

## **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.

18 de febrero de 2021

**INTERVENCIÓN**

Señorías,

Comparezco hoy, de nuevo, a petición propia en esta Comisión de Sanidad y Consumo. Doy cumplimiento así al artículo 14 relativo a la rendición de cuentas del real decreto que prorroga el estado de Alarma declarado el 25 de octubre, para contener la propagación de infecciones causadas por el coronavirus, y cuya prórroga aprobó una amplia mayoría del Congreso de los Diputados el pasado 3 de noviembre.

Como saben, esta es mi segunda comparecencia desde que tomé posesión como Ministra de Sanidad el pasado 27 de enero, si bien, se trata de la vigésima ocasión en la que la persona al frente de la cartera de Sanidad comparece en esta Comisión para dar cuenta de la pandemia producida por el Covid-19.

Y, como subrayé en mi anterior comparecencia, vendré a esta Comisión cuantas veces sea necesario, pues mi compromiso con sus señorías es firme.

En primer lugar, antes de comenzar, quiero dedicar unas palabras de recuerdo a todas las personas que han fallecido por el COVID-19, y transmitir todo nuestro afecto y apoyo a sus familias y sus seres queridos.

Me van a permitir Señorías que comparta con ustedes en nombre de quienes integramos el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el transmitir nuestra solidaridad a la familia de don Francisco Luzón que falleció en el día de ayer. Su lucha y su compromiso contra la ELA marcaron sus últimos años. Palabras tuyas que quiero reiterar aquí ante esta Comisión: "Ama la vida, vívela con pasión, lucha por tus sueños. Te podrás caer pero levántate con más impulso. La vida es lo más hermoso que

tienes". El reconocimiento ayer de todo el Consejo Interterritorial del SNS.

También quiero trasladar un mensaje de ánimo a todas las personas afectadas por la enfermedad en estos momentos, especialmente a las que están en las UCIS y hospitalizadas en otras unidades, pero también, a quienes se están recuperando de los efectos de la enfermedad. A todas ellas les deseo una pronta recuperación.

Y, por supuesto, quiero darles las gracias y trasladarles todo nuestro reconocimiento a los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Trabajadores y trabajadoras que han pasado y siguen pasando por momentos muy duros, tras meses y meses de trabajo extenuante, y a los que debemos seguir apoyando, reforzando y cuidando.

Concretamente, me van a permitir hoy hacer una mención particular a los profesionales de los Servicios de Salud Pública, a los epidemiólogos y epidemiólogas, cuyo trabajo es menos visible pero, indudablemente, es y sigue siendo esencial e indispensable en la lucha contra la pandemia, trabajando desde el primer momento en jornadas muy largas todos y cada uno de los días de la semana.

Señorías,

Paso ahora a hacer un breve análisis de la situación epidemiológica de la pandemia tanto a nivel internacional como en nuestro país.

A nivel mundial la pandemia parece estar empezando a estabilizar su crecimiento dicho con la máxima prudencia. En números globales, según datos de la OMS, se han notificado más de 109 millones de casos y más de 2,4 millones de personas fallecidas.

Estados Unidos sigue siendo el país con mayor número de casos, con más de 27 millones de casos notificados aunque mantiene la curva descendente.

La India es el segundo país con más casos notificados del mundo, con casi 11 millones de casos confirmados, y mantiene su curva descendente desde hace meses.

Los siguientes países más afectados del mundo siguen siendo Brasil, que ha notificado más de 9 millones de casos y se mantiene en meseta, y Rusia, con más de 4 millones de casos notificados y que mantiene el descenso de su curva.

Los siguientes países con mayor número de casos notificados totales acumulados dentro de Europa siguen siendo Reino Unido, Francia, España, Italia, y Alemania.

A nivel europeo estamos, como saben sus señorías, en una situación en la que la mayor parte de los países está consiguiendo reducir su curva de contagios y mantiene medidas de control muy importantes para seguir doblegando la curva.

En Reino Unido la circulación del virus continúa descendiendo, con una notificación diaria de alrededor

de 13.000 casos, con una incidencia acumulada de 14 días, con datos de ayer, de 308 casos/100.000.

En Francia, parece que la circulación del virus se encuentra en fase de estabilización similar a la que comenté en la comparecencia pasada, con una notificación media de alrededor de 18.000 casos diarios, lo que supone una incidencia acumulada de 14 días, con datos de ayer de 394/100.000.

También Alemania mantiene una progresiva disminución de la circulación del virus, con una notificación promedio de alrededor de 7.000 casos diarios y una incidencia acumulada de 14 días de 135 casos por 100.000 habitantes.

Portugal, tras el importante aumento de casos en enero que se asoció a records históricos de contagios, está afortunadamente consiguiendo también un descenso gradual de la circulación, con una incidencia



acumulada de 14 días de 551 y un promedio menor de 3.000 casos diarios. Quiero recordar que el control de la frontera con Portugal se ha prorrogado hasta el 1 de marzo.

Finalmente, Italia también parece haber estabilizado su curva con una notificación de alrededor de 12.000 casos al día y una incidencia de 280 a 14 días.

Por lo que se refiere a nuestro país, como saben, vamos lentamente doblegando la curva y reduciendo la transmisión del virus dicho con toda la prudencia. Los datos nos siguen colocando en una situación de alto riesgo, con una incidencia acumulada de 14 días de 349 casos, una incidencia acumulada de 7 días de 118 casos y una positividad de alrededor del 8%.

Más allá de las cifras concretas si tenemos en cuenta que el día 27 de enero llegamos al pico de incidencia acumulada con 899 casos de esa fecha hasta ahora

hemos conseguido bajar de manera importante la curva pero también quiero decirles que esta bajada no es homogénea en todos los territorios. Quisiera ofrecerles algunos datos que creemos que apuntan a una mejor caracterización de lo que está significando esta tercera ola con respecto a las olas anteriores.

