



## **TRANSCRIPCIÓ EN BRUT**

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

Sessió núm. 26 / CS / 11.12.2025

Doc. Q:\D18\R440Transcripcio\CS\26CS1\

Fitxer 26CS1

XV legislatura · quart període · sèrie C · número \*\*\*\*

### **Comissió de Salut**

Sessió 26, dijous 11 de desembre de 2025

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

Sessió 26 de la CS

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

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

[Assisteix] a aquesta sessió [assistents].

ORDRE DEL DIA DE LA CONVOCATÒRIA

1. Compareixença del secretari general de Salut davant la Comissió de Salut per a informar sobre el Pla integral de la política del medicament 2025-2027 (tram. 357-00804/15).
2. Compareixença de Josep Tabernero, director de l'Institut d'Oncologia de la Vall d'Hebron, davant la Comissió de Salut per a informar sobre la recerca en la lluita contra el càncer (tram. 357-00753/15).
3. Compareixença d'una representació de l'Associació Espanyola contra el Càncer davant la Comissió de Salut per a informar sobre els reptes i les prioritats per a abordar el tractament del càncer a Catalunya (tram. 357-00761/15).
4. Compareixença d'una representació de la Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia davant la Comissió de Salut per a presentar el projecte "El Pavelló de la Victòria" (tram. 357-00768/15).
5. Compareixença de Narcís Serrats, gerent de l'Associació de Familiars i Amics d'Infants Oncològics de Catalunya, davant la Comissió de Salut per a informar sobre la funció i els projectes de l'Associació (tram. 357-00576/15).
6. Compareixença d'una representació de l'empresa The Blue Box Biomedical Solutions davant la Comissió de Salut per a informar sobre el dispositiu mèdic en fase de desenvolupament que permet detectar el càncer de mama utilitzant una mostra d'orina (tram. 357-00585/15).

### **El president**

Molt bon dia. Si els hi sembla, iniciem aquesta sessió de la Comissió de Salut.

Abans que res, no sé si les senyores i els senyors portaveus ens han de comunicar alguna modificació de la composició del seu grup parlamentari. *(Sara Jaurrieta Guarner demana per parlar.)* Senyora Jaurrieta.

### **Sara Jaurrieta Guarner**

Sí. En el Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar, la diputada Rocio Garcia substituirà la diputada Sabrin Araibi.

### **El president**

Molt bé, magnífic. I després hem rebut una comunicació que ens obliga a modificar un aspecte de l'ordre del dia –és un tema menor. En concret, en el punt número 3, tenim prevista avui la compareixença d'una representació de l'Associació Espanyola Contra el Càncer, no? La mateixa associació ens ha explicat, ens ha fet arribar que la seva denominació exacta és Associació contra el Càncer a Catalunya. I, per tant, si els hi sembla, faríem aquesta modificació per, a efectes formals, poder mencionar, referir-nos a l'associació amb el nom que, efectivament, ara tenen, s'acord?

**Compareixença del secretari general de Salut per a informar sobre el Pla integral de la política del medicament 2025-2027**

357-00804/15

I, si els hi sembla, comencem amb el primer punt de l'ordre del dia i donem la benvinguda al secretari general del Departament de Salut, el senyor Narcís Pérez de Puig. I també l'acompanya, en aquest cas, la senyora Anna Clopés, directora de l'Àrea de Medicament del Servei Català de la Salut. El senyor Narcís Pérez de Puig compareix davant de la comissió per informar sobre el pla integral de la política del medicament 2025-2027. El senyor Puig tindrà mitja hora, crec, per intervenir, com a màxim. I, per tant, seva és la paraula, senyor Pérez. Endavant.

**El secretari general del Departament de Salut (Narcís Pérez de Puig)**

Molt bé; moltes gràcies, president. Senyors i senyores diputats, molt bon dia. La compareixença d'avui, com comentava el president, és per informar sobre el pla integral de la política del medicament, eh?, el Pipmed, com li diem, utilitzant habitualment acrònims, eh?, que és molt habitual en aquest sector de la salut, diguem-ne, l'ús i abús d'acrònims. I que és un pla estratègic, en definitiva, que ens situa en un horitzó del 2025 al 2027, eh? Per fer aquesta exposició avui m'acompanya, com també assenyalava el president, la doctora Anna Clopés. L'Anna Clopés és la farmacèutica i directora de l'Àrea del Medicament del Servei Català de la Salut i la persona que ha liderat l'equip que ha elaborat aquest pla integral de la política del medicament i, per tant, podrà complementar l'exposició i puntualitzar allò que considerin pertinent.



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

És una iniciativa del Departament de Salut que aborda una qüestió de primer ordre, en el sentit que la política del medicament aborda qüestions relacionades també amb la sostenibilitat del sistema, i, per tant, donada la rellevància d'aquesta planificació estratègica, va ser aprovada pel Govern el mes de juliol d'aquest any 2025. Però també –i d'aquí el títol d'aquesta presentació– consideràvem pertinent, atesa l'oportunitat, no?, de comparèixer, fer alguna explicació també de context i d'altres iniciatives rellevants que impulsa el Departament de Salut, no? Des d'un punt de vista organitzatiu, l'àmbit d'ordenació farmacèutica, liderat per la Direcció General d'Ordenació i Regulació Farmacèutica, i, de l'altra banda, l'àrea de prestació, o la part de prestació i d'ús del medicament, que seria la que..., eh?, seria l'àmbit d'actuació del pla integral de la política del medicament, en l'àmbit del Siscat. I és aquí on actua l'Àrea del Medicament del Servei Català de la Salut, i en particular l'equip de la doctora Clopés.

I entrant en algunes dades generals, de context, i que de ben segur que també coneixen, a Catalunya comptem amb 3.300 oficines de farmàcia, una ràtio de 2.427 habitants per farmàcia, i fins a cent sis farmàcies. En l'àmbit dels serveis de farmàcia hospitalària, fins a cent tres. De dipòsits de medicaments en hospitals, fins a cent tretze, o quatre serveis de farmàcia a l'atenció primària, eh? Per tant, aquestes dades engloben també dades de l'àmbit privat i dades de l'àmbit públic. Estem en l'àmbit, com deia, de l'ordenació, però configuren aquest mapa general d'ordenació farmacèutica.

I també, des de la vessant de la indústria farmacèutica a Catalunya, coneixen i són, vaja, molt coneixedors també, ben segur, de la implantació del sector industrial farmacèutic a Catalunya, amb els 179 laboratoris, dels quals un cinquanta-u per cent, noranta-tres fabricants, no?, representant aquest cinquanta per cent de la indústria amb implantació a l'Estat espanyol, a Catalunya, una indústria exportadora amb un impacte molt rellevant des del punt de vista de l'ocupació i també des del punt de vista de la producció estatal, amb aquest cinquanta-vuit per cent que prové de la indústria de Catalunya. I, per tant, aquestes són les dades de context que té en

compte el departament a l'hora d'abordar una planificació estratègica d'aquestes característiques en l'àmbit, com deia, de la prestació.

Si ens situem en l'àmbit de la despesa farmacèutica, en la despesa farmacèutica veuen aquesta tendència al creixement. A aquesta tendència al creixement, no?, la línia vermella doncs és l'acumulat, però es diferencia en dos àmbits: l'àmbit de les receptes i l'àmbit de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria. L'àmbit de receptes, amb aquesta oscil·lació, eh?, pròpia de les retallades de preu en el moment d'abordar la crisi financera els anys 10, 11, 12 i 13, però, després, com va, diguem-ne, remuntant. Però el que crida més l'atenció és aquest creixement sostingut i molt significatiu de la despesa de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria, que ja se situa en valors similars als de la despesa per receptes. I aquesta és la despesa que va més lligada doncs a la innovació farmacològica, amb l'accés de noves molècules. I, per tant, aquest és un aspecte molt rellevant. Aquesta previsió de tancament, aquesta dada del 25, és una previsió, no és un tancament real, com és lògic, però que ens situa als 3.787 milions d'euros. I tinguin en compte que aquesta xifra no incorpora ni la despesa en vacunes ni tampoc la despesa de la medicació intrahospitalària que és finançada amb el propi finançament dels processos assistencials i de l'alta, i, per tant, ja estem en valors superiors als 4.000 milions d'euros.

Pel que fa al desenvolupament normatiu, simplement ens ubiquem en un marc complex regulatori des del punt de vista de la Unió Europea, des del punt de vista de la legislació bàsica estatal, i entenem que correspon al Departament de Salut esgotar el marc competencial de Catalunya per poder desenvolupar i adaptar la política del medicament a la nostra realitat organitzativa, al nostre model territorial i a les necessitats del sistema de salut i també en els àmbits de la fabricació, de l'autorització i d'ordenació, eh? Per tant, aquesta és una tasca que s'està abordant en diferents àmbits.

En el pla normatiu del 2025 ja hi vam incorporar una referència en alguns decrets que han estat una realitat, com, per exemple, el dels sistemes personificat de dosificació, que és un projecte normatiu que es treballava des de l'anterior legislatura i se li ha donat continuïtat. Entenem que és una mesura doncs ben orientada en

aquest model que s'ha de centrar també en la bona ordenació territorial i la seguretat en el seguiment farmacoterapèutic. I també el decret que regula els comitès d'ètica amb medicaments, també provinent de l'anterior legislatura i que també se li ha donat continuïtat. I també iniciarem alguns projectes normatius rellevants, com és el decret que reguli la prestació en residències de més de cent llits, en el que també hi està treballant l'equip de la doctora Clopés i de la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Però molt singularment –molt singularment– el projecte de modificació de la llei

Fitxer 26CS2

d'ordenació farmacèutica de Catalunya, la llei actual, de l'any 1991, que recull aquests principis. Vam mantenir una reunió ara fa uns mesos amb alguns de vostès i vam poder comentar aquestes línies generals del projecte normatiu, o d'aquest nou treball normatiu que s'està fent des del departament. Aquests principis d'atenció integrada en l'atenció sanitària, de planificació territorial a partir d'àrees bàsiques i el model de capil·laritat, disponibilitat i accés, creiem que són principis vigents quan hem abordat, eh?, la planificació normativa, però també valorem que cal una actualització. I en aquest sentit es va aprovar la memòria preliminar. Aquí detallaríem quins són els àmbits de regulació, però crec que el més rellevant és assenyalar que ja es va aprovar la memòria preliminar d'aquest avantprojecte de llei. Això va ser el 6 de maig del 2025, l'acord de govern que va aprovar la memòria preliminar, i, posteriorment, els mesos de maig i juny, del 12 de maig al 17 de juny del 2025, s'ha portat a terme la consulta pública prèvia.

En aquesta consulta pública prèvia s'hi han rebut fins a trenta-cinc respostes, i per, diguem-ne, donar-los el context, és el projecte normatiu de la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària que ha rebut més respostes. I, fonamentalment –i aquí els hi fèiem un extracte doncs per al seu coneixement–, quins són els temes doncs que han aparegut més en aquestes respostes llençades a entitats i ciutadania, que doncs són aspectes que lliguen molt amb les qüestions que han generat doncs més treball, no?, en els darrers temps. Alguns que són, com l'aspecte de la farmàcia,

aspectes no previstos en el 91, per raons òbvies, i l'àmbit de la farmàcia rural, que doncs ja hem activat grups de treball, un d'ells sobre la farmàcia en l'àmbit rural, precisament per la garantia de la seva viabilitat i, per tant, per garantir l'equitat en el sistema de prestació farmacèutica, i li donarem també una línia de treball específica en aquest àmbit.

Per tant, des del punt de vista del pla normatiu, ens situem amb aquests projectes. Sí que és cert que hem treballat el decret dels SPD, dels sistemes personalitzats de dosificació, ja aprovat. També estem treballant en el decret..., i properament iniciarem la tramitació del decret d'autorització de centres i serveis sanitaris, un nou decret de simplificació administrativa singularment rellevant, que exclou els establiments sanitaris i, per tant, les oficines de farmàcia, però que afectarà tots els centres sanitaris amb serveis de farmàcia hospitalària i dipòsits de medicaments. I el projecte de decrets d'atenció a residències de més de cent llits, de caràcter prioritari. La resta de projectes normatius quedarà més supeditada també a la capacitat del departament de poder entomar, diguem-ne, aquesta agenda normativa doncs en paral·lel, i alhora també més supeditats a l'avenç dels treballs de l'avantprojecte de llei d'ordenació farmacèutica de Catalunya.

Per tant, les línies generals, és a dir, ens situem en aquesta... Volia informar-los, eh?, a banda de la qüestió estrictament del pla, d'aquesta qüestió vinculada al model territorial, la proximitat i també la seguretat, la seguretat com un element que serà continu en els projectes que emprendre el departament.

Entrant ja en el pla integral de la política del medicament, el Pipmed, simplement crec que el que és destacable és que estem davant d'un pla estratègic. Com tot pla estratègic, es fonamenta en un context i uns reptes a afrontar, una identificació d'aquests reptes. Sobre aquests reptes hi aplicarem uns valors i uns principis, no?, uns pilars fonamentals del nostre sistema. Sobre aquests farem un inventari de línies estratègiques i després un pla d'acció. Això és una metodologia pròpia d'un pla estratègic, i això ara és el que d'alguna manera desgranarem i especificarem en les properes..., bé, amb aquesta informació.

Els reptes principals. El valor social del medicament i la medicalització de la vida quotidiana i, per tant, posar en valor el medicament, però també aquest aspecte

doncs de l'ús racional del medicament. La incorporació de la innovació terapèutica sense posar en risc la sostenibilitat. Hem vist l'impacte molt rellevant que té la despesa farmacèutica per al conjunt de les finances del sistema de salut i de la Generalitat i, per tant, aquest és un aspecte rellevant, però que s'ha de conciliar respecte a les bondats i al valor social també de la innovació terapèutica. Els canvis demogràfics i l'increment de la cronicitat, la complexitat i la fragilitat, per l'impacte també en la polimediació, qüestió que també aborda el pla. La incorporació de la recerca i la innovació digital, eh? L'element digital com a oportunitat també per a aquesta millora en l'àmbit de la seguretat, com veurem. Demanda de la ciutadania i dels professionals; la veu de la ciutadania i dels professionals també és una constant en el pla. I l'alineament amb els objectius de desenvolupament sostenible, que creiem que és una línia de tancament lògica necessària per abordar qualsevol planificació estratègica i fonamentada en aquests valors i principis.

No m'hi estendré, també perquè em consta l'agenda que tenen avui vostès i, per tant, voldria cenyir-me al temps, però quan veuen aquests valors després comprendran quin ha estat l'abordatge metodològic de l'elaboració, és a dir, participació, molta participació professional, d'entitats, i evidència científica com a element legitimador del valor o d'aquesta orientació a l'atenció basada en el valor en l'àmbit del medicament, no? Després d'aquests pilars, els pilars centrats en la persona, qualitat i seguretat, recerca i innovació, eficiència i sostenibilitat. La continuïtat assistencial, eh?, que aquí doncs també hi ha reptes des del punt de vista de l'equitat, però també des del punt de vista tecnològic, les sinergies i les aliances estratègiques. I després aquesta clàusula de tancament, com dèiem, d'alineament estratègic.

Des del punt de vista metodològic, eh?, respon a aquests valors. Es van iniciar els treballs amb una revisió de literatura i, per tant, cercant aquesta legitimació a partir de l'evidència científica en l'abordatge i després l'escolta dels professionals. Hi ha hagut una escolta activa per diversos actors del sistema, però m'agradaria destacar la feina feta i la tasca realitzada per l'àrea del medicament amb el contacte amb professionals i l'enquesta dirigida a professionals i sessions deliberatives, que, a més a més, acabaran doncs complementant-se amb un procés participatiu també dirigit a la ciutadania doncs que en aquests moments s'està plantejant per portar-se a

terme properament. I, a partir d'aquí, consensuem aquest objectiu, aquest objectiu centrat en l'evidència, en l'eficàcia, la qualitat i la seguretat. Vetllar per la innovació i l'equitat i la sostenibilitat, amb una orientació als resultats en salut i amb una implicació dels professionals i de la ciutadania.

