comunidades autónomas, el resto de agencias de medicamentos nacionales y la Agencia Europea de Medicamentos. Y así va a realizarse también con las vacunas frente al COVID. En este sentido, la AEMPS acaba de publicar su primer informe de seguimiento de las reacciones producidas en este proceso de vacunación iniciado.

Los profesionales de la salud y los propios ciudadanos pueden notificar acontecimientos adversos tras la vacunación a través de un formulario electrónico disponible en la web [www.notificaRAM.es](http://www.notificaRAM.es), que es la herramienta más útil para identificar potenciales nuevas reacciones adversas. Por ello, me gustaría

desde aquí recordar a profesionales sanitarios y a la ciudadanía la importancia de estas notificaciones.

La AEMPS gestiona, con la colaboración de las comunidades autónomas de Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, La Rioja, Madrid, Murcia y Navarra, una gran base de datos llamada BIFAP. En ella, están recogidos registros médicos electrónicos y pseudonimizados de atención primaria de más de 14 millones de pacientes, que están preparados para la realización de estudios farmacoepidemiológicos.

Con estos datos, la AEMPS está participando en dos proyectos de investigación europeos denominado ACCESS, financiados por la EMA en los que se pretende realizar estudios que permitan una estrecha vigilancia y una mejor caracterización de los riesgos potenciales en la población vacunada.

Todo este sistema trabaja engranado con el resto de países de la Unión Europea en el Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC) de la EMA, donde se analizan y estudian estos potenciales nuevos riesgos junto con toda la información que hubiera disponible al respecto.

Además, los titulares de autorización de comercialización tienen que presentar informes mensuales sobre todos los datos de seguridad de los que tengan conocimiento. Las conclusiones que se obtengan de estas evaluaciones serán de aplicación en todos los países de la Unión Europea.

Señorías,

Señorías, he compartido con ustedes, con el mayor detalle posible, los aspectos más relevantes y de mayor trascendencia que se han producido durante este tiempo.

Hemos vivido momentos de máxima dificultad. Ustedes han sido también protagonistas de este tiempo y ustedes, desde este ámbito de representación de la ciudadanía de este país han contribuido, con sus críticas y sus consideraciones, a la respuesta de país que hemos ido dando en cada momento.

Esta maldita pandemia, ha puesto de manifiesto la fortaleza de nuestro Sistema Nacional de Salud, de sus capacidades y potencialidades, especialmente de sus profesionales sanitarios y la red asistencial. Esta es una de las grandes lecciones que nos deja esta pandemia, el valor de lo público y su fortalecimiento.

Pero, también ha expuesto los retos y las dificultades a los que se enfrenta a la hora de abordar situaciones que requieren anticipación, respuesta rápida y coordinación en cada territorio y con el resto del país.

Por ello, es necesario avanzar, tal y como se concluyó en la Comisión que al efecto se constituyó en esta Cámara, en el refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud en ámbitos claves para responder a las necesidades del presente y del futuro y, así, asegurar que todas las personas tengan las máximas oportunidades de desarrollar y preservar su salud, al tiempo que dispongan de un sistema sanitario público, universal y excelente, sólidamente cohesionado, proactivo, innovador inteligente y con perspectiva de género que cuide y promocióne su salud a lo largo de toda la vida, en todas sus esferas. Cuestiones éstas que junto a los objetivos de legislatura me gustaría compartir con sus señorías en la comparecencia que a petición propia vamos a solicitar en la comisión de sanidad.

Concluyo Señorías, tenemos una tarea por delante, una gran tarea, contribuir, desde la cogobernanza a cerrar con éxito el proceso de vacunación de este país, hasta alcanzar esa inmunización colectiva que nos

haga adquirir la resiliencia comunitaria y acabar con este virus. A esta tarea, les invito que caminemos juntos, desde las legítimas discrepancias, pero con el objetivo compartido de ganar la batalla a esta pandemia. Este es nuestro horizonte de esperanza.

Muchas gracias y quedo a su disposición