- Sabemos que la tercera ola comenzó a principios de diciembre, que tuvo una aceleración importante alrededor de las fechas navideñas y que alcanzó su pico máximo de casos del 18 al 22 de enero, momento a partir del cual comenzamos a doblegar la curva de transmisión, al principio más lentamente y a partir de finales de enero más rápidamente. Es verdad que la velocidad de descenso ha variado entre CCAA, no es homogénea y, el descenso ha sido más rápido en aquellos territorios que han tomado medidas más restrictivas y más drásticas.

- Sabemos también que la ocupación hospitalaria está descendiendo lentamente desde el pico máximo de ocupación, que fue a finales de enero.

Y mucho más lentamente y de forma más tardía, ha empezado a descender la ocupación de las UCIS, cuyo máximo se alcanzó a principios de febrero.

En este el análisis de la tercera ola me gustaría llamar la atención sobre un hecho diferencial respecto a la segunda, porque es importante para la toma de decisiones. La tercera ola ha tenido una mayor ocupación de camas de hospitalización y de críticos. Esto se debe a que comenzó sin que la segunda ola hubiese completado su descenso, y por tanto sin que se hubiese liberado la capacidad hospitalaria y unas incidencias superiores a las observadas en la segunda ola.

De hecho, la ocupación hospitalaria por COVID lleva descendiendo dos semanas lentamente. Se sitúa a

datos de ayer en un 14%, una cifra muy alta para una sola enfermedad.

En cuanto a la ocupación de las UCI, que como decía descende aún más lentamente, sigue estando de promedio por encima del 36%, con 7 CCAA con una ocupación de UCI superior a esa media y algunas han tenido una ocupación por encima del 50%. Tener esta altísima ocupación de UCIS y con una sola enfermedad es una disfunción importante en los sistemas hospitalarios y una gran presión especialmente en este ámbito.

Por tanto, y a modo de conclusión, los indicadores epidemiológicos nos dicen que aunque vamos reduciendo la transmisión, seguimos en niveles de alerta máximos y con una ocupación UCI en rangos muy altos, lo que nos debe seguir preocupando y ocupando.

Los indicadores nos dicen, como nos dice la OMS, que debemos ser muy prudentes y mantener las medidas de control hasta alcanzar cifras con menos nivel de riesgo. El camino hacia la reducción de medidas debe ser por tanto progresivo y sin descensos bruscos, máxime en el contexto de crecimiento de variantes más transmisibles en el que nos encontramos en estos momentos.

Sabemos que las medidas para combatir el virus, basadas en la reducción de la movilidad y de los contactos funcionan pero necesitan tiempo, mínimo dos semanas para que empiecen a dar resultados. También sabemos que las medidas, cuando se adoptan de forma sistemática y se mantienen el tiempo suficiente, se refuerzan mutuamente.

Señorías, concluyo este primer apartado de análisis epidemiológico con los aspectos relacionados con la evolución de las variantes del virus en circulación.

Como saben, en nuestro país estamos siguiendo 3 nuevas variantes del COVID 19 con interés para la salud pública: la variante brasileña, la variante sudafricana y la variante británica.

Sobre la primera, la variante brasileña, es sobre la que menos datos de evidencia científica tenemos en este momento. Hay sospechas, dicho también con toda la prudencia, de que es más transmisible por los estudios genéticos, pero no hay aun evidencia científica sólida con datos de transmisión y se está estudiando si la eficacia vacunal podría verse afectada o no por esta variante. Por el momento, en España se han identificado tres casos. Esto son datos confirmados actuales en este momento al margen de los casos sospechosos pendientes de la confirmación.

Respecto a la variante sudafricana, más extendida a nivel mundial, sabemos que es más transmisible, y preocupa la posible pérdida del efecto protector de alguna de las vacunas disponibles. En España, se han notificado 7 casos confirmados hasta ahora de la

variante sudafricana: uno en Vigo, 1 en Barcelona y 5 en Elche.

La tercera variante de especial atención, de manera particular en nuestro país y en el resto del mundo es como saben la variante británica, porque hay una gran colonización sobre el nicho ecológico. Menos el continente africano, según los datos facilitados por la OMS, hay una colonización importante de esta variante.

Con datos de ayer, se han notificado en nuestro país 613 casos confirmados por secuenciación de la variante británica, si bien la estimación del Ministerio de Sanidad, en base a la evolución de marcadores indirectos (fallo en la detección del Gen S), es que los casos por esta variante podrían suponer alrededor de un 20% del total de los casos confirmados, con una altísima variabilidad entre regiones y zonas, que con la información disponible actualmente oscilaría en un

rango muy amplio, desde un 1% hasta un 45% aproximadamente.

La vigilancia de la variante británica a través de un marcador en base a la técnica PCR (ausencia de detección del gen S), permite seguir la evolución de la variante británica, y muestra un comportamiento similar al que ha ocurrido en otros países.

Me gustaría destacar el enorme esfuerzo que está realizando el Ministerio de Sanidad y las CCAA en el proceso de integración de la secuenciación del Sistema de Vigilancia, que continúa avanzando para establecer una red de laboratorios, como se acordó en la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta del Consejo Interterritorial del SNS.

Las últimas evidencias internacionales confirman que esta variante se asocia a una mayor transmisibilidad, según la evidencia científica. Hay algunos indicios de



que podría ser también más virulenta, seguimos a la espera de evidencia científica sólida al respecto. Las buenas noticias son que los estudios indican que las vacunas son efectivas frente a la variante británica y que las medidas de control implementadas correctamente en los países con una mayor prevalencia de la variante han resultado eficaces para controlar la transmisión.