I, com els deia, eh?, és un pla estratègic i, per tant, com a pla estratègic, diguem-ne, reptes, valors i principis i després línies estratègiques, i d'aquestes línies estratègiques en sortirà el pla d'acció. Les línies estratègiques identificades, doncs comencem per la... Són cinc línies. Una primera d'impuls d'una política participativa del medicament, per tant, fomentar, eh?, aquesta cogeneració de les polítiques amb els professionals. La participació ciutadana crec que és un element important. També tenim altres aspectes rellevants vinculats a la política, com és la participació activa de pacients i de representants de pacients en el pla d'harmonització farmacoterapèutica o en la Comissió de Farmàcia Terapèutica, que crec que és un aspecte a posar en valor.

Una segona línia estratègica de presa de decisions amb coneixement. Per tant, reforçar aquest programa d'harmonització farmacoterapèutica i revisar els criteris d'avaluació dels medicaments.

I una tercera en l'àmbit de la gestió clínica del medicament que fomenti també aquesta responsabilitat dels professionals, que són, en definitiva, els que tenen el coneixement i la potestat, al final, per determinar la prescripció farmacològica.

El quart, amb el desenvolupament del model territorial, molt centrat doncs en la garantia de l'equitat i la qualitat en l'accés als medicaments. I fer un incís respecte a aquesta qüestió, els medicaments en situacions especials, eh?, que aquest és un aspecte que de vegades no queda prou reflectit, però crec que aquest és un aspecte a treballar quan estem parlant de l'accés a assajos clínics, no?, i quan estem parlant també de l'accés a usos compassius, que de vegades doncs aquí és on tenim fonts importants d'iniquitat per aquest accés anticipat a la innovació terapèutica. I, per tant, també hi hem posat accés des de l'àrea del medicament.

Bé, finalment, una avaluació, que crec que aquest és un aspecte també molt rellevant, l'avaluació respecte dels resultats, eh? Aquest serà també una constant en qualsevol de les polítiques vinculades al medicament.

Identificades aquestes cinc línies d'actuació, s'identifiquen tres modalitats d'eines d'implementació, i aquestes tres modalitats ens permeten articular un pla d'acció. Un pla d'acció que, en primer lloc, està alineat, i està alineat amb el pla de salut, i s'expressa gràficament, no? I consultant el document del Pipmed, que està publicat, podran veure el treball o la tasca que s'ha fet per poder establir un alineament estratègic amb el pla de salut 21-25 i també amb els objectius de desenvolupament sostenible, com comentava abans. Però al final se'ns presenten quaranta accions estratègiques en aquest període 25-27, que, a títol d'exemple, doncs n'hem seleccionat cinc exemples representatius per no entrar amb exhaustivitat amb quaranta, que ens semblava que no corresponia.

En l'àmbit de la presa de decisions amb coneixement, tenim com a objectiu la integració de la detecció precoç de noves opcions terapèutiques, el que anomenem *l'horizon scanning*. Per tant, abordar aquestes mesures que ens permetin ja anticipar què és el que vindrà, què és el que està, no?, pendent d'entrar en el *pipeline*, diguem-ne, de treball dels laboratoris farmacèutics i que, per tant, podem anticipar decisions estratègiques en aquest camp.

L'àmbit de la fragilitat i l'atenció a les patologies de complexitat i la cronicitat, per tant, des de la gestió clínica del medicament. Per tant, aquesta adequació terapèutica, aquest treball amb els professionals per harmonitzar i per millorar l'abordatge d'aquesta tipologia de pacients i de la seva medicació.

El model territorial. I aquí entrem en la qüestió de la integració social i sanitària, que saben doncs de la tasca que representarà la implementació i desenvolupament de l'Agència Integrada Social i Sanitària, que van aprovar vostès amb la llei de creació de l'agència molt recentment, i tindria una expressió en el desplegament del model de prestació en residències de gent gran, que, com dèiem, també té el seu reflex en l'àmbit de l'ordenació amb el decret per a residències de més de cent llits.

I el pla terapèutic únic. Aquest abordatge va molt lligat també al desenvolupament d'eines de tecnologies de la informació, eines informàtiques que ens ajudin a compartir informació, i un pla terapèutic únic que integri tota la informació del pacient i que no la tinguem segmentada i, per tant, seguretat i qualitat.

I després també un abordatge de la sostenibilitat des de la millora dels esforços per aconseguir polítiques o economies d'escala en la compra i en l'adquisició de medicaments. S'han fet esforços molt rellevants des de fa temps en aquest camp, tant des del punt de vista de la compra centralitzada, amb l'Institut Català de la Salut, com de les associacions de proveïdors, però creiem que és necessari fer un pas més en la cerca d'aquestes economies i, per tant, també serà una línia de treball específica dintre d'aquesta eina que dèiem del model de contractació.

Aquest és un exemple, simplement, de quaranta mesures que formen part d'aquest pla estratègic. És un pla estratègic, per tant, que tindrà un horitzó temporal, un horitzó temporal que inclou en el propi pla la previsió de la seva avaluació. I crec que, per tant, és molt important destacar que, de la mateixa manera que ara, que és encara recent la seva aprovació, doncs n'informem en aquesta sessió de la Comissió de Salut, tinguin present que hi haurà doncs prevista una avaluació que s'haurà de dur a terme durant el 2027 amb l'objectiu també de doncs veure quines han estat les principals dificultats, les barreres, les millores,

Fitxer 26CS3

i fer un retiment de comptes adequat sobre quin ha estat l'impacte, eh?, en valor a la ciutadania, i també des del punt de vista de que si hi ha algun impacte des del punt de vista econòmic, doncs també poder-ne fer un retiment de comptes adequat. Per tant, aquesta avaluació del model està incorporat en la pròpia definició del pla estratègic.

I l'exposició, diguem-ne, acabava aquí, amb la disponibilitat per respondre a qualsevol pregunta que poguessin tenir al respecte. I també, doncs si hi hagués alguna qüestió a puntualitzar, doncs la doctora Clopés els podria ampliar qualsevol informació respecte a algunes línies de treball doncs que no hagin pogut sortir reflectides en la meva exposició.

Moltes gràcies.

**El president**



Moltes gràcies, senyor Pérez de Puig, per la seva intervenció. Recordar-los que hem rebut les excuses de la portaveu del Grup Parlamentari Mixt i del portaveu del Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Defensem la Terra. I ara passaríem a la intervenció dels grups que varen sol·licitar aquesta compareixença, que en són cinc. Si els hi sembla, en aquesta ocasió, com que és una compareixença del Govern, en aquest bloc de compareixences dels grups faríem tancar al Grup Socialistes i Units per Avançar i, per tant, començaríem amb el Grup Parlamentari de Junts de Junts, d'acord? I té la paraula el seu portaveu, el senyor Fàbrega. Endavant.

### **Jordi Fàbrega i Sabaté**

Gràcies, president. Bon dia a tothom. Agrair doncs la compareixença i la presència del secretari general com de la directora del medicament, el senyor Narcís Pérez i la doctora Clopés, no?

Sí que vull començar... Suposo que ens passareu la presentació, però ja és la primera demanda que faig, perquè val la pena tindre-la. És molta informació i crec que és molt interessant doncs poder-ho tindre, eh? Jo crec que..., com a mínim des de Junts per Catalunya valorem molt positivament el Pipmed. Crec que s'ha fet una molt bona feina durant molt temps, perquè crec que això va començar el gener del 24 de manera formal; per tant, hi havia una feina prèvia també de pensar-ho i de tirar-ho endavant, i s'ha fet doncs realment amb aquest procés participatiu i amb el consens del sector. I un treball tècnic doncs important i, per tant, crec que val la pena, no?

Els reptes crec que els ha situat molt bé. Jo crec que un gran repte que tenim és aquest increment de la despesa farmacèutica, que realment doncs posa en risc doncs una mica tot el sistema sanitari i aquest estat de benestar que tenim, no?, i que és un bé tan preuat i que hem d'aconseguir preservar, no? I la veritat és que sí que veient aquesta gràfica..., que ja coneixíem, no?, però que quan ho veus clarament veus que la recepta a nivell de dispensació doncs de carrer tampoc s'ha incrementat tant, no?: hem passat d'aquest 1.200.000, més o menys, a 1.800.000 en els últims vint-i-cinc anys, que això podria anar lligat, òbviament, a aquest increment demogràfic que hem tingut. Però, realment, lo de l'MHDA és potser

insostenible fins i tot, eh?, per dir-ho d'aquesta manera, no?, passant dels 100, 100 i escaig milions el 2000, amb aquests gairebé 2.000 que tenim o que acabarem al... I, per tant, doncs ens situem amb aquests gairebé 4.000 milions. Per tant, jo crec que aquest és un dels grans reptes que no podem defugir i que crec que val la pena de mirar doncs aviam com podem afrontar, i el Pipmed va en aquesta línia, no?

Jo crec que un altre dels grans reptes, potser no tan lligat al Pipmed, però que també hi va lligat, i especialment a la nova llei o a l'actualització de la llei d'ordenació farmacèutica, és com podem encara integrar més la farmàcia comunitària com un agent de salut, no?, que ho tenim integrat, però crec que aquí se li pot donar molta més potencialitat, no?, en aquest sentit. I, de fet, és una de les demandes aquí, amb compareixences tant del sector, dels col·legis de farmacèutics, i de les demandes doncs ho hem fet, no?

De tot el que heu comentat, que és molt, jo en volia destacar el tema de l'equitat territorial. Jo crec que això és fonamental, no? I, de fet, a la consulta prèvia de la llei d'ordenació farmacèutica doncs s'ha vist, no?, que t'estiguin demanant..., o que les consultes siguin sobre la farmàcia rural, sobre el model de guàrdies... És complicat doncs veure com aconseguim disposar d'aquestes farmàcies que funcionin bé, que siguin pròximes al ciutadà en entorns rurals, on la viabilitat econòmica doncs és complexa. I com lliguem les guàrdies, que és un servei al ciutadà i que és fonamental que hi siguin, però també amb la viabilitat de les farmàcies. No és fàcil, eh?, no és fàcil, i, per tant, jo crec que aquest és un tema important. I també m'ha agradat molt doncs que tingueu present l'agència integrada, social i sanitària, també una mica per com podem vehicular tot això, no?

Per tant, en temes de proximitat, no?, per exemple, que potser no va tan lligat al Pipmed, però el tema dels cribratges, de la recollida dels cribratges, no a tot Catalunya es fa de la mateixa manera, i potser seria una manera també de potenciar més la farmàcia.

El tema de l'MHDA, no?, si ens plantegem si és viable o no és viable doncs poder donar MHDA, part de l'MHDA a nivell de farmàcia comunitària. Jo crec que això seria important per la proximitat, a veure com ho podem fer. I aquesta coordinació. Jo crec que hi ha una molt bona coordinació, o bastant bona coordinació –tot és millorable–

, entre primària i la farmàcia comunitària, a nivell especialment de recepta electrònica. Es pot millorar la comunicació, segur. Però a nivell de farmàcia especialitzada dels hospitals o de l'MHDA, això no..., crec que hi ha marge de millora, no? I en aquest sentit aviam com ho teniu previst. No sé si ara mateix a la recepta electrònica surt l'MHDA, a la recepta electrònica, perquè ho vegi també el pacient, el que està prenent. No sé si és una bona idea o no, però jo crec que seria important. M'agradaria també si poguéssiu explicar una mica més com seria aquesta prestació en residències, com ho teniu plantejat amb l'Agaiss, aquest canvi, no?

I després, un altre dels *gaps* que tenim és aquesta conciliació terapèutica quan hi ha una alta hospitalària. Jo crec que aquí també és un tema que no sé si ho teniu també treballat, no?, perquè ingressen a l'hospital, fan algun canvi, i a vegades això no és prou àgil perquè ho sàpiga el seu metge de capçalera i també el seu farmacèutic.

I l'altre tema que ens preocupa molt –i amb això ja intentaré acabar– és amb aquesta doncs..., com incorporem els medicaments innovadors a la pràctica clínica, no? Sabem que una vegada ho aprova l'FDA doncs després ho aprova l'EMA. Aquí ja tenim un any d'iniquitat respecte a Estats Units, però després, fins que ho incorpora l'Estat espanyol... Doncs segons els últims informes que tenim, són aquests 611 dies. Aviam com podem lligar això perquè arribi aquesta innovació al pacient que ho necessita, però al mateix temps amb la sostenibilitat econòmica que el sistema necessita, no?

Per tant, com a resum –acabo, president–, crec que és un bon pla. Crec que hi han aspectes doncs que s'han d'acabar de polir, i que aquesta monitorització doncs ho anirà tirant endavant. I doncs estendre la mà al Govern des de Junts per Catalunya per treballar plegats per fer-ho de la millor manera possible, perquè els reptes posen en risc el sistema, i això ens preocupa molt.

Moltes gràcies.

### **El president**

Moltes gràcies, senyor Fàbrega. Seguim. Ara serà el torn del Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana de Catalunya i té la paraula el seu portaveu, l'honorable senyor Fernández. Endavant.

**Juli Fernández Olivares**

Moltes gràcies, president. Secretari, moltes gràcies per la seva exposició, i gràcies, senyora Clopés, per acompanyar-nos. Segur que podrem compartir algunes reflexions. Intentaré anar per parts, diguéssim. Començaré per la LOF, la llei d'ordenació farmacèutica. Jo els faré preguntes, principalment, eh? Les reflexions estan bé, però ja tindrem espais per fer-les. Intentaré aprofitar la seva presència aquí per tenir informació, diguem-ne, que al final és la nostra feina.

A mi m'agradaria saber quin és el termini que té el Govern plantejat per aprovar el projecte de llei, és a dir, quan creuen que podran aprovar aquest projecte de llei i enviar-lo al Parlament. Creiem que és important poder-lo tenir doncs el més aviat possible. Evidentment, hi han els terminis administratius, però, quin és el seu horitzó que s'han plantejat? Quin és l'objectiu per fer-ho? Dins de la llei d'ordenació farmacèutica, tenen previst incrementar la integració de les oficines de farmàcia dins del Siscat o integrar-les directament? S'han plantejat aquesta possibilitat? Perquè suposo que, com ho hem compartit, algunes de les dificultats són de compartició de dades i, bé, en el seu moment es va optar per una fórmula, però potser aquesta situació seria fàcil de resoldre si formessin part del mateix sistema i no haguessin de treballar amb sistemes paral·lels. Però no sé quina és la posició del Govern en aquest sentit.

S'han plantejat aprofundir dins de la LOF en el rol professional dels i les farmacèutiques comunitàries? Ja que, com vostès ens ho explicaven, els tres mil punts d'atenció farmacèutica que tenim a través de les oficines de farmàcia del país moltes vegades són l'únic recurs sanitari que tenen alguns dels municipis. Tenen plantejada aquesta possibilitat d'aprofundir-hi dins de la LOF? I, en el cas de que sigui afirmativa la resposta, en quin sentit tenen previst aprofundir-hi?

D'altra banda, també, i per acabar amb la LOF, un dels reptes, segurament, que se'ns obren és l'atenció domiciliària i, per tant, també el paper del farmacèutic i la farmacèutica en aquesta atenció domiciliària farmacèutica en l'entorn de desplegament de l'agència integrada social i sanitària, per tant, en la LOSC, i també potser lligada en aquests rols dels i les farmacèutiques. Tenen previst apuntar en aquest sentit?

D'altra banda –i jo crec que ja tanco aquí amb la LOF i passo al Pipmed–, ens parlaven, no?, de la part del procés participatiu professional. Segurament compartirem –si no és així, m'ho poden dir explícitament i, per tant, la resta de la frase no haurà servit– que els i les farmacèutiques són una peça important o principal d'aquest pla, diguéssim, en el seu desplegament, tant els que treballen en serveis hospitalaris com els que treballen a la primària, que són pocs, com els que treballen a les oficines de farmàcia. Han valorat o pensat si és possible que, a més a més d'haver participat, com altres entitats, en el procés participatiu, puguin participar en el procés de governança? Evidentment, entenc que la governança és del Govern, però en àmbits acompanyant la governança per tal de poder desplegar el pla a través dels consells de col·legis, per exemple, farmacèutics.