Señorías, sabemos que de estas tres variantes la variante británica tiene hasta ahora un mayor poder de colonización del nicho ecológico. Sabemos hasta ahora también por la evidencia científica que es más transmisible pero también sabemos que los modos en los que se transmite son los mismos que el SARS-CoV de Wuhan. Es decir que las medidas de control que ya conocemos son efectivas, las 6 M que ya conocemos todos. Es muy importante lanzar un mensaje a sus Señorías y también a la ciudadanía en cuanto a la necesidad de preservar las medidas de

distanciamiento social, mascarilla, lavado de manos, maximizar la ventilación y minimizar los contactos.

Quiero terminar este apartado inicial sobre la situación epidemiológica colocando en perspectiva también datos esperanzadores que abordaré con posterioridad como es el proceso de vacunación. Como saben, la semana pasada alcanzamos el millón de personas vacunadas con pauta completa de dos dosis, por tanto inmunizadas. El número de personas vacunadas pronto superará el número total de personas contagiadas, que es el principal objetivo que tenemos y que es compartido por todos.

Señorías,

La última vez que comparecí en esta Comisión, el pasado 29 de enero, les informé de que, con toda la prudencia, estábamos empezando a doblegar la curva de la tercera ola. Hoy, como les acabo de detallar al informarles sobre los datos epidemiológicos, podemos decir que estamos en el camino adecuado. Quiero ser muy prudente porque sabemos que es muy difícil bajar y que es muy fácil subir. Ya hemos aprendido. Las experiencias de la primera, la segunda y la tercera ola nos lo dicen así.

Estamos consiguiendo bajar la curva porque, como les dije antes, las medidas restrictivas funcionan y sabemos cuáles tienen un impacto directamente proporcional a la bajada y cuáles a la subida. Cada vez se sabe más. Por tanto, es importante la cultura de la prevención, la cultura del cuidado individual y colectivo y las medidas que adoptan las comunidades autónomas.

Es verdad que hay cosas que desconocemos de este virus y el comportamiento de la pandemia a pesar de que cada vez vamos conociendo más, pero ya tenemos más cartas de navegación que cuando entramos en esta pandemia. Sabemos qué es lo que hay que hacer para tener el virus a raya y evitar que suba y si empieza a subir sabemos cuáles son las medidas que hay que aplicar para parar la propagación y empezar la bajada de la curva.

Desde aquí, quiero agradecer el trabajo y el esfuerzo realizado por todas las comunidades y ciudades autónomas. Tenemos las herramientas, una Estrategia Estatal compartida y consensuada por Gobierno y comunidades autónomas para enfrentar esta etapa. Y todas las administraciones las están adaptando a su contexto epidemiológico.

Sin embargo, desde la prudencia que caracteriza la acción del Gobierno en esta crisis, pensamos que no

podemos, ni mucho menos, bajar la guardia, y que hay que seguir actuando con cautela, tenemos que seguir manteniendo las medidas de restricción porque seguimos en riesgo muy alto, 349 y con la presencia de variantes y con bajada desigual en los territorios de nuestro país. Hay territorios que han experimentado una bajada muy importante y en otros la bajada es mucho más lenta. Y en algunos casos está en zona valle porque cuesta mucho la bajada.

Como he señalado en el análisis epidemiológico, estamos aún en unos niveles de transmisión excesivamente altos y debemos actuar con toda la prudencia y el mantenimiento de las medidas para seguir bajando al objetivo que es estar por debajo de 50 casos por 100.000 habitantes de incidencia acumulada a 14 días, que sería el nivel 2.

Como saben, la respuesta que hemos venido dando a la pandemia sigue siendo una respuesta estratégica,

elaborada en ámbito del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Esta es la respuesta que corresponde a un Estado descentralizado, a un Estado Autonómico como el nuestro.

El liderazgo compartido que implica la cogobernanza y que estamos construyendo entre todas las administraciones implica responsabilidad compartida en la protección y el cuidado de la salud pública, y que durante esta pandemia se ha hecho más que evidente.

Es una responsabilidad y esfuerzo compartido basado en el diálogo constante y en la toma de decisiones conjunta, siempre que ha sido posible, y desde el respeto máximo al ámbito competencial de cada uno.

Este nivel de coordinación, de colaboración y de intercambio de información se ha extendido de la misma manera a los numerosísimos encuentros

bilaterales entre el Ministerio de Sanidad y cada una de las comunidades autónomas de manera semanal, que ayudan a tener una relación más fluida y más concreta de aquellos aspectos que presenta cada comunidad autónoma.

Y así es como vamos a seguir trabajando. Siguiendo el camino marcado por la Estrategia Estatal, de la que nos hemos dotado todas las administraciones, y que, como saben, consta del:

- Real Decreto-Ley de Nueva Normalidad, el Plan de Respuesta Temprana, las Actuaciones de Respuesta Coordinada, que ayer por ejemplo en el Consejo Interterritorial decidimos poner un grupo a trabajar para la actualización de la misma; algo importante, puesto que son documentos vivos, y el Real Decreto que declara el vigente Estado de Alarma.

- Y también de 3 pilares fundamentales: indicadores comunes, las actuaciones coordinadas y la evaluación conjunta.

Las comunidades autónomas están siguiendo este proceso que se describe en la Estrategia Estatal:

- a) el análisis permanente de la situación epidemiológica de riesgo;
- b) tomar sobre ella una serie de medidas, amparadas en la legislación ordinaria y/o amparadas en el decreto de estado de alarma;
- c) y, finalmente, evaluar los resultados al cabo de un período suficiente de tiempo para ver el impacto de dichas medidas;

Estamos viendo que los resultados, dicho sea con mucha prudencia, reflejan que estamos en el camino pero todavía nos queda mucho que recorrer, que la Estrategia funciona y que la curva decrece. Pero este nivel muy alto de 349 de media nacional y algunas



comunidades todavía en torno a 500 de IA siguen siendo cifras muy altas. Es verdad que, como venimos de 899 el 27 de diciembre, parece que sí pero todavía no. El objetivo tiene que ser estar por debajo de 50 casos de IA a los 14 días. Éste es el objetivo, no es otro.