D'altra banda, hem vist que el canvi en els medicaments, el canvi principal és que en els darrers deu anys s'ha doblat l'MHDA malgrat les baixades de preus, que no depenen de nosaltres, no?, les baixades de preus que fa el ministeri dels medicaments. La tendència del mercat és, en aquests deu anys, doblar l'MHDA i incrementar en 1.500 milions d'euros la facturació des de 2015. Per tant, tenen prevista alguna actuació concreta de cara als MHDA? I quina és aquesta actuació concreta, quina, i quin és el rol dels i les farmacèutiques que poden tenir aquí?

Acabo, president, perquè m'estic passant, però saben tots i totes que soc farmacèutic i que m'interessa especialment la part de l'economia del medicament, tot i que no és una excusa. Però acabo amb aquesta última pregunta. En el primer [#13.01] ens apuntaven cap a la línia estratègica en residències; també m'agradaria saber si tenen alguna línia prevista encara més específica en el cas de les residències amb persones amb discapacitat, a on la polimediació és una situació doncs complexa. I, per tant, quina és la seva línia en aquest sentit.

Disculpin si he fet moltes preguntes, però és que volia aprofitar, i segur que tindrem l'oportunitat de compartir altres moments. Tota la disposició a treballar en positiu, eh?

Moltes gràcies.

**El president**

Moltes gràcies, honorable Senyor. Ara serà el torn del Grup Parlamentari del Partit Popular de Catalunya i té la paraula el seu portaveu, el senyor Manchón. Endavant.

**Hugo Manchón García**

Gracias, presidente, y gracias, señor Narcís Pérez, por la comparecencia. No me repetiré, ya que me sumo a las preguntas que se han planteado. Esto de ser el tercer grupo ya cuesta más porque ya se han ido, ¿no?, poniendo sobre la mesa cuestiones importantes como lo del tema de la equidad territorial o la implicación de las farmacias, ¿no?, y la integración, y también el papel de las propias farmacias en el mundo rural. Y también un tema que preocupa mucho son los medicamentos que ya están aprobados por la Agencia Europea del Medicamento, que tienen que incluirse en la cartera de servicios y también financiarlos, con lo cual esas preguntas que se han podido plantear..., me sumo a ellas y espero la respuesta.

Y sobre la presentación, sí es verdad que la industria farmacéutica catalana es puntera, es referente no solo a nivel español, sino en toda Europa, pero para que siga siendo así tenemos que apostar y apoyar el trabajo que realizan. Como bien hemos aprendido en la pandemia, debemos apostar por la producción de medicamentos y material sanitario *made in Europe* para no tener tanta dependencia de terceros países, como ha ocurrido en el caso de la pandemia, por ejemplo, con la producción de material sanitario con China, y conseguir la autonomía estratégica

Fitxer 26CS4

e industrial, pero no solo para el sector, sino también para los propios pacientes europeos y, por tanto, los españoles –somos nosotros–, que son al final los que se benefician de esta apuesta, de lo que es la autonomía estratégica en esta materia.

Y también quiero poner en valor que esta madrugada se ha logrado un acuerdo provisional entre el Parlamento Europeo y el Consejo sobre la reforma farmacéutica europea, que forma parte de la propia estrategia farmacéutica europea. ¿Y quién ha liderado esta reforma del mercado farmacéutico europeo, que es la mayor lograda en dos décadas? Pues una catalana. ¿Y de qué partido? Del Partido Popular: Dolors

Montserrat, ponente de la directiva por parte del Parlamento Europeo. Porque aquí, muchos que solo piensan en que el catalán sea oficial en Europa, pero hay otros que trabajan para defender lo mejor para los pacientes de Cataluña, de toda España, en Europa.

Sí que la estrategia, la reforma, contempla avances importantes, y me gustaría saber la valoración del Govern, la que se acaba de acordar este paquete de medidas, porque al final nos afecta. Hablamos de una propuesta que revisa los medicamentos huérfanos con el fin de orientar mejor las recompensas regulatorias hacia aquellas patologías con mayor impacto no atendido. También hablamos de un sistema de incentivos más dinámico. Y otra de las piezas centrales de la iniciativa es combatir las resistencias antimicrobianas que, como ya sabemos, es una de las principales preocupaciones del Parlamento Europeo y de las mayores amenazas a la salud pública. El capítulo de información, ¿no?, del paciente también se actualiza para adaptarse a la realidad digital y contempla medidas como facilitar la disponibilidad de prospectos en formato electrónico para la información de los pacientes. Y me gustaría saber la valoración que pueda hacer de esto y cómo se..., a la hora de ejecutarlo, ¿no?, porque son normativas que después tienen que ejecutarse a nivel de los países y también de la industria. Al final es una medida que hace que los europeos tengan más acceso y mejores tratamientos y que la Unión Europea tenga un sistema farmacéutico más robusto y protegido.

Con lo cual, yo le agradezco la intervención. Y todas las preguntas que se han planteado anteriormente me sumo a ellas.

Muchísimas gracias.

#### **El vicepresidente**

Moltes gràcies, diputat Manchón. I ara continuem amb els grups parlamentaris que han donat suport al..., proposants de la compareixença. I ara és el torn de paraula del Grup Parlamentari de Comuns. Té la paraula el seu portaveu, el diputat David Cid.

#### **David Cid Colomer**

Sí; jo, breument, perquè molts dels comentaris ja s'han fet. També una mica, no?, li volíem preguntar per calendaris de la llei d'ordenació farmacèutica. I jo crec que és necessària, sobretot en els termes en què es plantejava, també, d'equitat territorial. Jo crec que ens trobem amb situacions diferents i complexes arreu del territori. De fet, bé, ho sap també en aquest cas el secretari. És a dir, tenim situacions en què molts municipis no tenen accés a l'oficina de farmàcia, no?, en determinades franges horàries perquè no tenen, en aquest cas, un centre d'atenció primària que estigui obert, per exemple, amb urgències els caps de setmana o a les nits. De fet, és una de les grans reivindicacions històriques quan es planteja moltes vegades la necessitat de reobrir aquests centres d'atenció primària. Moltes vegades es fa servir com a argument aquesta necessitat de disposar de, com a mínim, una oficina de farmàcia, però també ens trobem situacions inverses, al meu entendre, fora del marc legal, però passen, eh? Per exemple, a Almacelles –ho sap també el departament– tenim tres oficines de farmàcia en un centre que té 24/7 centre d'atenció primària, i les tres oficines de farmàcia han decidit que no obren. I, per tant...

Bé, jo crec que aquesta llei com a mínim ha de definir el terreny de joc, perquè no pot ser una cosa i la contrària. És a dir, si no pot ser que hi hagi oficines de farmàcia fins i tot avalades pel Col·legi de Farmacèutics que no vulguin obrir quan teòricament haurien d'obrir i, en canvi, s'utilitzi l'argument de que no han d'obrir perquè no necessàriament, en aquest cas, hi ha un centre d'atenció primària que està obert, no? Això, evidentment, té un impacte molt més rellevant, o jo diria, sobretot, central, en l'àmbit rural, no?, fora de l'àmbit metropolità, on, evidentment, els desplaçaments moltes vegades només es poden fer amb vehicle privat i, a més a més, amb iniquitats, per exemple, sobretot en municipis que estan molt envellits i que moltes vegades doncs fins i tot hi ha persones que o no poden conduir o no tenen accés a vehicle privat, no?

I el segon tema, clar, és un dels grans temes, no?, de la despesa en aquest cas sanitària, que és la despesa farmacèutica. Bé, jo crec que la tendència és clara, però no sé com ho vol abordar el departament; o sigui, ens ho ha dibuixat, però tampoc no m'ha quedat massa clar. No sé si vol insistir en les línies d'actuació. Ho dic perquè no sé si fins al..., no?, en el fons és morir d'èxit, no? La pròpia consellera ho ha explicat moltes vegades, és a dir, la innovació científica que es produeix en un any



és..., o sigui, si la comparem amb el que passava fa vint o trenta anys, avança molt més ràpid. Llavors, bé, cada medicament que entra a la cartera de serveis, òbviament, és una esperança molt important per a moltes famílies, sobretot amb malalties que fins ara, per exemple, no tenen tractament. Però, evidentment, clar, això dispara, no?, en aquest cas, per exemple, sobretot els tipus de medicaments, i especialment els que es feia referència als MHDA, que, bé, evidentment, són claus moltes vegades en molts tractaments, no només els oncològics. Per tant, clar, és difícil abordar aquest tema, perquè a nosaltres també ens passa. És a dir, jo crec que tampoc no dec ser l'únic, dels grups parlamentaris, que moltes vegades les entitats, evidentment, que treballen, no?, amb malalties concretes, bé, el que ens demanen és que pressionem perquè aquests medicaments entrin a la cartera de serveis.

I també ho dic –en aquest cas també crec que és un tema complicat de dir–: moltes vegades, amb unes millores, jo diria, per ser prudent, bé, sí, que milloren, però molt lleugerament, no?, en aquest cas, la situació dels pacients. El que clar que, evidentment, per a aquestes mateixes famílies qualsevol petita millora és una porta a l'esperança. I a vegades, per exemple –penso en el cas de l'Alzheimer–, per primera vegada doncs medicaments que poden contenir no només els símptomes sinó la malaltia, no? Per tant, jo entenc..., no?, ens dibuixa la corba; la corba, clarament, és molt clara, però no sé de quina manera es vol abordar. I probablement és d'aquelles qüestions que sí que crec..., últimament això no està gaire de moda, però sí que potser requeririen un gran pacte de país. Ho dic perquè, bé, són temes especialment sensibles que crec que és molt difícil abordar-los si els convertim moltes vegades en un tema polític, eh? Perquè, evidentment, a tots ens passa, tots tenim amics, familiars que pateixen aquest tipus de malalties. I insisteixo en el que dèiem, que és evident que qualsevol millora pot generar un canvi brutal, o ja sigui en l'esperança de vida o en la qualitat de vida.

Per tant, bé, insistir en com vol abordar el departament el que crec que en el fons no deixa de ser una història d'èxit de la recerca, de la recerca científica a escala segurament europea, també catalana, i també, evidentment, de la nostra sanitat, de la sanitat pública.

### **El vicepresident**

Moltes gràcies, diputat Cid. Ara, per terminar els grups parlamentaris proposants, té la paraula el grup que dona suport al Govern, el Grup dels Socialistes i Units per Avançar. Té la paraula la seva portaveu, la diputada Sara Jaurrieta.

### **Sara Jaurrieta Guarner**

Moltes gràcies, vicepresident. Bé, en primer lloc doncs vull agrair la compareixença que ha fet el secretari general del Departament de Salut, l'exposició i compareixença que ha fet, per entrar també al detall del pla integral de política del medicament a Catalunya 2025-2027. Crec que ha fet una aproximació doncs molt exhaustiva i molt de conjunt del seu contingut. Celebro que la participació doncs en l'elaboració d'aquest pla hagi estat feta també amb els professionals –són també qui recepten i, per tant, els coneixedors del dia a dia d'aquests medicaments– i també amb la ciutadania, que són qui reben i que, per tant, doncs que hagin estat també partícips d'aquest pla. Important també el paper de la indústria farmacèutica. Recordem que és el primer..., dels principals motors d'innovació en el nostre país. És el sector que més inverteix en recerca a Espanya i a Catalunya. Els assajos clínics són un orgull, no?, de país, en el qual doncs som el cinquè país a Europa i el vuitè a nivell mundial. Jo crec que val la pena doncs treure orgull de la quantitat d'assajos clínics que es fan avui dia a Catalunya.

Coincideixo amb les intervencions que m'han precedit sobre la preocupació d'aquest creixement de la despesa en els darrers vint-i-cinc anys. Aquesta gràfica que ens ha mostrat la veritat que especialment doncs ve donada per la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria, doncs que és qui aglutina aquesta innovació, no?, i, per tant, destacar aquesta preocupació. El nostre grup vam interpel·lar la consellera deu fer sis mesos, abans de l'estiu, per la política del medicament, i la consellera ens deia això, no?, que la despesa en medicaments a Catalunya són 10 milions diaris. Per tant, això ens ha de fer consciència de que estem parlant d'una xifra molt important. Coincideixo amb que la llei d'ordenació farmacèutica ens ha de poder permetre revisar-la quan entri aquí al Parlament. Després de trenta anys, actualitzar-la doncs té tot el sentit.

A mi m'agradaria remarcar quatre punts que han de condicionar i que veig que surten reflectits; són els reptes que tenim en l'actualitat: un és el tema demogràfic; dos, la recerca i la innovació; tres, la sostenibilitat, i quatre, l'equitat social.

En el camp demogràfic, tant pel que fa a l'esperança de vida, que va creixent, amb l'envelliment de la població, que aporta la cronicitat i la fragilitat de la població, que això és un element absolutament determinant, com a l'augment de la població, no?, de 6 milions a 8 milions, doncs tot l'impacte que té també en la despesa farmacèutica.

La qüestió de la recerca i la innovació. Aquí la ciència i l'evidència científica són importantíssimes. Per millorar els resultats en salut és molt important avaluar. Feia referència vostè a una de les accions i, per tant, tot el reconeixement de la importància de la ciència i d'aquesta avaluació per poder anar avançant en què funciona, què és cost efectiu i què no.

També, en el tercer apartat, la sostenibilitat del sistema, un sistema que ha de poder perdurar amb el pas del temps. I aquí hi han dos àmbits: un, el de la sostenibilitat econòmica, que vostè hi feia referència amb el creixement de la despesa, i el segon, també amb la qüestió ambiental, no?, sostenible, amb el canvi climàtic i, per tant, tenir en compte tots aquests elements del nostre entorn. És important la millora en l'eficiència clínica per tot el seu abordatge, en la prevenció també. Recordem que les vacunes són els majors èxits de la medicina preventiva en el nostre país, eh? Clar i català: les vacunes, el major èxit. Clar i català, aquí a Catalunya, a Espanya i a Europa, senyor Manchón.

I important també: ús racional dels medicaments, no? La resistència als antibiòtics cal abordar-la. Recordem que el bon ús del medicament redueix hospitalitzacions i redueix també doncs les urgències.

I, per últim, l'equitat social. És molt important l'accés just als medicaments, un accés universal, que redueixi les desigualtats socials. Aquí doncs important equilibrar l'atenció sanitària. I també celebri que hagi citat l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària, que té un paper molt important en aquesta actuació també, la tindrà. I també el món rural, el món urbà, les zones més desenvolupades, menys, l'important

equilibri d'atenció sanitària i també dels col·lectius més vulnerables. Per tant, que tot arribi també doncs als col·lectius més vulnerables, que més ho necessiten.

I acabaré amb una frase, amb satisfacció de veure que aquest pla doncs aborda i compleix aquesta frase que va dir la Gro Harlem Brundtland, que va ser directora general de l'Organització Mundial de la Salut, que diu: «Un medicament no té valor si no és a l'abast de qui ho necessita.» Molt bé.

Moltes gràcies.

### **El president**

Moltes gràcies, senyora Jaurieta. Tancat el torn dels grups que varen sol·licitar la compareixença, ens quedaria només el Grup Parlamentari de VOX en Catalunya per fer la seva intervenció, i té la paraula la seva portaveu, la senyora García Fuster. Endavant.

### **María Elisa García Fuster**

Gracias, señor presidente. Bien, gracias, señor Pérez, por la ponencia. Si entramos en la web del Govern, podemos encontrar esta noticia: «El Govern aprueba el Pipmed 2025-2027, un plan con cuarenta acciones para un uso racional y equitativo de los medicamentos.» Y suena muy bien, y usted ha hablado ya de todas las mieles de este plan, pero la verdad es que a VOX le genera ciertas dudas y ve determinados problemas.

El principal problema con el que nos encontramos es que el presupuesto asignado no sea suficiente para cubrir el coste creciente de los medicamentos más innovadores, por ejemplo, terapias genéticas u oncológicas, generando listas de espera o exclusión. Y, claro, señor Pérez, su gobierno no tiene presupuestos ni parece que vaya a tenerlos, por el camino que va el socialista Illa. Así que no hay presupuesto asignado.