Quiero ahora referirme a las medidas y acciones que ha llevado a cabo el Gobierno desde mi anterior comparecencia para actualizar todas las medidas que hemos ido realizando en la gestión de la pandemia, día a día.

El pasado 9 de febrero el Consejo de Ministros aprobó la cuarta prórroga de 14 días del Acuerdo 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, la B.1.1.7, más conocida como la variante británica.

Además, en este mismo Acuerdo del Consejo de Ministros de 9 de febrero aprobamos la segunda prórroga de la limitación de los vuelos con origen en Brasil y Sudáfrica hacia los aeropuertos españoles. En Brasil en vuelo directo y en la República Sudafricana en vuelos con escala que también están siendo objeto de limitación y control antes las variantes.

Para el caso del Reino Unido, solo podrán realizarse vuelos o desembarco de buques de pasaje a España que estén ocupados por ciudadanos españoles o andorranos, así como residentes en ambos países.

Desde Brasil y Sudáfrica solo podrán realizarse vuelos a España que estén ocupados por ciudadanos españoles o andorranos, así como residentes en ambos países o pasajeros en tránsito internacional a

un país no Schengen con escala inferior a 24 horas sin abandonar la zona de tránsito del aeropuerto español.

De acuerdo con la Recomendación 2021/119 del Consejo Europeo y la Recomendación 2021/132, en la labor de control sanitarios en los aeropuertos se está exigiendo a los pasajeros procedentes de estos dos países la confirmación documental de la acreditación de la PCR negativa al 100% de los viajeros y además se les está realizando en el propio aeropuerto un test diagnóstico para reforzar todavía más el control.

La implantación de estas medidas ha supuesto una reducción de los pasajeros procedentes de estos países, aunque continúan llegando viajeros que cumplen con los requisitos previstos en los respectivos Acuerdos y que tienen que cumplir con los requisitos que les acabo de exponer.

Permítanme ofrecerles los últimos datos de los que disponemos. Desde el 28 de enero, cuando se vienen aplicando estas restricciones, han llegado procedentes de Brasil, 44 vuelos, con 2.853 pasajeros, a los que se les ha realizado un test a su llegada en los controles sanitarios realizados por Sanidad Exterior. Y de ellos, se han detectados cuatro casos positivos, con uno solo de ellos infectado con la variante brasileña.

En el caso de Sudáfrica, no ha llegado ningún vuelo directo, y se ha realizado un test a los 81 pasajeros que llegaron a España desde Sudáfrica con tránsito en aeropuertos de otros países. Entre ellos no se detectó ningún positivo.

Como he subrayado en el análisis epidemiológico, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas ya trabajan para concluir la red de laboratorios para la secuenciación genómica en la vigilancia del Covid

de acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología para trabajar en red.

Además, señorías, quiero compartir con ustedes que en el día de ayer firmé una orden ministerial por la que se establece cuarentena para los pasajeros procedentes de Brasil y Sudáfrica. Se enmarca dentro de la acción decidida del Gobierno de España y de esta ministra para proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos, para contener la propagación del virus y reforzar los sistemas sanitarios y sociosanitarios.

Son medidas que complementan a las que les acaba de citar de restricción de vuelos y de los test tanto la PCR negativa como los test de antígenos. Es una medida acorde con las recomendaciones de la UE, concretamente del Consejo de la UE, con un enfoque común de la UE en medidas de cuarentena y limitación de vuelos y control para evitar la propagación.

Concretamente la recomendación del Consejo la 2021/132. Es una medida basada en la legislación sanitaria de nuestro país, ley orgánica 3/86 de medidas especiales de salud pública, ley 33/2011 de la ley general de salud pública y en la competencia de sanidad exterior que tiene en exclusiva el Gobierno de España.

Las medidas establecidas en la orden ministerial que ha sido publicada hoy en el BOE establece que las personas que lleguen a cualquier aeropuerto de nuestro país procedentes de Brasil o de Sudáfrica deben guardar una cuarentena de diez días siguientes a su llegada o siete días si se realiza una PDIA, bien PCR o bien antígeno, con unas características especiales que son las que ha definido la UE. Y que además deben permanecer en su domicilio limitando sus desplazamientos y también los accesos a terceras personas.

Estas medidas precisan de ratificación judicial y por lo tanto en la misma orden se establece que la Abogacía del Estado remita a la autoridad judicial competente, que en este caso es la Audiencia Nacional, la ratificación de esta medida. Estamos a la espera de que en el día de hoy o mañana la Abogacía del Estado remita a la Audiencia Nacional en espera de la ratificación judicial.

Esta orden tiene un régimen sancionador que es el establecido en el título sexto de la Ley General de Salud Pública para el caso de incumplimiento. Y además se va a realizar un seguimiento por parte de las autoridades sanitarias con el apoyo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Además, Señorías quiero compartir que la orden entrará en vigor a las cero horas del 22 de febrero por un periodo inicial de 14 días que al igual que los otros acuerdos se irán prorrogando tantas veces como sea

necesario o como las condiciones epidemiológicas así lo precisen.

Como ven, Señorías, estamos vigilantes, monitorizando los casos que van surgiendo y en máxima coordinación con las CCAA.

Mantendremos estas medidas el tiempo que sea necesario, hasta que se tenga un mayor conocimiento del impacto de las nuevas variantes en la evolución de la pandemia y, especialmente, en lo que pueda afectar a nuestro país.

Señorías, quiero ahora referirme a una importante medida aprobada en el Consejo de Ministros del pasado 2 de febrero. Me refiero al Real Decreto-Ley en el que se incluyen medidas para establecer la consideración de enfermedad profesional de la COVID-19 para los profesionales sanitarios y sociosanitarios, a efectos de prestaciones.



Esta medida, que da respuesta a una demanda formulada por todos los colegios y las asociaciones de profesionales sanitarios, se aplicará desde la declaración de la pandemia, por tanto tendrá carácter retroactivo, y hasta que las autoridades sanitarias levanten todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria.

Con esta decisión, se mejora la cobertura de este colectivo, cuyos contagios ya tenían una consideración especial como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo para todas las prestaciones.

Para terminar este bloque quisiera compartir con ustedes dos asuntos tratados ayer en el CISNS, y de los que me parece importante informarles.

Uno tiene que ver con la reactivación del grupo de seguimiento entre el Ministerio de Sanidad y el

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación junto con las 11 comunidades autónomas implicadas en las campañas agrícolas para coordinar actuaciones comunes de cara a la próxima temporada.

Sabemos el impacto que tuvieron determinadas campañas agrícolas que fueron origen de algunos brotes de la segunda ola, que las actuaciones coordinadas que se realizaron es el camino adecuado y ayer todas las comunidades autónomas valoraron positivamente el reinicio con carácter previo de la coordinación del Ministerio de Sanidad, de Agricultura y todas las comunidades autónomas y se ha incorporado como novedad a la FEMP, porque sabemos que en todas las campañas agrícolas también las entidades locales desempeñan un papel fundamental, ya que no se trata de un tema sólo laboral sino social, de ahí la importancia de la implicación de las entidades locales.

Tratamos también ayer, presentamos en el Consejo Interterritorial, la actualización de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud; una estrategia densa, trabajada con las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes... un documento muy trabajado.

Los miembros del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tienen toda esta semana para hacer aportaciones. Junto a la Estrategia, presentamos un documento, un acuerdo sobre el COVID-19 y el cáncer; sobre el impacto del COVID-19 en el cáncer durante todo este año de pandemia. Aún no conocemos en profundidad cuál ha sido y está siendo el impacto del COVID-19 en el cáncer.

Este documento de trabajo, susceptible de ser mejorado, matizado, corregido por las Comunidades Autónomas -por los miembros del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud-,

responde a una moción aprobada en el 20 de octubre en la Comisión de Sanidad del Senado, también nos lo piden las asociaciones de pacientes. Por tanto, se trata de dar prioridades a la actuación en la implementación del Sistema Nacional de Salud del Cáncer durante la pandemia. Desde el convencimiento de que hay que realizar un estudio pormenorizado y concienzudo sobre el impacto del COVID-19 en esta enfermedad.

Señorías, paso ahora a actualizar la información relativa a la *Estrategia de vacunación frente a COVID-19*.

Como estaba previsto y anuncié en mi primera comparecencia, Señoría, el pasado 29 de enero, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) recomendó que se otorgara una autorización condicional de comercialización a la vacuna frente a la COVID-19 de AstraZeneca, desarrollada por investigadores de la Universidad de Oxford, como así hizo la Comisión

Europea que, tras el visto bueno de la EMA, la autorizó.

Se trata, por tanto, de la tercera vacuna que recibe el visto bueno de los reguladores europeos, tras las impulsadas previamente por BioNTech / Pfizer y Moderna.

Las primeras dosis de la vacuna de AstraZeneca llegaron a España pocos días más tarde, el 6 de febrero, y fueron igualmente distribuidas de forma equitativa entre las comunidades autónomas, en base -las primeras- a grupos diana y -las segundas-, a criterios poblacionales.

A día de ayer, pues, se han recibido y distribuido a las comunidades autónomas un total de 3.622.650 dosis, de las cuales 2.690.457 han sido administradas, es decir el 74,3% del total. Además, 1.119.180 personas

han recibido ya la pauta completa de las dos dosis, por tanto inmunizadas.

El pasado viernes superamos el millón de personas que han recibido ya las 2 dosis de vacunación desde que comenzó la vacunación el pasado 27 de diciembre. El ritmo de vacunación de España se sitúa entre los 10 primeros países a nivel mundial en porcentaje de población con la pauta completa administrada.

Señorías, me parece importante compartir con todos ustedes estos datos, para poner de manifiesto el esfuerzo que está realizando la Comisión Europea, el Gobierno y las comunidades autónomas para que el proceso de vacunación en nuestro país siga avanzando a buen ritmo.

Y lo subrayo porque el Gobierno hace una apelación permanente a la necesidad de que sigamos trabajando juntos, con la mayor unidad posible.

Y, en este sentido, la *Estrategia de vacunación* es el ejemplo perfecto para reflexionar sobre cómo afrontar un reto logístico y de salud pública de primera magnitud en mitad de una pandemia.

Señorías, seguimos avanzando con la Estrategia única de Vacunación. Una Estrategia que es nuestra, de todos. Una Estrategia que es nuestra, porque es de todos; una estrategia participada y acordada entre todos, Ministerio de Sanidad, consejeros y consejeras de salud de Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas, Sociedades Científicas, Comité de Bioética.

Una Estrategia que funciona porque hay colaboración. Eso es cogobernanza también, Señorías. Disponemos

de un único plan, consensuado y compartido, pero único, con las comunidades autónomas. No es el éxito de nadie en particular, es el éxito de todos; el éxito del esfuerzo compartido. Y un excelente ejemplo de buena organización y de visión estratégica que debería ser el modelo a seguir.

Como saben, Señorías la *Estrategia de vacunación* es, desde su concepción una estrategia, es un documento vivo y flexible, que se va modificando y actualizando, conforme se va ampliando el conocimiento y el contexto de la pandemia, que va cambiando, pero, sobre todo, de la llegada en más cantidades de vacunas y de nuevas vacunas que se van autorizando por la EMA.