El segundo problema con el que nos encontramos es que el gasto farmacéutico es alto, muy alto, y no será sostenible económicamente si no se llevan a cabo reformas estructurales y políticas, como, por ejemplo, dejar de otorgar una tarjeta sanitaria a todo inmigrante ilegal que entra en nuestro país dando una patada

Fitxer 26CS5

en la puerta y que consume altas dosis de farmacia. O eso o se presentan los socialistas unos presupuestos con un incremento significativo en sanidad y en farmacia, incremento que saldrá del bolsillo de los catalanes con nuevos impuestos.

El tercer problema son las políticas intervencionistas que proponen. Ustedes saben que estas políticas de control de precios y gastos acabarán por desincentivar la investigación farmacéutica, que, como usted bien sabe, realizan casi en exclusiva los grandes laboratorios farmacéuticos, porque resulta que el Gobierno socialista invierte en tercero y nada en investigación.

Cuarto problema, el exceso de burocracia a la que los socialistas también nos tienen acostumbrados, burocracia que implica decenas de pasos, y por cada uno se debe pasar siempre por caja, y que además implicaría que se ralentizase la llegada de nuevos fármacos a los pacientes, porque estos procesos la verdad es que son muy complejos, y usted lo sabe.

Y el problema es saber cómo van a medir el éxito del plan. Porque, verá, a un médico, más allá del ahorro –y se lo digo como médico, que esto es fácilmente medible–, lo que le puede preocupar es cómo se va a medir la mejora de resultados clínicos, no solamente el ahorro, y esto es bastante más complicado de medir.

El sexto problema es que este plan requiere mucha colaboración tanto de los pacientes como de los profesionales. Ejemplo: ¿volverán a chantajear mediante la retribución económica de la dirección por objetivos para que los médicos receten lo que ustedes consideren obvio o consideren que se tiene que recetar obviando el criterio médico, como ya está pasando?

Resumen: que en VOX pensamos que se debería empezar por ahorrar en los millones de euros que el Partido Socialista gasta, por ejemplo, en proyectos de acción exterior, como empoderar a lesbianas, gays, trans, LGTBI en Gambia, o implantar la verdad y la memoria histórica en Guatemala, o en los millones y millones de euros que gastan en fomentar y mantener la inmigración ilegal en Cataluña. Nos preocupa que de este ahorro que ustedes proponen aquí vayan a salir perjudicados

los ciudadanos y los profesionales. Y, normalmente, la verdad es que a los recortes que el Partido Socialista, y las expansiones, que nos tienen acostumbrados son precisamente los profesionales, y, si no, mire cómo están ahora en pie de guerra los pacientes, los que salen normalmente perjudicados.

Gracias.

### **El president**

Gràcies, senyora García Fuster. Tancat el torn dels grups parlamentaris, serà el torn del senyor Pérez de Puig per tal de contestar les preguntes que li han plantejat les senyores i els senyors diputats. Endavant.

### **El secretari general del Departament de Salut (Narcís Pérez de Puig)**

Molt bé, moltes gràcies. Moltes qüestions derivades doncs d'aquesta matèria, que és lògic que susciti molt d'interès, i en alguns casos doncs un interès professional que ens genera una asimetria, diguem-ne, d'informació doncs que la reconec, eh?, per altra banda. Només deixin-me assenyalar algunes qüestions i, en tot cas, també li donaria la paraula a la doctora Clopés, que segur que tindrà una informació doncs més concreta i de més interès per a tots vostès, no?

Amb relació a qüestions més concretes, com la presentació d'avui, i no només la presentació d'avui, sinó la mà estesa, la mà estesa per poder entrar amb més profunditat en les qüestions que corresponguin. I, per tant, des d'aquest punt de vista, aquesta compareixença pot ser també el detonant d'altres trobades en el marc del desenvolupament d'aquests projectes normatius, eh?, i singularment de la llei d'ordenació farmacèutica de Catalunya.

Han preguntat pel calendari. L'avantprojecte de llei s'incorpora en el pla normatiu del 2026. Estem engegant els grups de treball, i per això, des d'aquest punt de vista, jo seré caut, des del punt de vista dels continguts del que pot ser aquest avantprojecte. I seré caut principalment, diguem-ne, per una qüestió de que és un tema d'una gran complexitat tècnica i que cal que es treballi també des d'aquesta orientació. Tenint en compte aquests principis fonamentals que els hi deia, des del Departament de Salut treballarem perquè quedin garantits i millorats. Doncs serem cauts perquè implicarem en aquest treball els col·legis professionals, i, per tant, també aquesta

participació dels col·lectius professionals estarà doncs molt intensament relacionada amb els treballs de l'equip del departament quan s'estigui desenvolupant l'avantprojecte. Tot i això, nosaltres treballarem perquè l'any 2026 aquest avantprojecte estigui molt avançat i pugui arribar a presentar-se com a projecte, però ja entrant al darrer trimestre del 2026, eh? Aquest seria el nostre objectiu, però sabem de la complexitat dels actors que han de treballar en aquest avantprojecte i també la necessitat, doncs com també s'ha comentat, no?, de convertir-lo en una política d'ampli consens.

Perquè el que he percebut és que hi ha un diagnòstic compartit en molts àmbits sobre el caràcter estratègic i també el gran repte per a la sostenibilitat que representa l'àmbit del medicament. Per tant, en aquest sentit, els aspectes d'equitat territorial i el reforç del paper de l'oficina de farmàcia i del farmacèutic es treballaran en aquests grups de treball i s'abordaran. Però deixin-me també que sigui caut respecte de posicionaments que no em pertocaria avançar d'una manera irresponsable en aquest moment, però que ja han vist que forma part de les nostres línies de treball.

Respecte al model de residències, li cediré la paraula seguidament a la doctora Clopés, que els hi pugui donar una informació una mica més detallada de l'orientació. Però, en aquest sentit, crec que la vinculació amb els serveis de farmàcia hospitalària i el desenvolupament també de l'atenció farmacèutica a l'atenció primària és entorn del que gira aquesta iniciativa de model.

S'ha comentat la qüestió de la integració del Siscat, eh? Ho ha comentat el senyor Fernández en aquest sentit, no?, i una bateria de preguntes, com l'hi deia, ben dirigides. Jo diria que no hi ha una solució única a aquesta qüestió i que crec que estem engegant un projecte estratègic, i no l'estem engegant el departament en aquest moment; l'equip del conseller Balcells ja va posar, eh?, les primeres pedres, però que no són pedres, per a aquest pla estratègic digital, en aquest sentit, el pla director de sistemes d'informació. Volem avançar en aquesta visió transversal, i compartir informació, eh?, i també que hi hagi robustesa tecnològica i jurídica per compartir informació és un aspecte d'integració que no passa per uns canvis, diguem-ne, jurídics del model d'integració en el Siscat que podrien veure resolts també per aquesta via. Per tant, no hi ha una solució única; totes es treballen, però,

diguem-ne, mantenim també aquestes línies de treball en el moment incipient en el que es troben.

Per tant, abordar la qüestió també de l'atenció domiciliària. Aquest és un tema, certament, que preocupa, perquè hi ha un abordatge que ja l'hem tingut en el decret de l'SPD, dels sistemes personalitzats de dosificació, i és que considerem que s'ha de mantenir una ordenació territorial –aquest és el criteri–, i una ordenació territorial que el que faci és que garanteixi que un ciutadà, una ciutadana pugui tenir un seguiment farmacoterapèutic per part d'un farmacèutic a l'oficina de farmàcia de la seva confiança, eh? I això s'aconsegueix si establim un model d'ordenació territorial. Models, diguem-ne, que afavoreixin doncs una concentració i que no hi hagi aquesta capil·laritat territorial, que no hi hagi aquesta viabilitat en el territori, doncs empobririen, des del punt de vista dels treballs del departament, i el meu també, particular, doncs aquesta riquesa que tenim en aquests moments i que hem de preservar.

Llavors, ràpidament, altres qüestions que han aparegut. Evidentment, respecte de la reforma que s'ha impulsat a nivell doncs de la Unió Europea, en aquests moments no estic en condicions de fer-li una valoració al respecte, però sí que li avanço que doncs treballem per un alineament de totes les polítiques, que remin en la direcció doncs que estem treballant, i, per tant, l'alineament segur que l'anirem cercant. Però, vaja, des del punt de vista dels temes que s'han identificat, jo crec que la qüestió de la sostenibilitat i també la qüestió de l'equitat territorial... Ho ha comentat el senyor Cid quan parlava de la necessitat d'abordar un sistema pel que fa al finançament i a les guàrdies, que sí que està orientat a aquest model d'àrea bàsica, per municipi, a aquesta proximitat a quinze minuts. No tots els territoris i totes les comarques i totes les àrees bàsiques, per tant, són iguals, i hem d'analitzar doncs si el model actual no ens està generant algunes iniquitats. I crec que en alguns casos, d'acord amb la llei actual, diguem-ne, i amb la normativa actual, el decret actual, del 96, doncs ens trobem amb algunes iniquitats que podem resoldre també tenint en compte la viabilitat de les farmàcies en entorns rurals.

I el repte de la sostenibilitat, que deien... Hem presentat unes dades que realment no tenia com a intenció que fossin alarmistes, perquè entenc que les coneixen, i sé



que les coneixen. Sí que és cert que, des del punt de vista del Departament de Salut i les competències de la Generalitat, hi ha un àmbit de competència, que és el d'autorització, de comercialització, un àmbit de preu, finançament, i un àmbit que és sobre l'ús racional. I és aquí on centrem el nostre àmbit d'actuació, principalment perquè és on desenvolupem les competències des del punt de vista de l'àmbit competencial del Departament de Salut, a banda de les qüestions d'inspecció, control de fabricació, etcètera. I volem centrar-ho en el valor.

Diuen: «Què faran?» Hem d'orientar els incentius perquè els professionals... Ho comentava la senyora García: són els professionals els que tenen el coneixement i la potestat de prescriure, certament. Però hem d'orientar els incentius, hem de reduir variabilitat en la pràctica clínica, hem de reduir la polimediació evitable, eh?, integrant els sistemes d'informació, i sobretot hem d'orientar el sistema perquè aquests incentius vagin lligats a l'aportació de valor del medicament. Això és el que s'està treballant, crec, molt intensament en el programa d'harmonització. El programa d'harmonització és un programa que crec que és un actiu a preservar —és un actiu a preservar—, i crec que aquesta és una qüestió que no és *baladí* des del punt de vista de l'accés de la innovació.

I també hem de posar en valor el paper que juga el sector de la salut en l'àmbit de la recerca, que també genera aquesta forta tensió, no?, perquè hi ha una part important d'aquesta col·laboració..., deia, no?, suport en el sector farmacèutic. No hi ha més suport al sector farmacèutic que la important tasca investigadora que s'està fent des del sistema de salut, des del sistema de recerca de Catalunya i també dels pacients, que són les persones, els ciutadans i les ciutadanes que, voluntàriament i de manera generosa, es presten a participar en assajos clínics que al final reverteixen doncs en aquestes innovacions terapèutiques, en el descobriment i posada, diguem-ne, en circulació de noves molècules.

Per tant, hem fet aquesta reflexió general, que espero que hagi respost algunes de les preguntes que han formulat. També li voldria donar la paraula a l'Anna Clopés, si el president ens ho permet per raó de temps, per parlar de la qüestió del model d'atenció de residències i alguna altra qüestió que pogués comentar.

**La directora de l'Àrea del Medicament del Servei Català de la Salut** (Anna Clopés Estela)

Moltes gràcies. Moltes gràcies per poder estar aquí presentant aquest..., no?, conjuntament amb el secretari general. I voldria jo donar, si de cas, dos apunts de dos temes que crec que s'han tractat transversalment per part de vostès.

Per un costat, estava el tema del model en residències. Lo que d'alguna manera pretenem és anar paral·lel al desenvolupament que s'està fent en tot lo que és la integració sanitària i social, i que ara s'ha posat, no?, ja encara més de manifest amb l'aprovació de l'agència. I, en aquest cas, lo que volem realment és que aquesta coordinació es porti en l'àmbit de la prestació farmacèutica, de l'atenció farmacèutica a residències, a totes les residències –algú ho ha preguntat. No estem parlant només de gent gran; quan en parlem és de residències per a la globalitat d'usuaris de residències de tots els tipus, d'acord?

Llavors, aquí, evidentment, al model de residències, la part de prestació farmacèutica, lo que volem és fer una actualització de la situació, tant en lo que és el procés de dispensació i de custòdia com el de gestió del coneixement, considerant que en aquests mateixos moments, evidentment, tenim usuaris amb un nombre molt elevat de medicaments, i cada vegada més complexos també, i productes sanitaris, que també s'hi inclouen, i tot lo que seria, evidentment, com sempre, l'objectiu d'optimitzar la salut dels nostres pacients.

Per això estem treballant en tres línies. Una ja s'ha comentat, que és la norma, la normativa, el decret. Però, paral·lelament a aquest, estem treballant el propi model per tenir clars i coordinats i molt participats els actors diferents que intervenen en aquest procés, que són, com no pot ser d'una altra manera, les residències, els serveis de farmàcia que donaran suport a aquesta prestació, que en el cas de..., també, evidentment, l'oficina de farmàcia en la part que pertoca i els equips d'atenció primària, no els oblidem, són molt importants en l'atenció sanitària que es presta a les

Fitxer 26CS6

residències. Conseqüentment, és la coordinació d'aquests tres grups d'actors. I, finalment, també sistemes d'informació –no els oblidem. També aquí és una font importantíssima de coordinació en l'àmbit de les residències. I aquí és una línia de millora que tenim claríssima, detectada, i que hem de fer, eh? Això seria una mica el resum de l'actuació en residències.

I també l'altre punt que volia fer respecte, no?, a la... També, transversalment, s'ha tractat el tema de l'oficina de farmàcia, o dels farmacèutics en general com a actors de salut i com a agents de salut. Totalment d'acord. S'ha buscat la participació, igual que la resta de professionals, en el Pipmed. Han participat tant en el procés d'escolta activa com en la part de procés d'enquesta i *focus group*. Han participat molt activament amb moltíssimes idees i moltes propostes, de la qual cosa ens sentim especialment satisfets. I a partir d'aquí doncs, evidentment, aquí també hi ha la norma, la llei d'ordenació farmacèutica, que és lo primer, la primera capa que necessitem.

I a partir d'aquí hi han línies específiques que volia..., perquè hi han hagut algunes preguntes concretes. Ho tenim descrit en el primer de la línia 4, principalment, on està en la part de model territorial. Però jo voldria dir que, paral·lel a la llei d'ordenació farmacèutica, també hi ha un objectiu d'incorporar tant el primer, que és la revisió del concert. La revisió del concert, que és la forma de relacionar-nos entre el departament i el consell de col·legis en la globalitat, tots els col·legis de farmacèutics. Hi ha l'objectiu, el 2026, l'inici de les accions per a la seva revisió. Inclou tant tota la revisió de lo que són les funcions de dispensació i d'atenció farmacèutica com també les carteres, que inclouen, evidentment, cribratges i altres carteres.

I aquí jo us volia saltar a un altre tema que també han preguntat per part de vostès, què és la coordinació de l'atenció farmacèutica. A nivell de la coordinació farmacèutica entre oficina de farmàcia i hospital, crec que el covid, entre altres situacions que ens va posar, no?, en reptes, un va ser justament la coordinació entre oficines de farmàcia i hospitals en la dispensació de medicaments MHDA. Estem impulsant el lliurament en proximitat a través d'oficines de farmàcia. Ara ho estem treballant amb el consell de col·legis i amb els farmacèutics d'hospital i amb les

entitats proveïdores, i s'està en una fase ja de normalització, amb uns criteris definits. I, per un altre costat, lo que és la coordinació entre oficina de farmàcia i atenció primària. També tenim un grup de treball creat, en el qual volem doncs alguna de les coses que ja han sortit també, de les línies que han sortit, tenir-les exposades per també traslladar-les després, posteriorment, al concert. No sé si em...