Como saben también, el pasado día 10 de febrero la Comisión de Salud Pública aprobó la *Actualización 3 de la Estrategia*; ya estamos trabajando en la *Actualización 4*.



Antes de destacar las principales incorporaciones a la Estrategia de Vacunación, me gustaría subrayar que esta actualización se produce en el seno de la Comisión de Salud Pública que, como ustedes saben, es un órgano del propio Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, junto a la Ponencia de Vacunas y que está integrada, por los directores y directoras generales de Salud Pública de cada una de las comunidades autónomas y Ciudades autónomas y que la Ponencia de Vacunas está formada por personas expertas y también por el Ministerio de Sanidad con la directora general de Salud Pública Pilar Aparicio y su equipo. Esta semana han llegado a nuevos acuerdos. Quiero reconocer públicamente el trabajo que están desarrollando la Ponencia de Vacunas y la Comisión de Salud Pública.

Es cierto que la toma de decisiones es compleja; hay incertidumbres en torno a la llegada de algunas compañías que ahora comentaré y, por ello, quiero

subrayar el trabajo realizado en este sentido, y que, sin duda, refuerza la mejor toma de decisiones en el marco de la cogobernanza.

Paso ahora a desarrollar los principales aspectos de la *Actualización de la Estrategia* ante la incorporación de la vacuna de AstraZeneca que ha venido a modificar la actualización y a darle una nueva visión.

Como saben, en estos momentos disponemos de tres vacunas de dos tipos, 2 son mRNA –BioNTech/Pfizer y Moderna- y la tercera –AstraZeneca- es un vector viral. Tres vacunas seguras, eficaces y que salvan vidas. Lo reitero. Las vacunas son seguras, son eficaces y salvan vidas. Además tres vacunas con tipologías diferentes que nos permiten diversificar la estrategia.

Estas características diferenciales han hecho necesario establecer, además del orden temporal en el acceso a la vacunación, las indicaciones de qué

vacuna o vacunas administrar a los diferentes grupos poblacionales de manera simultánea.

Para este proceso cobra una importancia el marco ético recogido desde un inicio en la Estrategia, que establece que la priorización y la elección de la vacuna o vacunas a aplicar se basa en los principios éticos de necesidad, de reciprocidad, de equidad y de solidaridad, junto con la evidencia científica sobre la eficacia y la indicación de las vacunas para los diferentes grupos de población.

Es en base a estos criterios científicos y éticos que el orden de vacunación prioriza a las personas más vulnerables, con mayor riesgo de exposición y de transmisión a otras personas.

Precisamente por ello, tras la definición de los primeros grupos priorizados (del 1 al 4), se definió el siguiente grupo (grupo 5), que lo conforman las

personas mayores de 80 años. Ya hay CCAA que están empezando a vacunar a los mayores de 80 años.

Este es nuestro próximo gran objetivo, Señorías, vacunar cuanto antes a las personas mayores de 80 años, puesto que sabemos que son las que mayor riesgo de COVID grave y mortalidad tienen.

Se ha acordado asimismo que, a medida que se vaya disponiendo de más dosis, dentro de este grupo 5, se irán incluyendo otros grupos etarios comenzando por las personas de, entre 70 y 79 años, y que posteriormente se continuará con las personas entre 60 y 69 años.

Por tanto, tenemos ya un horizonte que quiero destacar, Señorías, porque es importante esta posición de la Comisión de Salud Pública, compartida por los miembros del Consejo Interterritorial que, una vez finalizado el proceso de vacunación –o en algunos

casos también paralelamente, dependiendo de la disposición de vacunas- se comience con grupos etarios, que nos dan un horizonte que transmite certeza.

Aunque como he mencionado el criterio principal de vulnerabilidad al virus es la edad y es el que marca la prioridad de los grupos. También sabemos que hay patologías con alto riesgo, con alta morbilidad y la Comisión de Salud Pública ha acordado crear un grupo 7, de personas menores de 60 años pero que tienen condiciones de alto riesgo de padecer enfermedad grave por COVID.

Este grupo de alto riesgo será definido por la Ponencia de Vacuna con el apoyo de la Sociedad Científica. Aunque la mayor parte de las personas mayores de 60 años presentan una cronicidad importante, con lo que habrá personas mayores de 60 años también con

patología de alto riesgo pero que se vacunarán antes por su edad.

Señorías,

Como saben, la vacunación se está realizando de manera simultánea con vacunas de Pfizer, Moderna y AstraZeneca, de forma que las vacunas de ARNm, siempre basándonos en evidencia científica de su eficacia en todos los grupos de edad y riesgos, se reserven para las poblaciones más vulnerables y con mayor riesgo de exposición.

Es decir, para los cuatro grupos priorizados en la primera etapa de la Estrategia de vacunación y el grupo 5. Y, de forma simultánea, la vacuna de AstraZeneca se administrará a personas de hasta 55 años de los siguientes tres grupos:

En primer lugar, los profesionales sanitarios y sociosanitarios, dividiendo en varios subgrupos, el

subgrupo 3B que incluye personal sanitario y sociosanitario en activo de distintos colectivos seleccionados en función del riesgo de exposición de la actividad laboral que desarrollan y la posibilidad de adoptar las medidas de protección adecuadas. Y otro subgrupo, el 3C, que incluye al resto de profesiones sanitarias. En el grupo 3A estarían aquellos profesionales que tienen que atender a pacientes sin mascarilla durante más de 15 minutos, porque hay una mayor exposición al riesgo.

También hemos seguido avanzando, definiendo a un grupo de colectivos en activo con una función esencial para la sociedad, el grupo 6, que incluye Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en el que se incluye a Guardia Civil, Policía Nacional, Policías Autonómicas y Policías Locales; también incluye Emergencias y Fuerzas Armadas, personal docente y personal de educación infantil y educación especial, y, a continuación de educación primaria y, finalmente, secundaria.