### **El president**

Molt bé. Doncs agrair al senyor Pérez de Puig i a la doctora Clopés les seves respostes a les qüestions que han plantejat els diversos portaveus. I donaríem, per tant, per clos aquest punt de l'ordre del dia.

I, si els hi sembla, aixecaríem la sessió durant uns minuts per poder acomiadar el secretari general i la directora de l'Àrea del Medicament i donar la benvinguda als nous compareixents.

Gràcies.

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

### **El president**

Senyores i senyors diputats i convidats i convidades, si els hi sembla, anem seient. Molt bé.

### **Compareixences**

357-00753/15, 357-00761/15, 357-00768/15, 357-00576/15 i 357-00585/15

Abordem aquest segon punt de l'ordre del dia, que són cinc compareixences de persones i entitats vinculades a l'àmbit del càncer, que ens va semblar que en aquesta setmana que se celebra la Marató de TV3 tindria tot el sentit del món que la Comissió de Salut concentrés aquest conjunt de compareixences de diverses, hi insisteixo, entitats i persones sol·licitades

Fitxer 26CS7

al llarg d'aquests darrers mesos pels diferents grups parlamentaris. Les farem, les cinc, acumulades. Inicialment, a la taula hi tenim el doctor Tabernero, el senyor Molins López-Rodó i la senyora Varderi. I tot seguit, després, quan ells acabin, pujaran també el senyor Serrats, Javaloy i les senyores Navarro i Giró. A l'acabar els compareixents, els grups formularan les corresponents preguntes.

I avui no només donem la benvinguda als compareixents, que ara citarem, sinó que tenim aquí una amplíssima representació de persones vinculades a aquestes associacions. Els mencionaré tots. De l'Associació contra el Càncer tenim la senyora Iniesta, el senyor Font, el senyor Adán, la senyora Herráinz, la senyora Mas. Vinculats a l'àmbit, també, de l'associació, els senyors Berbel i Ruiz i Aranda. També tenim la senyora Pardo, de la Fundació Villavecchia; el senyor Espinós, de la Fundació Villavecchia; el senyor Castellanos, de la Fundació Villavecchia. També ens acompanya la senyora Pérez Arroyo, de la Coordinadora Catalana de Fundacions, que aquest matí han comparegut també amb el president del Parlament aquí a casa nostra. I també ens acompanyen la senyora Ruiz, d'Aliances del Pavelló de la Victòria; la senyora Arantxa de Lara. Per tant, a tothom, benvinguts en aquesta sessió de la comissió del Parlament.

I tot seguit doncs li donem la paraula al primer dels compareixents, que és el doctor Josep Tabernero, director de l'Institut d'Oncologia de la Vall d'Hebron, per informar sobre la recerca en la lluita contra el càncer. Doctor Tabernero, endavant, si us plau. Aquí veuran... No, ara ho canviarem. Però aquí podran seguir el temps que vostès tenen, d'acord?

**Josep Tabernero Caturla** (director de l'Institut d'Oncologia de la Vall d'Hebron)

Moltíssimes gràcies, president. Membres del Parlament, diputats, diputades... Per nosaltres, jo crec que en nom de tots els compareixents, és un honor poder estar aquí i en aquest dia d'avui doncs explicar-los una miqueta com estem lluitant contra el càncer des de molts angles, eh? I per això he posat aquest títol –ja sé que és un títol molt llarg. No solament és diagnosticar millor la malaltia i tractar-la, però sobretot crec que una assignatura que tenim pendent, i que hem de, tots, fer el màxim possible, és millorar la prevenció.

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

Sé que tinc un temps limitat, però una mica perquè tinguin un guió del que els hi parlaré, doncs, primer de tot, l'epidèmia del càncer..., entendre bé les dades és important per saber a on estem. En segon lloc, doncs la investigació que es fa, especialment a Catalunya..., és un país molt potent en recerca translacional amb aplicabilitat clínica, i durant el dia d'avui, a més, hi hauran altres presentacions que van en aquest sentit. Com els hi deia, crec que hem de fer més per accelerar la prevenció i el diagnòstic precoç, eh? Pensem que el quaranta-cinc per cent dels càncers podrien ser prevenibles si ens portessin molt bé, i en parlarem una mica de tot això. Parlarem una miqueta del que fem nosaltres a la nostra institució, però de manera molt ràpida, i al final doncs agraïments, no?

Anem per la primera. La primera, les dades globals sobre càncer, no? Sí que és veritat que ja se sap: en el nostre país doncs un de cada dos homes i una de cada tres dones al llarg de la seva vida tindran un càncer, eh?, tindran un tumor maligne. Però, afortunadament, doncs els percentatges de curació, com veurem després, van augmentant, no? Bé, les dades són una miqueta esfereïdores pel que passarà en els propers anys, eh? O sigui, aquí tenim la incidència mundial: 2022, doncs ja veiem que ens acostàvem a 20 milions de casos de càncer; lo que està previst el 2040 és que ens n'anem als 30 milions de malalts diagnosticats amb càncer, eh? O sigui que aquesta incidència va augmentant.

Afortunadament, la supervivència, o la mortalitat, que és el contrari, va disminuint, eh? I aquestes són dades del nostre país, estimades per l'IARC, eh?, l'agència de l'OMS que estudia tota la prevenció i el diagnòstic del càncer. I ja poden veure que tant amb les dones com amb els homes, eh?, doncs la mortalitat va disminuint, aproximadament des de finals dels anys noranta. Les dades de Catalunya estan publicades pel Departament de Salut, les més recents que tenim són del 2024. Bé, ja sabem les localitzacions més freqüents, eh?: en l'home, doncs el càncer de pròstata; en segon lloc, el càncer colorectal, i en tercer lloc, el càncer de pulmó, i en les dones, doncs al primer lloc, el càncer de mama; en segon lloc, el càncer colorectal, i en tercer lloc, el càncer de pulmó. Però la mortalitat sí que no sempre

està lligada amb la incidència. Crec que són importants les dades de supervivència, que he posat a la dreta, eh? Són dades reals, catalanes: amb les dones estem al seixanta-quatre per cent als cinc anys; en els homes una mica més baixos, cinquanta-cinc per cent. Pensin, a més, que l'objectiu de la Comissió Europea i del programa Horizon Europe és arribar al setanta per cent l'any 2030, que ja els dic jo que no hi arribarem, però, bé, com a mínim anem en la direcció adequada.

Per què el càncer? Per entendre bé el que podem fer, jo crec que també és important saber que el càncer és una malaltia genètica, perquè es produeix per l'alteració dels gens. És veritat que pot haver-hi uns malalts o uns ciutadans que tinguin una predisposició a tindre uns gens heretats, però això passa en menys del deu per cent dels casos. O sigui que majoritàriament aquests gens s'alteren bàsicament per tres grans grups només, eh?: productes químics, infeccions –virus, bacteries– i radiacions. I això fa al càncer. Clar, això engloba moltes coses, eh? Pensin que, si ens fixem en el pastisset de la dreta, tot lo que en diem ara l'*environment*, eh?, a lo que ens exposem a la vida, doncs és un percentatge molt alt d'accions que fan que les cèl·lules s'espallin, eh? Ja poden veure els grans grups: tenim el tabac, tenim la dieta –després parlarem d'això–, tenim les infeccions, coses relacionades amb la dieta, com poden ser l'obesitat i l'alcohol, i altres, no? És un calaix una miqueta de sastre, no?

Bé, lo que estem fent ara, i ja fem molt, és diagnosticar la malaltia quan la malaltia és clínicament visible, eh?, quan es pot diagnosticar per proves radiològiques o per símptomes. Llavors apliquem els millors tractaments. Però sí que és veritat que en aquell moment ja és un moment relativament tardà, perquè la malaltia doncs ja pot haver fet inici de disseminació cap a l'organisme i fer metàstasi, no? Sí que és veritat que, amb els programes de diagnòstic precoç, cada vegada ens n'anem més cap a un diagnòstic més precoç, més a l'inici de l'evolució de la malaltia. Però la clau en els propers anys –i això ho veurem, eh?– és fer lo que es diu intervenció precoç o prevenció activa en poblacions que ja siguin de risc, que és que ja veiem que tenen unes alteracions genètiques que es van acumulant i que, per tant, podem una prevenció molt més clara. Pensin que el càncer en general, eh?, com la majoria de malalties, doncs és un cúmul de [#07.22] que van apareixent, no?, i que van fent que

les cèl·lules es vagin malignitzant, no? Per tant, tenim molt per poder fer més prevenció activa, eh?

Bé, fins ara, com els hi deia, la investigació translacional ha sigut molt important en el nostre àmbit, i aquí posem una miqueta lo que ha canviat en els últims anys, no? En primer lloc, la comprensió de la malaltia; avui en dia coneixem molt millor la malaltia. Per què? Doncs perquè hem conegut els mecanismes fonamentals de les cèl·lules, com funcionen quan són normals i com mal funcionen quan ja són cèl·lules neoplàsiques, no? I això ha permès –moltíssimes publicacions– doncs definir moltes àrees que són importants en el càncer. La primera de tot és que el càncer no són només cèl·lules malignes, eh?: el càncer és cèl·lules malignes més la resposta que dona el nostre organisme de cara a les cèl·lules malignes. Hi ha molts processos, com inflamació, la formació de vasos sanguinis, la disminució de la resposta immune que fan també que els tumors puguin progressar, eh? O sigui que no tot es tracta tractant només les cèl·lules malignes. Hi ha àrees doncs més noves, no?, com poden veure en les versions més actualitzades; tot lo que és..., la importància que té el microbioma, eh?, les nostres bacteries de l'organisme, per exemple.

Què va canviar en el càncer i que no va passar tan ràpidament amb altres malalties? Doncs un esforç molt important; quan es va descriure el primer genoma humà i es va pensar com podíem aplicar el coneixement del genoma a les malalties, el primer gran grup de malalties que es va pensar va ser el càncer. Van haver-hi uns esforços molt importants a l'època..., en el començament dels anys dos mil, no?, doncs per dedicar-nos a investigar les alteracions genètiques que feien que es formés un càncer. Això, que pot semblar molt teòric, doncs té molts aspectes pràctics, eh? Quan veiem, per exemple, la rapidesa avui en dia que hi ha en el desenvolupament d'un medicament dirigit a una alteració genètica..., bé, en els moments que hem anat més ràpids... Els hi poso l'últim, l'alteració d'algun tipus de subgrup de càncer de pulmó: des de que es va descriure en el laboratori que podien haver-hi aquestes alteracions fins que el primer medicament va estar comercialitzat, van passar només quatre anys i dos mesos, eh?, quan, si mirem el començament, eh?, amb l'Imatinib, el Glivec i altres medicaments... Però, escolti, aquests processos portaven més de quaranta anys. O sigui que hem accelerat molt aquesta translacionalitat que cap als malalts puguin tindre més impacte. I lo que ha canviat doncs és aquesta visió, no?:



abans fèiem una visió molt empirista del tractament de les malalties, molt prova-error; avui en dia doncs diagnostiquem molt més..., dediquem molt més a diagnosticar millor la malaltia i tractar-la ja d'una manera més individualitzada.

Altres coses que hem après, que han sigut molt importants durant aquest temps? Bé, doncs que els tumors són heterogenis d'entrada, eh? No solament la diferència que pot haver-hi entre un tumor de mama d'una persona i el tumor de mama d'una altra persona, sinó que, dins de la mateixa persona, hi han cèl·lules, hi han clons diferents, hi han famílies diferents de cèl·lules, pràcticament des del moment que es diagnostica la malaltia. Això és lo que en diem heterogeneïtat. I aquí tècniques com la biòpsia líquida, que potser cada vegada en sentiran a parlar més, doncs ens ajuden molt, perquè amb una simple determinació de sang podem entendre la complexitat de la malaltia, estigui on estigui localitzada, eh?, i això afavoreix doncs que puguem diagnosticar la malaltia millor.

Aquí els hi explico una mica el que els hi deia abans, no? Realment, des del primer començament –veig que el ratolí no funciona, però..., no, no, no funciona perquè està posat en format de presentació–, des del primer moment, quan veuen aquesta pilota que sembla de golf, hi ha un clon dominant, que és el blanc, però des del primer moment de la malaltia hi han famílies diferents. Quan tractem la malaltia, habitualment tractem el clon més dominant, i llavors els altres comencen a créixer. I ja veiem que la pilota de golf, al cap d'un temps, és completament diferent de l'original, no?, i això és lo que està passant contínuament amb la malaltia. La biòpsia líquida penso que és una tècnica que ens ajudarà molt a seguir la malaltia, però també a diagnosticar-la precoçment. Malalties tan greus com el càncer de pàncrees, que tenen una mortalitat molt alta perquè sempre es diagnostiquen tardanament, només canviarem l'evolució de la malaltia quan siguem capaços de diagnosticar els malalts sense que es vegi la malaltia, i els han d'operar del pàncrees perquè estan desenvolupant un càncer de pàncrees que encara no som capaços de veure'l ni amb un TAC ni amb una prova radiològica.

Teràpies. Han canviat molt amb el temps, eh? Jo, quan vaig començar a l'oncologia, doncs pràcticament només hi havien fàrmacs de quimioteràpia i hormones, però no hi havia res més. En aquest temps doncs han canviat: fàrmacs dirigits,

immunoteràpia... Sí, miri, jo sempre poso aquesta diapositiva que, mira, fa un [#12.01] cada deu anys, i ara ens tocarà fer l'any que ve el [#12.04] següent, no? Quan vaig començar l'oncologia, doncs escolti, de càncer de pulmó només n'hi havien dos tipus: un que era de cèl·lula petita, perquè eren petites les cèl·lules, i una altra no cèl·lula petita. Avui en dia hi han vint subtipus diferents. Lo mateix amb el càncer de mama, lo mateix amb el càncer de còlon, no? I el conèixer aquestes alteracions de la malaltia fa que puguem subdividir la malaltia millor i, per tant, conèixer les vulnerabilitats de cada tipus de tumor i, per tant, desenvolupar molts més medicaments, com poden veure aquí, eh? I amb això vaig ràpid. La veritat és que l'aprovació en deu anys de medicaments, tant per als tumors sòlids... En aquest cas doncs ja ho poden veure: noranta-sis medicaments diferents tant per a tumors freqüents com per a tumors poc freqüents, eh? I lo mateix ens passa amb els tumors hematològics. O sigui que realment estem canviant molt.

La immunoteràpia. Doncs no deixa de ser la clau de com mobilitzar un sistema immune que tenim per defendre'ns de les infeccions i de les cèl·lules malignes..., doncs educar-lo i fer que pugui ser un sistema de tractament molt més eficaç que no pas els altres tractaments, no?, i això és un canvi de paradigma, augmentar la resposta immunitària. Fins ara només ho podem fer amb els tumors que en diem calents, és a dir, aquells tumors que el sistema immune ja ha reconegut que la malaltia és una cosa a eliminar, una cosa dolenta, però que, per diferents mecanismes, s'ha adormit aquest sistema immune. Però encara ens queda el setanta-cinc per cent restant de tumors, en els quals el sistema immune no ha reconegut la malaltia com quelcom de dolent i que, per tant, s'ha d'eliminar. I aquí doncs hi han noves teràpies que s'estan avaluant, com vacunes, virus autolítics, anticossos biespecífics, etcètera.