Y en tercer lugar, una vez pasados estos últimos grupos, se pasará a grupos etarios con el grupo 8 de 45 a 55 años.

Quiero resaltar que, en cuanto a la edad límite para el uso de la vacuna de Astra Zeneca, tiene que ver con, hasta ahora, la ausencia de evidencia suficiente sobre la eficacia de la vacuna en este grupo por encima de 55 años, ni en personas con ciertas enfermedades graves que serían candidatas a ser vacunadas con mRNA cuando les corresponda, por ser personas vulnerables.

Esta decisión tiene límite temporal; será así hasta que el ensayo que AstraZeneca está haciendo en EEUU con personas mayores de 65 años arroje resultados respecto a su eficacia. Si ese ensayo clínico nos dice que la eficacia en personas mayores de 65 años también está acreditada, la Comisión será flexible y se adaptará. O también si los resultados obtenidos por el



Reino Unido en su Plan de Vacunación tienen resultados positivos, pudiera arrojar luz a este respecto.

Señorías, la vacunación, como decía, vamos a buen ritmo. Quiero significarles que nosotros ya sabíamos, y lo comenté en la pasada Comisión, que el primer trimestre iba a estar condicionado a una llegada limitada de vacunas y así estaba en las cláusulas contractuales de las compañías farmacéuticas que ha suscrito la Comisión Europea en el Programa de Compra Anticipada (APA).

Hasta ahora, lo que vamos a recibir en febrero y el mes de marzo, BioNTech/Pfizer ya ha comunicado y hecho el delivery que vamos a recibir 4,2 millones de dosis. De Moderna y AstraZeneca, lo subrayo, lo comunico sobre las estimaciones comunicadas por las empresas.

Así, sobre las estimaciones comunicadas, serán 1 millón de dosis de Moderna y 4,3 de AstraZeneca. Lo subrayo porque, especialmente AstraZeneca y Moderna está distribuyendo según van fabricando. Los procesos biotecnológicos son muy complejos y están sujetos a variaciones lógicas en el rendimiento. Por tanto, es una estimación comunicada de las compañías AstraZeneca y Moderna.

Si se fijan, todos los lunes, las de BioNTech/Pfizer están llegando con regularidad y cada vez son más las cantidades de entrega de esta compañía que ha cogido velocidad en el escalado de la producción industrial.

Estas previsiones nos permiten mantener el objetivo marcado por la UE, en el sentido de que, a finales de marzo, al término del primer trimestre, al menos el 80% de las personas mayores de 80 años y de los profesionales sanitarios y sociosanitarios estén

vacunados. Un objetivo que estamos cada vez más cerca de alcanzar.

Además, está previsto que, en las próximas semanas, la vacuna Janssen de Johnson & Johnson, que ya ha presentado ante EMA su documentación y estamos a la espera de una autorización positiva en torno al 8 a 12 de marzo, aproximadamente y que, entre la tercera y cuarta semana de febrero pudiera producirse la autorización por parte de la FDA.

Janssen es a una sola dosis y sus condiciones de logística son de 2,8°C; por tanto, va a agilizar muchísimo el ritmo de vacunación. Por contrato Janssen comenzará a suministrar a partir del mes de abril y, a medida que pase el segundo trimestre, suponemos que irá cogiendo velocidad de producción industrial.

Y también de evaluación continua o *rolling review* de la vacuna de Novavax y Curevac por parte de la EMA. También sabemos que los resultados análisis clínicos de la tercera fase de análisis clínicos de Novavax son positivos, invitan a la esperanza y recuerdo que, además, se fabrican en España, en Galicia.

La Comisión Europea ha finalizado las conversaciones exploratorias con las compañías Novavax y Curevac, que son el paso previo a la firma de los contratos. Estos contratos implicarían la incorporación de dos nuevas vacunas en el portfolio de las 6 anteriores, con el suministro de 100 millones de dosis con opción a ampliarlo a otras 100 de la vacuna de Novavax en el contexto europeo, en cuya fabricación participa directamente una compañía española, y 225 millones de dosis de Curevac cuando se apruebe.

Ayer mismo conocimos que la Comisión firmará además un contrato con Moderna por 150 millones de dosis con opción ampliable a otros 150 millones. Es

decir que a los 80 más 80 millones de dosis iniciales, se suman estas 150 millones más 150 millones; estos últimos 150 millones serán para 2022, porque la Comisión Europea está trabajando también a años vista.

Quiero volver a destacar que la Estrategia Europea es la que nos ha permitido tener una fuerza negociadora mayor y garantizar un acceso equitativo a todos los países. Y vamos a seguir en el marco europeo, que nos da seguridad, que nos ha permitido que tengamos este portfolio de vacunas y que estemos vacunando.

Incluso, Señorías, los nuevos contratos que se está negociando desde el Colegio de Comisarios de la UE incluyen la eficacia vacunal para las nuevas variantes. Muy importante, Señorías.

Mirando hacia futuro próximo, la perspectiva con la que trabajamos a nivel europeo es que, de cara al

segundo trimestre del año, a partir de abril, se incrementa sustancialmente el número de dosis.

Un dato. Nosotros hemos ido a todos los top-ups de los contratos con BioNTech/Pfizer (200 millones más 100) y ahora la Comisión ha vuelto a suscribir un nuevo contrato de 200 millones que, el pasado Consejo de Ministros de esta semana, hemos aprobado el acuerdo de autorización, para suscribirnos a este nuevo contrato de 200 millones porque hemos ido al top-up. Iremos a todos los top-ups porque creemos que es fundamental que este país tenga vacunas que podamos administrar a nuestros ciudadanos y ciudadanas, con las variantes que vayan surgiendo. Es un contrato, del que nos corresponden el 10%, y por tanto, serán 20,8 millones de dosis adicionales a los que teníamos del contrato inicial de 200 millones y el adicional de 100 millones.

La entrega de estas dosis se iniciará en abril. En abril ya tendremos vacunas de BioNTech/Pfizer de todos los contratos que hemos suscrito. Respecto al último contrato autorizado por el Consejo de Ministros significará el envío de 7,8 millones de dosis durante el segundo trimestre del año; otras 7,8 en el tercero y 5,2 en el último; esto referido

Esta cantidad se añade a la primera compra ya realizada en noviembre a estos mismos laboratorios de más de 30 millones de vacunas, por lo que en total España recibirá unos 52 millones de dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech, que servirán para inmunizar a cerca de 26 millones de personas.

Además, como he mencionado anteriormente, la expectativa es que se vayan autorizando otras vacunas empezando por la de Janssen y estimamos que la siguiente con toda la prudencia que la siguiente

pudiera ser Novavax, si el rolling review que está en la EMA llega a buen puerto.

Esto nos sitúa en otro escenario; que el segundo trimestre de este año va a suponer un nuevo escenario, que estamos trabajando con las comunidades autónomas. Los esfuerzos de esta ministra están focalizados 24 horas al día, los 7 días de la semana a la Estrategia de Vacunación; trabajando de la mano de las comunidades autónomas, porque tenemos que estar preparados para cuando llegue este incremento de vacunas, para poder hacer frente a la vacunación masiva de los ciudadanos de cada territorio e incrementar el ritmo.

Tengo total confianza en las capacidades de nuestro Sistema Nacional de Salud, en las comunidades autónomas. En la anterior campaña de la gripe vacunamos a 14 millones de personas en 8 semanas.



Me gustaría cerrar este apartado de vacuna indicando que los datos de seguimiento de los efectos adversos refuerzan la evidencia de la seguridad de las vacunas.

La AEMPS, acaba de publicar su segundo informe dentro del *Plan de vigilancia de la seguridad de las vacunas frente a la COVID-19* que ha elaborado la Agencia y les puedo señalar que en dicho informe se manifiesta que no se ha identificado ninguna reacción adversa hasta ahora desconocida que pueda ser motivo de preocupación.

De acuerdo este segundo *Informe de Farmacovigilancia sobre Vacunas COVID-19*, publicado el pasado 9 de febrero, del total de vacunas administradas hasta el 24 de enero, se han recibido 1.555 notificaciones de acontecimientos adversos.

Los acontecimientos más frecuentemente notificados siguen siendo los trastornos generales (fiebre, dolor en la zona de inyección), del sistema nervioso central

(cefalea, mareos) y del aparato digestivo (náuseas, diarrea).

Quiero recordarles también que la AEMPS seguirá informando periódicamente de los acontecimientos notificados y de cualquier nueva información relevante que pudiera surgir sobre la seguridad de las vacunas frente a la COVID-19.

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.

De hecho, la última encuesta de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, realizada entre el 4 y el 22 de enero, muestra que la

confianza en las vacunas se ha disparado en España con el inicio de la vacunación.

Cerca de 6 de cada 10 españoles se muestran completamente seguros de vacunarse contra la COVID-19 tan pronto como tuviesen acceso a la vacuna, frente a sólo el 20% que estaban así de convencidos en octubre. Es la quinta vez que la FECYT realiza esta pregunta por esta cuestión a los españoles y nunca hasta ahora un porcentaje tan elevado de personas con ganas de ponérsela.

Esta evolución tan favorable en el último mes sigue un patrón muy similar al observado en otros países de nuestro entorno.

Señorías, creo es una fortaleza para nuestro país disponer ya de tres vacunas, con tipologías diferentes,

categorías diferentes, que nos permiten diversificar a la población y que en las próximas semanas y meses estén autorizadas otras.

Gracias a la aprobación de esta tercera vacuna seremos capaces de inmunizar a más personas y a un ritmo más rápido al contar con más dosis totales.

Cuanta más población se vacune, antes se podrá controlar la pandemia. Y este sigue siendo el objetivo principal de esta ministra, del Gobierno del que formo parte, un objetivo compartido por todos: cerrar con éxito el proceso de vacunación, hasta alcanzar una inmunización colectiva que nos haga adquirir la resiliencia comunitaria y acabar con el virus.

Como hemos visto, Señorías, seguimos en la senda de lo planificado, en la Estrategia de vacunación, y preparándonos para implementar la segunda, con un nuevo escenario de incremento importante de la capacidad y del ritmo de vacunación.

Pero ello sólo será posible si todos trabajamos unidos y estamos alineados, con un único mensaje de confianza, desde la unidad de acción de las administraciones públicas, para alcanzar el principio esencial de salud pública, como es la solidaridad.

Porque nadie estará protegido hasta que todos lo estemos. No sólo en nuestro país, sino también a nivel mundial. De ahí también el Plan de Acceso Universal a las vacunas, aprobado también en el Consejo de Ministros.

No podemos olvidar que en una pandemia los destinos de los países están unidos y que el acceso mundial y rápido a la vacuna nos protege a todos.

Para terminar, me gustaría lanzar un mensaje importante: es cierto que cuanto antes disminuya la transmisión del virus, antes podremos relajar algunas medidas y volver a la normalidad tan ansiada. Pero no

podemos olvidar que seguimos teniendo transmisión muy alta, que el descenso de la curva está siendo lento y que existe el riesgo de mayor transmisibilidad ante las nuevas variantes.

Por ello, como recomienda la OMS, debemos ser prudentes en la relajación de aplicación de medidas poblacionales y, a nivel individual, mantener siempre activas las medidas de protección, las llamadas 6M.

El marco común del que nos hemos dotado todas las administraciones está funcionando, pero queda un recorrido importante hasta que consigamos bajar la incidencia a umbrales aceptables y mantenerlos bajos. Cuento con todos ustedes para lograr entre todos este objetivo común. Muchas gracias y quedo a su disposición