També ha canviat molt el model de recerca. De fet, ho tenim integrat, la recerca amb l'assistència de les àrees en càncer, on més recerca es fa, eh? I han canviat els models. Abans s'havien de fer estudis molt grans, a vegades randomitzant doncs 800.000 malalts per determinar si un tractament era millor que altre. Avui en dia doncs, escolti, hi han nous estudis, eh?, estudis cistella que realment..., estudis *basket*, no?, que ens ajuden a tractar les malalties, no en base als grans nombres que tingui cada malaltia, sinó en base a les alteracions genètiques que tenen, eh?, i

que moltes vegades són coincidents. I amb això les agències regulatòries la veritat és que –especialment l'FDA, però també l'EMA– han fet també uns nous mecanismes per poder introduir com més aviat la innovació, sempre que tingui una gran una activitat. I lo mateix veiem doncs amb les revistes de divulgació, eh? Avui en dia doncs els malalts parlen d'aquests tipus d'estudis nous, els estudis *cistella*, els estudis *basket*, eh? Hi han registres –molt important, eh?– tant des de grups acadèmics com també de malalts, eh? Crec que hi ha a la dreta, en el registre de casos, que és..., *patients like me*, eh? Doncs escolti, els malalts, que coneixen –cada vegada el malalt coneix més–, publiquen les seves alteracions. Però, en el fons, l'important és que això és un esforç global de col·laboració entre totes les entitats,

Fitxer 26CS8

no? Fixi's, per exemple –només perquè vegin una mica de nombres–, el que fem a la nostra institució, no?, al Vall d'Hebron Institut d'Oncologia, quant a nombre d'estudis clínics, que és la gràfica que tenen a l'esquerra, que ha anat augmentant amb el temps, no?, i a la dreta doncs el nombre de malalts que incloem en estudis clínics cada vegada més innovadors, cada vegada en fases més primerenques, no? I la societat doncs, com sempre –i això és bo–, és molt demandant, eh? Ja ho poden veure doncs, tornant a notícies, no?, els malalts volen saber el futur, les possibilitats que tenen de càncer. Jo els he parlat sobretot una mica més de l'àrea que és la meva, no?, que és la més terapèutica, eh?, però aquest esforç és un esforç col·lectiu en moltes àrees d'innovació. Abans hem tingut una sessió més dedicada als fàrmacs, no?, i jo també he parlat doncs una mica més d'això, però ja veuen que també són les tecnologies: cirurgies robòtiques, implants 3D, la intel·ligència artificial, que ens ajuda també a fer cada vegada aquest camí més fàcil, el *real-world data*, tots els consumibles, aplicacions de *smartphones* que ens ajudaran cada vegada més.

I tot això, per què? Doncs bé, sobretot –molt important sempre– alinear les realitats que aconseguim amb les expectatives, no?, això és importantíssim. Però, com poden veure, doncs la supervivència en càncer ha canviat i està canviant cada

vegada més, cada vegada amb més tractaments, cada vegada millor manera de diagnosticar les malalties. Entendre que la malaltia evoluciona –lo que els hi deia abans, la dinàmica de la malaltia. Cada vegada estudis clínics que són més predictius i més personalitzats, i això fa doncs que la mortalitat continuï baixant, no?

Ara, també és veritat que ens queden molts reptes, eh? Els hi deia abans, doncs el repte de com implementar que aquesta medicina de precisió arribi a tots els ciutadans –això és importantíssim, eh? Fer molt més en prevenció –això és extremadament important, no? I aquí sí que els hi poso una pinzellada, tornant a la diapositiva aquella que els hi deia abans, del pastís de la dreta. Com podem modificar tot això, eh? Doncs ho podem modificar de moltes maneres. Hi han agències que ens ajuden, com l'IARC, que els hi deia abans, de l'OMS, en què classifica els agents cancerígens. Clar, els que són clarament identificats, que són els vermells, eh?... Quan tinguin la presentació podran veure amb més... Perquè aquí són els clàssics que tots sabem, eh?: doncs el tabac, l'alcohol, les radiacions solars, etcètera. Clar, quan anem baixant hi ha una mica més d'incertesa sobre els cancerígens, entre altres coses doncs perquè no està demostrada la causalitat bioquímica. Aquí podem parlar dels additius, dels menjars ultra- ultra-ultraprocessats, eh?, que és una gran batalla. Però, fixi's, sempre parlem del tabac, no?, i és veritat que el tabac, com a agent únic, si l'eliminem, si reduïm molt l'àmbit on es pot fumar... Escolti, queden poques hores per fumar, i serà una actitud purament personal i individual, cadascú a casa seva.

Però si ajuntem totes les coses que estan relacionades amb la dieta d'alguna manera, no?, com pot ser l'alcohol, com pot ser el consum de greixos, el poc consum de fibra, els menjars ultraprocessats, la falta d'exercici, l'obesitat. Jo, totes aquestes coses, les poso sempre dins d'un paquet, que és el paquet de l'actitud personal, no? Escolti, és tan important com el tabac o més; o sigui, com a causa..., el que passa és que és una causa múltiple; el tabac n'és una, aquestes són múltiples, però podem fer molt en aquest sentit, no? I jo crec que aquí sí que tenim un gran deure doncs per previndre aquests càncers que dèiem abans, no? Un exemple paradigmàtic, eh?: escolti, el càncer colorectal amb gent jove està augmentant, està augmentant clarament, eh? Nosaltres potser no augmentem tant com altres països, perquè encara conservem la dieta mediterrània, però està augmentant. I això està

bàsicament relacionat amb els hàbits de vida, amb el consum d'alcohol i amb el consum de menjars ultraprocessats. No en tinguin cap dubte, eh? Això està determinat, eh?

I aquí doncs hi han moltes campanyes. Jo no soc un fan del Ronaldo, eh?, però va fer una cosa que és molt important: en una compareixença pública, com aquesta, eh?, escolti, tenia davant una beguda ensucrada, la va retirar i va agafar un got d'aigua. Doncs coses com aquestes tenen un impacte tremend en la societat, no? I lo mateix doncs lo que els hi deia, lo que es pot fer des de tots els àmbits doncs per lluitar contra el consum de menjar ultra- ultraprocessat, que realment doncs ens està fent molt de mal, no? Aquí, el Fons Mundial de la Investigació en Càncer, que és una altra entitat, doncs ha fet també palès el que podem fer amb lo que en diem el *nourishing*, no?, que han fet inclús una escala. *Nourishing* vol dir nutritiu, no? Però una sèrie de factors que podem fer tant a nivell local com a nivell global per menjar cada vegada millor, eh? Sempre recomano..., escolti, el menjar s'ha de cuinar, s'han de dedicar trenta minuts per cada àpat gran, per dinar i per sopar, per cuinar menjar fresc. Hem d'evitar els menjars que no són frescos. I això no vol dir que sigui més car que el menjar que tenim a les estanteries dels supermercats. Llitem contra els trenta segons del microones, i jo els hi demano trenta minuts per cuinar. Però això és extremadament important.

Escoltin, molt ràpidament, perquè si no no acabarem. Escoltin, nosaltres doncs ens hem dedicat a la nostra institució, a Vall d'Hebron, a promocionar aquesta àrea d'investigació translacional doncs cada vegada més cap a una medicina de precisió. Vall d'Hebron ja el coneixen. És un hospital gran, amb molts professionals treballant-hi, amb totes les àrees d'assistència i de recerca. En l'àrea d'oncologia doncs ens hem posicionat molt bé durant aquests anys d'existència del VHIO, des de l'any 2006. Ara farem vint anys, no? I, bé, realment, doncs en tots els paràmetres amb els que es mira la recerca realment hem funcionat bé. És un model de col·laboració publicoprivada, eh? Com saben, doncs en el Patronat està tant la Generalitat de Catalunya, amb els dos departaments, de Salut i de Recerca i Universitats, i també entitats privades doncs que ens han ajudat sempre a promocionar aquesta recerca, eh? Totalment acreditats, eh? Vam ser el primer centre d'Espanya que va aconseguir l'acreditació de Comprehensive Cancer Center, eh? En totes les àrees de

reconeixement doncs hem tingut els màxims reconeixements, inclús doncs amb escales que avaluen també la recerca, eh?, com l'SCIImago, en què som el sisè centre del món. Els altres que hi han per davant són tots americans, eh?, quant a la implementació de la recerca amb accions per als malalts, no?

I també una cosa que hem fet, creiem, força bé, que és obrir-nos a la societat, eh? Nosaltres vam crear el programa «Escola i ciència». Això ho vam crear l'any 2017, i cada any tenim molts visitants que venen a entendre la importància de continuar invertint en recerca per tindre una millor ciència i per tindre una millor qualitat de vida per als nostres ciutadans. I també fem tot lo possible doncs per divulgar la importància de conèixer bé el càncer i com previndre'l, eh? Ja veuen doncs que tenim moltes accions. I això doncs ho hem de fer..., hem de donar sempre agraïment, lògicament, primer a tots els malalts. Els malalts són molt participatius, molt generosos en el nostre àmbit, eh? Ja ho saben també per altres àrees de salut. A la institució, que sempre ens ha donat suport, eh?, el nostre hospital. I a les conselleries, com els hi deia abans, que ens han donat aquest suport per tirar endavant aquesta recerca. Evidentment, a les entitats, també, finançadores i a les fundacions privades i als patrons doncs que ens donen aquest suport, eh?

### **El president**

Gràcies, doctor Taberner. Seguim. Ara serà el torn del doctor Molins López-Rodó. Ell ve en representació de l'Associació Contra el Càncer a Catalunya i n'és el president del seu Consell Provincial de Barcelona. Doctor Molins, endavant.

**Laureano Molins López-Rodó** (representant de l'Associació contra el Càncer a Catalunya)

Bé; moltíssimes gràcies. Senyor president, senyors diputats, diputades, bon dia a tothom. En primer lloc, vull agrair, lògicament, en nom de l'Associació contra el Càncer a Catalunya, doncs l'oportunitat de comparèixer en aquesta sessió i exposar els principals reptes que el càncer ens planteja a la societat. També vull expressar el meu reconeixement als cent quaranta professionals, a les més de 3.500 persones voluntàries i més de 75.000 socis i sòcies que formen l'associació a Catalunya. Gràcies al seu compromís, acompanyem cada dia les persones amb càncer i les seves famílies per reduir l'impacte d'aquesta malaltia a les seves vides. Ells i elles

són el cor d'una entitat que fa setanta-dos anys que batega per les persones que el càncer els ha colpejat.

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

Entrant en matèria, permetin-me fer una breu aproximació i significat de la dimensió d'aquesta associació que presideixo. L'Associació contra el Càncer és una entitat estatal de referència fundada el 1953 per un català, terrassenc, el senyor Josep Biosca, que treballa en tots els fronts: la prevenció, el suport, l'acompanyament de les persones amb càncer i les seves famílies i l'impuls a la recerca. Com ho fem? L'associació estem al costat de les persones amb càncer i les seves famílies en totes les etapes del procés. I ho fem a través, un, dels serveis gratuïts i d'atenció integral –suport psicològic, assessorament social, fisioteràpia, orientació nutricional amb equips professionals, voluntariat especialitzat–, juntament amb un telèfon d'assistència gratuït vint-i-quatre hores, 365 dies l'any, que es diu Infocàncer. Segon, en prevenció i promoció de la salut, programes educatius i tallers per fomentar hàbits saludables, reduir factors de risc i impulsar la detecció precoç.

Recerca –això és un punt molt important. Financem amb 157 milions d'euros projectes científics per avançar el coneixement i tractament del càncer. Som la primera entitat privada a Catalunya en destinació de fons per a la recerca. Només l'any 2024, vam comprometre prop de 61 milions d'euros, que en són 70 aquest any 2025, en diferents convocatòries, lo que representa el quaranta-quatre per cent dels invertits a tot l'Estat. I això és gràcies a la bona recerca que tenim, com la que ens ha comentat el doctor Tabernero.

Sensibilització i incidència. Campanyes arreu del territori per conscienciar en la importància de la prevenció i la generació del coneixement mitjançant l'Observatori contra el Càncer, tot això amb aquest objectiu d'influir en les polítiques que millorin la qualitat de vida de les persones amb càncer. Tot això ho fem convençuts que la col·laboració amb l'Administració és essencial, així com la necessitat de disposar d'un sistema públic potent, complet i integrat com el que tenim.

Quina és la realitat del càncer a Catalunya? Catalunya és avui una referència científica en oncologia, però aquesta realitat no pot amagar el repte que tenim, que

permeteu-me dir bastant clar que els hi porto dos missatges, una mala i una bona notícia. La mala notícia és que el càncer és ja la primera causa de mort entre catalans i catalanes, inclosos els que neixen avui mateix; és el primer problema sanitari del país i també a nivell mundial. Segons dades del Departament de Salut, només el 2024 s'estima que es van diagnosticar 42.851 nous casos de càncer. El colorectal, de mama, pròstata i pulmó concentren més del seixanta per cent dels diagnòstics. I pel que fa a la mortalitat, segons aquestes mateixes dades, el 2024 es van produir 16.959 defuncions per càncer. Ara bé, també hi ha una bona notícia: la supervivència ha millorat de manera significativa, com ha explicat el doctor Tabernero, amb un cinquanta-quatre per cent en els homes i seixanta-sis per cent en les dones. Amb tumors com mama i pròstata, la supervivència ja supera el noranta per cent als deu anys. Aquest és un gran pas endavant, però encara ens queda camí per recórrer per assolir el nostre objectiu, que és de tots, que és superar el setanta per cent de supervivència global del càncer l'any 2030.

I permetin-me afegir un motiu d'orgull col·lectiu. Catalunya disposa d'una xarxa assistencial i de recerca que és capdavantera a nivell internacional, on s'ofereixen tractaments de primer nivell. Això és un èxit de país que hem de preservar i reforçar, però no podem aturar-nos aquí. La millor manera d'arribar al setanta per cent és posar el focus en la prevenció i en la recerca, com ja s'ha comentat. Les intervencions en prevenció tant primària, com seria el tabaquisme, com secundària –els cribratges– són altament costefectives i redueixen la càrrega de malalties que concentren gran quantitat de la despesa sanitària. Alhora, incrementar els fons públics destinats a la recerca és imprescindible per començar a apropar-nos a un escenari de curació del càncer o poder arribar a convertir-lo en una malaltia crònica.

Parlem del tabac. Ja s'ha dit, amb relació als factors de risc, un enemic silenciós que continua causant estralls. El tabac, en totes les seves variants, és un producte que muta generant addicció, i avui posa el focus en la població més vulnerable: els joves i els menors d'edat. Malgrat els avenços en regulació i conscienciació, encara fuma un vint-i-u per cent de la població catalana, i el tabaquisme continua sent la primera causa de malaltia i de mortalitat evitable. És la causa del trenta per cent de tots els casos de càncer i del vuitanta-cinc per cent dels casos de càncer de pulmó, que és el més freqüent i mortal, amb una supervivència, desgraciadament, encara inferior



al vint per cent. El tabac és, a més, la causa principal de malalties respiratòries i cardiovasculars, que és la segona causa de mort a Catalunya. Cada cigarreta té un cost en salut i un impacte econòmic enorme. Hi ha unes dades impressionants: el vuitanta per cent dels fumadors actuals van començar abans dels divuit anys. Un de cada dos adolescents entre catorze i divuit anys ja han provat les cigarretes electròniques, sent aquestes també la porta d'entrada al tabac tradicional. I això no és una casualitat, és el resultat d'una estratègia comercial calculada. Des de la indústria del tabac i de la nicotina saben perfectament on és el negoci:

Fitxer 26CS9

captar clients joves per convertir-los en consumidors de per vida. Hi ha molt per fer, i ells destinen milions d'euros en màrqueting, *influencers*, campanyes a xarxes socials, dissenys atractius amb formats que semblen innocus. Aprofiten els buits legals i la no equiparació normativa amb el tabac tradicional per introduir cigarretes electròniques, nous dispositius —els dits *vapers*— com si fossin una alternativa segura, però no ho són. Aquestes estratègies comercials normalitzen l'hàbit entre els menors, convertint-los en clients de per vida i massa sovint futures víctimes de càncer. No ens podem permetre mirar cap a una altra banda.

Què proposem? Des de l'Associació contra el Càncer fem una crida al legislador a impulsar mesures valentes i urgents. Primera, equiparar els nous dispositius al tabac convencional amb regulació i fiscalitat. Dos, regular els punts de venda; només en establiments autoritzats, no als supermercats, com avui dia encara es venen. Prohibir publicitat i promoció als entorns juvenils i xarxes socials —hi han molts a espectacles musicals, per exemple. Ampliar les zones lliures de fum i aerosols, com la iniciativa de «Platja sense fum», que volem estendre a tot el litoral català el 2026. Revisar i reforçar programes educatius, com les «Classes sense fum», i ampliar-les a més instituts. Campanyes segmentades i efectives per prevenir el consum. És el moment d'impulsar una legislació ambiciosa i que pensi també en el futur, impulsant una nova llei d'addiccions a Catalunya i a nivell estatal, incorporant també

l'empaquetat genèric i la pujada impositiva en l'avantprojecte de llei vers el tabaquisme.

Un altre element clau, com dèiem, en la prevenció són els cribratges, una eina per detectar els càncers precoçment, com s'ha indicat i hem vist en el de mama, en el de còlon, en el de cèrvix i estem veient també en el càncer de pulmó. Enguany hem celebrat vint-i-cinc anys del programa de cribratge de càncer colorectal a Catalunya, que ens ha demostrat una intervenció altament costefectiva que redueix la mortalitat i evita tractaments avançats molt més costosos. En una frase: és molt més barata una prova de sang oculta a la femta que un tractament oncològic, i és una eina, a més, lògicament, que salva vides. Amb una detecció precoç, nou de cada deu pacients amb càncer de còlon sobreviurien. Malgrat tot, la participació és només del quaranta-set per cent, quan les guies europees ens demanen com a mínim un seixanta-cinc per cent. Dit d'una altra manera, l'any 2023 més d'1 milió de catalans i catalanes en edat de risc no es van fer la prova, senzilla i barata, que ens pot salvar la vida. Quantes de les 2.312 persones mortes el 2024 per càncer colorectal s'haurien pogut evitar si haguessin fet el cribratge? A quantes altres persones hauríem detectat el càncer a temps? És un fet alarmant davant del qual hem ofert al Govern tota la nostra col·laboració per incrementar aquesta participació en el cribratge. I aprofitem aquesta compareixença per demanar al legislador que impulsi accions perquè el Govern hi destini els recursos necessaris, campanyes publicitàries i accions específiques que augmentin la participació.

El càncer és un repte sanitari, sens dubte, però també social i econòmic. La prevenció, el diagnòstic precoç i el tractament són la base per reduir l'impacte del càncer, però és una malaltia que va molt més enllà d'una qüestió sanitària. El codi postal continua condicionant la qualitat de vida abans, durant i després del diagnòstic. L'article 23 de l'Estatut d'autonomia reconeix el dret a la protecció de la salut. Perquè aquest dret sigui real i efectiu cal entendre'l en una dimensió integral; no només clínica, sinó, com dèiem, també social i econòmica. Això vol dir actuar contra l'impacte econòmic i psicosocial que comporta el càncer. És responsabilitat de l'Administració donar resposta que garanteixi equitat i protecció. Això implica també polítiques que afrontin dos eixos essencials i un eix transversal.

En primer lloc, l'impacte psicooncològic. El diagnòstic de càncer és un dels esdeveniments més estressants que una persona pot viure. Entre el quinze i el vint-i-cinc per cent dels pacients pateixen depressió clínica i un cinquanta per cent experimenta un malestar emocional significatiu. El trenta per cent necessita atenció psicooncològica, però a Catalunya tenim un dèficit important de professionals. La cobertura és insuficient i desigual entre territoris. Cal reforçar la psicooncologia en tots els hospitals i garantir que sigui part del tractament integral. Això forma part d'una estratègia més àmplia, que seria humanitzar l'atenció i aprofundir en els progressos que Catalunya ja ha fet en l'experiència pacient i en els actuals i futurs Comprehensive Cancer Centers.

En segon lloc, l'impacte social i econòmic. L'impacte econòmic és una realitat: el quaranta-u per cent de les famílies afronten despeses superiors a deu mil euros l'any durant la malaltia. Des de l'associació, només el 2024 vam destinar a prop d'1 milió d'euros en ajudes econòmiques directes i indirectes a persones amb càncer per pal·liar aquesta càrrega. El règim d'ajuts actual del CatSalut per a despeses, estades i manutenció data del 2010, mentre que el cost de la vida ha augmentat un trenta-tres per cent el 2024. Cal, lògicament, actualitzar aquestes ajudes econòmiques i establir mecanismes que evitin que el càncer condemni famílies a la vulnerabilitat.

En tercer lloc, respecte a la reinserció i reincorporació laboral, el quaranta per cent dels malalts diagnosticats de càncer avui dia estan en edat laboral, i el càncer és la segona causa de pèrdua d'anys laborals després de les malalties psiquiàtriques. El vint-i-u per cent han hagut de deixar de treballar i el catorze per cent han hagut de canviar de lloc de feina després del diagnòstic. Per això calen plans de reincorporació adaptats i programes de reinserció laboral amb suport institucional per arribar a tot el territori, i això només serà possible si avancem amb un model d'atenció integrada social i sanitària, com esperem que permeti la nova agència recentment aprovada, amb la qual entitats com nosaltres reivindicuem el nostre lloc.

Per últim, a nivell transversal, calen més i millors dades per poder planificar millor. Cap política serà efectiva sense informació fiable i integrada. A Catalunya ja s'ha iniciat el tràmit de crear un nou registre únic de càncer, una eina clau per disposar de dades actualitzades i homogènies. Des de l'associació ens posem a disposició

per contribuir a aquest repte, tal com hem fet amb la iniciativa estatal «Más datos cáncer», que recull, integra i analitza informació sobre la incidència, la supervivència, les desigualtats i l'impacte social del càncer per orientar polítiques públiques basades en l'evidència.

Vaig acabant. Ens trobem en un moment clau que pot marcar un abans i un després en el nostre avenç col·lectiu contra el càncer. Catalunya disposa d'una xarxa de recerca i tractament oncològic puntera que garanteix que cap pacient, per exemple, s'hagi de desplaçar avui dia fora del país per rebre atenció. Això és un èxit que hem de preservar. Els propers dos anys, Catalunya ha de renovar dos instruments estratègics que orienten les actuacions públiques en salut i oncologia: el pla de salut, que finalitza el 2025, i el pla contra el càncer, que finalitza el 2026. Aquests documents són la columna vertebral de la política oncològica, però sense assignació adequada de recursos econòmics i humans corren el risc que siguin només bones intencions escrites en un paper. Per això fem una crida als grups parlamentaris: cal garantir pressupostos suficients per al 2026 que assegurin la continuïtat i l'ambició d'aquests plans, en la línia de les demandes que acabem d'exposar.

No parlem només de tractaments; parlem de que aquest milió de catalans en edat de risc participin en el cribratge de càncer colorectal; parlem que els menors d'edat no siguin addictes al tabac i la nicotina, que no els bombardegin; parlem de més fons públics en recerca; parlem de que el codi postal no condicioni l'afrontament de la malaltia; parlem de reduir el cost econòmic del càncer, de disposar d'una ràtio òptima de psicooncòlegs, d'assegurar la reincorporació laboral segura i progressiva. Finalment, parlem de transformar el càncer en una malaltia i no en una condemna, garantint drets i posant les persones al centre, amb un sistema que no deixi ningú enrere, que inverteixi en salut, vida i futur, perquè cada euro invertit és dignitat, qualitat de vida i sostenibilitat. Catalunya té l'oportunitat de demostrar que el càncer és una prioritat real. Els demanem que aquest compromís es tradueixi en acció i recursos.

Aprofito per convidar-los a córrer a la marxa contra el càncer, aquest diumenge al Fòrum, coincidint amb la Marató. I doncs donar-los les gràcies, senyor president, senyores i senyors diputats.

Moltes gràcies.

### **El president**

Moltes gràcies, doctor Molins. I ara serà el torn de la senyora Anna Varderí, que és la gerent de la Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia.

**Anna Varderí Casas** (gerent de la Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia)

Bé; bon dia. Moltíssimes gràcies, novament, per l'oportunitat d'estar aquí. Ens vàrem veure fa quinze dies en una altra compareixença. Dir-vos que parlar després d'aquests senyors no és gens fàcil per a mi, per les referències que són les institucions que representen. És un honor compartir taula amb vostès dos, doctors, i també amb els amics de l'Afanoc, que vindran després, amb qui compartim propòsit, missió i treball ajudant els infants malalts de càncer. M'acompanyen també la presidenta, vicepresident i secretari del Patronat de la Fundació Villavecchia, membres de l'equip tècnic. Són tots tres membres fundadors. Coneixen bé la realitat dels infants malalts de càncer d'ara i la de fa trenta-set anys, que són els anys que té la Fundació Villavecchia. Les coses han canviat en aquests trenta-set anys.

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

I les dues compareixences que m'han precedit han fet una exposició brillant sobre els avenços en la malaltia, els reptes que tenim per vèncer la malaltia. Nosaltres us portem un projecte que parla de persones, de persones petites, de menors, que no aconsegueixen vèncer la malaltia. I el que ens hem proposat és llençar un missatge molt clar a Catalunya: hem d'intentar vèncer la malaltia i invertir molts esforços en recerca per aconseguir-ho. Però, quan no ho aconseguim, hem de cuidar millor la vida, i també quan es tracta d'infants. Perquè som un país també referent, amb una xarxa de suport a persones en situació avançada de la malaltia, però especialment quan aquesta persona és una persona adulta. No teníem suficientment ben organitzat el nostre sistema quan la persona que està en situació d'últims dies de vida és un nadó o un infant, i amb això és amb el que la Fundació Villavecchia hi ha treballat molt en els darrers anys.

Molts de vostès coneixen la tasca de la Fundació Villavecchia, i jo no em puc entretenir massa en aquesta compareixença amb explicar la feina que fa la Fundació Villavecchia. És una fundació que treballa per millorar la qualitat de vida dels infants i joves malalts de càncer i també d'altres malalties greus que limiten la vida. Aquestes compareixences estan molt enfocades en el món del càncer, però també els vull explicar que fa dotze anys la Fundació Villavecchia tenia els estatuts adaptats. Per això va sortir de la zona de confort i va començar a adaptar algunes de les línies de treball per ajudar nens amb càncer, però també amb altres malalties greus que limiten o que amenacen la vida, no solament càncer. Treballa també per garantir l'acompanyament i el suport a les seves famílies durant el moment del diagnòstic, durant tot el procés del tractament i després, tant si s'ha aconseguit vèncer la malaltia, i amb la supervivència de càncer, o quan no s'ha aconseguit vèncer la malaltia, amb el suport que cal proveir després. És una fundació que ha promogut avenços en formació, amb les famoses beques de formació i especialització en oncologia i hematologia pediàtriques; que han promogut també avenços en assistència. I ho ha fet impulsant, fent palanca, ajudant l'Administració a impulsar millores en el sistema tant en l'àmbit assistencial com en formació i en investigació. És una fundació que està ubicada a l'Hospital de Sant Pau però que treballa amb els cinc grans hospitals de referència en oncologia, hematologia infantil i ara també amb cures pal·liatives pediàtriques i atenció a la cronicitat complexa. I veuen vostès els cinc grans hospitals amb els que treballem: Germans Trias i Pujol, Parc Taulí, Sant Joan de Déu, Sant Pau i Vall d'Hebron.

Ja estem a punt de complir trenta-set anys de treball. En aquests trenta-set anys de treball s'han desenvolupat diferents línies, totes elles destinades a ajudar aquí i ara les famílies, ajudant els infants.

Fitxer 26CS10

L'atenció social, proveint allotjament. És una de les primeres entitats que va tenir un pis a la vora de Vall d'Hebron per allotjar famílies desplaçades que dormien al cotxe o al passadís mentre tenien el fill ingressat. És una fundació que segueix també

donant ajudes econòmiques a les famílies quan es troben en situació de risc social i d'alta vulnerabilitat. El voluntariat és un dels grans eixos de la fundació. No podríem fer tota la feina que fem sense el suport del voluntariat. Les activitats de lleure. Quan parlem d'ajudes socials, parlem de cobertura de necessitats bàsiques. I si us diem que ens emportem quaranta nens una setmana a esquiar a Andorra pot semblar més banal, però per a aquells infants aquella activitat és absolutament necessària.

És una fundació que està obrint també la mirada cap a la necessària atenció als supervivents de càncer, al nen i jove que han sobreviscut gràcies als grans avenços que hem aconseguit en supervivència amb càncer infantil, però amb seqüeles, amb seqüeles importants que no estan ateses. Hem ajudat en els hospitals en el condicionament d'espais, en dinamitzar. «Si es porten vostès bé, la setmana que ve arribarà el Pare Noel. S'assembla molt a un bomber de Barcelona.» I d'això les entitats en sabem bastant de que passi. I és una fundació que ha donat sempre suport a la formació. Finança el Registre espanyol de tumors infantils, que depèn d'aportació privada, i segueix atorgant beques de formació.

L'any 2014, quan la fundació va complir vint-i-cinc anys, es va plantejar què s'estava fent i què calia fer. I teníem molt clar, per l'experiència de la presidenta, de la doctora Pardo, quaranta anys oncòloga infantil de Sant Pau, i amb el programa de voluntariat domiciliari que havíem engegat, que calia millorar la situació dels infants amb malaltia avançada i en situació pal·liativa. Juntament amb els cinc hospitals vàrem estudiar què era el que calia fer i vàrem posar en funcionament un projecte que es va dir «Compta amb mi» amb els cinc grans hospitals. Va consistir en impulsar la creació d'unitats de cures pal·liatives pediàtriques, finançant el cost empresa de contractació de personal mèdic i d'infermeria i aportant els equips d'atenció psicosocial: psicòlegs, treballadors socials i, al mateix nivell d'importància, el suport del voluntariat a domicili. Va ser un projecte que va costar de posar en funcionament. No calia, hi havia pocs nens en aquesta situació; no era un projecte que tingués el focus posat en una necessitat, però nosaltres teníem molt clar com estava la situació d'aquestes famílies. Aquest va ser el primer moment on la fundació va començar a atendre nens amb altres malalties, no solament càncer.

El resultat ha sigut la xarxa d'atenció pal·liativa pediàtrica integral, la famosa XAPPI, que els diputats i diputades d'aquesta comissió ja coneixen. És una xarxa que proveeix d'atenció especialitzada als infants en situació avançada de malaltia i en final de vida. L'any 2020, sortint de la primera fase del covid, van entrar en cartera de serveis les tres primeres unitats, els tres primers serveis, de Sant Joan de Déu, Parc Taulí i Vall d'Hebron. La fundació va seguir sostenint les altres dues unitats, de Germans Trias i Pujol i de Sant Pau, fins que l'any passat van poder entrar finalment aquestes dues unitats i cinc unitats més. És una molt bona notícia. Ens queda molta feina per fer.

La xarxa d'atenció pal·liativa pediàtrica integral de Catalunya és revolucionària; tenim un molt bon sistema i arribem a atendre mil infants. Però, quin és el context? Si m'ho permeten, al principi ens varen dir que no calia organitzar una xarxa de cures pal·liatives pediàtriques perquè no hi havien prou infants que ho justifiquessin. Actualment –aquestes són dades oficials–, sabem que són entre cinc mil i nou mil nens que ho necessiten. No són infants que estan en situació d'últims dies de vida i que moren, no és aquesta la xifra; són infants que ho necessiten. Tenim una classificació: pacient crònic complex, pacient amb malaltia crònica avançada, que és el que identifiquem en pal·liatius. Són entre cinc mil i nou mil, i els deixo a vostès la valoració i la reflexió sobre si en són molts o pocs. Tot aquest treball previ ens porta a posar en funcionament aquest projecte, el «Compta amb mi», i a començar a conèixer famílies i a conèixer la seva situació. Estàvem atenent millor la malaltia; els equips havien començat a anar a domicili.

I què ens trobàvem a domicili? Famílies esgotades, exhaustes, sense possibilitat de dormir, de dutxar-se, d'anar a buscar l'altre germà a l'escola; famílies completament soles, famílies que han perdut el rol parental perquè han passat a ser infermers, infermeres, cuidadors que no tenen un moment de lleure, de descans, de descàrrega, perquè tenen un, dos o tres fills malalts en diferents fases de la seva malaltia. I, ràpidament, tant famílies com professionals ens començaven a dir que falta un recurs, que falta un espai on poder respirar, on poder descansar, i una alternativa per poder acompanyar els últims dies de vida. El millor lloc sempre és a casa, especialment quan és un infant, però no sempre es donen les condicions i no sempre les famílies poden o estan preparades per poder-ho fer.



Això ens va portar a fer un estudi internacional –estem en contacte amb vint centres en l'àmbit internacional–, i veiem que el que no tenim aquí, a Catalunya ni a Espanya, és una figura molt freqüent, per exemple, en el món anglosaxó, que és un *hospice*, un *hospice* infantil. A Anglaterra n'hi ha cinquanta-quatre. A Espanya no hi ha ningú que segueixi aquest model. Fem aquest estudi, i els he de dir que aquests vint centres d'Anglaterra, Estats Units, Austràlia, Itàlia, França ens segueixen ajudant ara, ajudant-los a definir el model d'atenció. El que estem construint és el Pavelló de la Victòria, un lloc per cuidar la vida, i és un *hospice*. Un *hospice* és un centre que treballa per cuidar, per millorar la qualitat de vida de nens en situació de malaltia que limita o que amenaça la vida. Ajuda les seves famílies en tots els moments, i també en els moments més difícils i també en el final de vida. Proveeix espais de respir, de descans. Què significa respir? Respirar. Podem deixar l'infant tres, quatre, cinc dies i atendre altres problemes, altres situacions familiars o anar-nos un cap de setmana a la muntanya, quelcom que no es pot fer quan es té un o més d'un fill greument malalt, i que ofereix un espai complementari al domicili o a l'hospital per acompanyar el final de vida.

Estem creant un centre per ajudar infants amb tot tipus de malalties, no solament càncer –i en això hi insistiré. Aquests són els beneficiaris. A qui ajudarà? A població pediàtrica –zero a divuit anys–, tot i que en aquests casos moltes vegades s'atenen persones fins a vint anys o una mica més, perquè són malalties poc freqüents que requereixen que s'allargui una mica aquesta edat, malaltia que amenaça o limita la vida. Atesos per tota la xarxa d'atenció pal·liativa pediàtrica integral. I un dels motius d'ingressar en un *hospice* no és solament la malaltia: és el motiu social. A un *hospice* s'hi va quan estaríem a casa. No substitueix l'hospital, no estem construint un hospital. Ja hi són. Són excel·lents, i nosaltres els hem reforçat amb la part d'atenció pal·liativa. Estem creant un centre que el complementa, que hem categoritzat com a atenció intermèdia. Tenim l'atenció intermèdia per a adults molt ben organitzada. Què passa amb l'atenció intermèdia per a nens? No existeix. Ara ja tenim la Casa de Sofia –és un centre. El Pavelló de la Victòria complementarà els hospitals i la Casa de Sofia seguint aquest model de *hospice*.

Aquí tenen vostès el model d'atenció: respir, suport en final de vida. I veuen una columna de la qual no els he parlat: el suport als professionals, assignatura sempre

pendent, que pugui impulsar també la recerca en aquesta àrea. I també el suport, compartir espais entre professionals. I una altra pota fonamental en la vida dels infants: l'escola. També tindrà un centre per ajudar les escoles. Orientació quan hi ha un alumne en situació de final de vida o que ha mort per poder ajudar en el grup classe. El tipus d'atenció és amb ingrés, amb atenció de dia. Aquí tenen vostès l'impacte. No m'aturaré en les dades, en totes les dades d'impacte. Aquestes xifres estan extretes amb l'ajuda dels *hospices* amb els que hem treballat. Se'n podran beneficiar quatre-centes famílies anualment. Hem dit que ho necessiten entre cinc mil i nou mil, per tant, a nivell d'impacte ens agradaria dir-vos que aquest projecte s'hauria de replicar arreu del territori.

I aquí tenen l'aventura en la que estem immersos, en rehabilitar un pavelló històric dintre del recinte modernista de Sant Pau, patrimoni mundial de la humanitat per la UNESCO. Què dir-vos del recinte històric de Sant Pau? El Pavelló de Santa Victòria, que és el que estem rehabilitant, va ser creat per l'aportació d'una família que tenia una nena petita que es deia Victòria, que va morir. No hi havia pavelló infantil en el projecte original de Domènech i Montaner, i gràcies a aquesta aportació i a les conseqüents aportacions de la societat civil catalana, com sempre, es va poder aixecar aquest pavelló, que va ser dit Pavelló de Santa Victòria. Té la particularitat que té setanta ves baixes, de Victòria, en la façana i en la part de dalt. Plànols originals de Domènech i Montaner. I li hem encarregat la rehabilitació a una dona arquitecta referent a nivell internacional, que és la Carme Pinós, Premi Nacional d'Arquitectura. Aquí tenen vostès el pavelló en l'estat original. Aquest és el pavelló de Santa Victòria. Així és com ha estat durant tot l'any passat, en la fase de rehabilitació de façana i coberta. Aquest és l'estat actual. Queden tres finestres, però la part de façana i coberta està feta. I estem ja en la fase interior, de rehabilitació de l'espai interior. Tindrà sis habitacions de respir, dos apartaments per acompanyar els últims dies de vida i tot un conjunt d'espais per al suport a famílies i la interacció amb els professionals. Aquí tenen una mostra de com serà l'espai d'atenció de dia.

La piscineta. Un dels altres organismes que hem creat és un consell de famílies, en el qual les famílies que han passat per aquesta situació ens expliquen què es necessita, i l'aigua és un element molt important de confort. Una mare ens va dir: «La meua filla, en els moments més durs i més difícils del final de vida, l'única cosa

que la tranquil·litzava era submergir-la a la banyera.» Tots els *hospices* tenen una petita zona d'aigua. Dir-vos que aquest projecte és fruit també de la col·laboració de moltes empreses catalanes que estan fent aportacions tant a nivell econòmic com en espècies, i la piscina és una aportació íntegra d'una fundació i d'una empresa, que és Fluidra, que l'ha aportat. Aquí tenen una mostra d'una de les habitacions. Aquesta és una mostra de l'apartament de final de vida. Veuen vostès que hi ha un edredó, un cobrellit personalitzat. Un *hospice* és casa. Ens podem portar els llençols; si som del Barça, la pilota del Barça; ens poden portar les joguines. Tot de color de rosa si som una princesa. És casa, d'acord? No estem en un hospital. Una sala per a professionals. Ja acabant.

La proposta que nosaltres hem fet és aixecar una inversió –6 milions i mig d'euros– per rehabilitar i crear el pavelló. Estem al noranta per cent d'aixecar aquests fons, amb la col·laboració, com sempre, de la societat civil catalana. Endevinen vostès qui ha posat els sanitaris i les aixetes? Roca. Els endolls, els interruptors? Simon. La piscina? Fluidra. L'ascensor? Otis. Tot això són aportacions d'entre tots. El pla de treball que tenim en aquests moments. Hem acabat la façana i la coberta i estem en la fase interior, i preveiem un any més d'obres per posar-lo en funcionament l'any que ve, a finals de l'any que ve.

Però torno a la diapositiva d'endarrere –ja estic acabant. Hem proposat aixecar el recurs. I no estem creant un centre privat: això serà integrat en cartera pública de serveis. I ara estem amb la part d'arquitectura més important per nosaltres, que és concertant tots els serveis amb tres departaments de la Generalitat. Sí, doctora Iniesta, tres departaments: Departament de Salut –CatSalut–, Departament de Drets Socials i Departament d'Educació. Tenim una gran oportunitat en aquests moments a nivell legislatiu, que és amb l'aprovació de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària. És un clar projecte que s'emmarca dintre d'aquesta futura agència. Hem de millorar la coordinació entre l'atenció sanitària i l'atenció social. I també amb la gran oportunitat que representa per a nosaltres, i que demanem al legislador de fer possible, que és aquesta futura llei catalana d'atenció pal·liativa pediàtrica integral.

Un nen greument malalt té dret a la millor atenció sanitària possible. I hem de seguir lluitant per vèncer la malaltia, i això els demanem a vostès. Hem de seguir lluitant

per vèncer la malaltia, però si no la podem vèncer, els hem d'ajudar més, i amb això demanem un compromís general de tots per fer-ho possible. Un nen té el dret a la millor atenció sanitària possible, però en té tots els altres: té dret al joc, al lleure, al suport. I els seus pares no tenen

Fitxer 26CS11

solament aquest problema; tenen tots els altres, els que tenim tots. Per tant, els hem presentat un projecte que està fent la Fundació Villavecchia juntament amb dos grans fundacions més: la Fundació Privada de Sant Pau, propietària de l'edifici, i la Fundació de Gestió Sanitària de Sant Pau, que serà qui gestionarà aquest centre amb cartera de serveis pública.

Moltes gràcies per donar-nos l'oportunitat de presentar-vos-el.

### **El president**

Gràcies, senyora Varderí. Demanem als compareixents que s'asseguin a la primera fila i que ens acompanyin aquí a la taula el senyor Serrats i el senyor Javaloy i les senyores Navarro i Giró, per continuar. *(Pausa.)* Qui parlarà? *(Pausa.)* Molt bé. Si els hi sembla, reprenem i donem la benvinguda aquí a la Mesa al senyor Javaloy, que és el president de l'Associació de Familiars i Amics d'Infants Oncològics de Catalunya, i al senyor Serrats, que és el gerent de l'associació. I, per tant, entenc que intervindran tots dos i es repartiran aquests quinze minuts, que els tenen allà davant seu, d'acord? Endavant, si us plau.

**Miguel Javaloy Serrano** (president de l'Associació de Familiars i Amics d'Infants Oncològics de Catalunya)

Doncs molt bon dia. Moltes gràcies, senyor president. Moltes gràcies al Parlament, als representants polítics per donar-nos aquesta oportunitat d'explicar el nostre projecte. De fet, compartim molts dels projectes, dels valors, de les iniciatives que ha explicat la Fundació Villavecchia. Jo explicaré per part d'Afanoc. Afanoc som l'Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics de Catalunya, una associació que neix l'any 1987 a partir de l'experiència vital que estàvem vivint unes famílies,

uns pares i unes mares, a l'Hospital de la Vall d'Hebron, que era el cas de tenir fills malalts amb càncer ingressats, no? Què es van trobar? Es van trobar que l'entorn, diguem-ne, social, l'entorn del nen, de la nena ingressada, pràcticament no existia. Sí que estava molt contemplat, molt estudiat el tema mèdic, el tema de l'hospital, però la resta del temps i de l'espai estava buit, no? Llavors, aquestes famílies es van organitzar per intentar donar forma i ocupar totes aquestes hores. Penseu que són malalties de llarga durada; els nens ingressats a l'hospital sense aquest ambient, sense aquest acolliment, no? Què passava? El tema pedagògic, tema d'escola, el tema d'estímul, el tema d'ajuda psicològica a les famílies, el tema psicosocial, tot això no existia en aquell moment. Llavors aquests pares, aquestes famílies a partir, bé, d'organitzar-se, van començar a anar omplint aquests buits que ells van trobar en aquell moment, no? L'Afanoc, a partir d'aquell moment, es va organitzar, va crear el sistema de voluntariat. Des de l'any 98 tenim voluntaris a Vall d'Hebron.

I, bé, d'alguna manera en algun moment vam veure la necessitat de professionalitzar l'associació, perquè moltes vegades amb bona voluntat la cosa no donava per a més, no? Llavors es va crear l'associació amb un equip professional. L'associació està formada per una junta; la junta som familiars, som pares, mares afectats, i després l'equip tècnic, que gestiona totes les..., bé, tot lo que pot realitzar l'associació, no? Abans comentaven des de la Fundació Villavecchia, no?, aquelles situacions de familiars que es trobaven dormint al cotxe o dormint als passadissos, eh? Això és així.

Llavors, una de les accions, per nosaltres molt importants, que vam crear en aquell moment és també solucionar aquest problema, aquesta manca de tenir un espai de respir, un espai de..., tenir casa, no?, mentre acompanyaven el nen malalt. D'ahí va néixer el projecte de La Casa dels Xuklis, no? Afanoc, bé –podem comentar això–, és una associació que treballa en conveni, tenim conveni amb l'Hospital la Vall d'Hebron, tenim conveni amb l'Hospital Sant Joan de Déu. Això vol dir que tenim treballadors nostres que estan a l'hospital treballant amb les famílies, treballadors socials, a nivell psicològic. Tenim diferents convenis també amb el Joan XXIII, de Tarragona, amb el Germans Trias i Pujol. O sigui, allà on hi ha casos de pediatria oncològica, allà intentem estar. Perquè ho mirem des del punt de vista de la família que s'ha trobat una sèrie de mancances, s'ha trobat una sèrie de dificultats, i llavors

l'objectiu final és intentar que les noves situacions de malaltia..., ho tinguin una miqueta més fàcil, no?

En aquest sentit, bé, jo passaria la paraula al Narcís Serrats, que és el nostre gerent de l'associació, que ens expliqui una miqueta quina és la situació actual amb la casa i amb els projectes d'Afanoc.

**Narcís Serrats Macau** (gerent de l'Associació de Familiars i Amics d'Infants Oncològics de Catalunya)

Perfecte. Bé, primer de tot, doncs donar les gràcies al nostre president, donar les gràcies a tots els portaveus i al president, secretari de la Mesa. De fet, aquí, a les persones que han intervingut abans i el fet de, com ha dit abans l'Anna Varderi, que des d'aquí subratllo que el projecte del Pavelló de la Victòria i les xarxes APPI són coses fonamentals, i avui estem aquí... Si us n'adoneu, no hem portat re, no hem portat cap imatge, perquè ens agradaria captar la vostra atenció. Perquè hem vingut aquí a demanar-vos que us poseu les piles. Vull dir, verdaderament és el fet d'intentar... Que tenim molts de projectes, com el que estava parlant l'Anna, que són molt necessaris per a aquesta societat. I abans ho han dit també els doctors: la falta de pressupostos és molt important perquè continuem avançant.

Les entitats que fem aquesta tasca, aquest complement a l'Administració, no podem fer-ho sols. Necessitem el vostre ajut d'alguna manera. No pot ser que avui en dia continuem amb pressupostos congelats i no puguem avançar projectes que són necessaris per a la ciutadania. I això, malauradament, no és feina nostra, sinó que és feina vostra. I necessitem, si us plau, que us poseu d'acord perquè aquests pressupostos puguin tirar endavant d'una vegada. És molt difícil poder continuar fent país, poder ajudar aquestes famílies que necessiten tant aquest ajut de manera continuada com portem tants d'anys. Si us n'heu adonat, les dues entitats portem un fotimer d'anys acompanyant aquestes famílies.

L'Afanoc, com ha dit aquí el president nostre, Miguel, som els pares i mares afectats —ell ho és, jo ho soc, allà darrere tenim el Josep, que és el nostre tresorer, que també ho és—, i lo que fem és intentar acompanyar aquestes famílies durant tot aquest procés, degut a l'expertesa d'haver passat per aquestes situacions. Per això som l'única entitat que verdaderament representa les famílies que tenen un infant o un

adolescent amb càncer aquí a Catalunya. I per això estic intentant alçar la veu i vam demanar al nostre amic i company Carles Campuzano i la Sara, que ens coneixem molt bé perquè treballem plegats durant molts d'anys, aquestes iniciatives. Iniciatives com La Casa dels Xuklis són verdaderament molt necessàries per continuar. I us demanem aquest recolzament, que de part de la Comissió de Salut o de la conselleria de Salut no tenim cap suport, i seria important poder-lo tenir. Només en tenim de Drets Socials, que sí que és veritat que ens ajuden d'aquesta manera.

Dir-vos, com ja han pronunciat abans, que estem parlant..., que nosaltres ens centrarem molt en lo que és el càncer infantil. El càncer infantil, com sabeu, és una malaltia minoritària. Per tant, i en referència també als dos doctors d'abans, la investigació és crucial. L'Afanoc, en aquesta part, no hi és; nosaltres no curem, però si que ajudem a que la convivència i la situació d'aquestes famílies..., ho passin de la millor manera possible intentant fer aquest acompanyament. Com ho sabeu, a Catalunya devem estar parlant del voltant de dos-cents casos l'any, que tenim a Espanya al voltant dels 1.500, dels quals amb un índex de supervivència força elevat –també ho han dit abans–, i estaríem parlant, amb el càncer infantil, del voltant del vuitanta-dos per cent. Per això són molt important aquests recursos i, després, aquestes situacions que ara estem tractant.

També us volíem demanar en el fet de que en situacions com la d'aquí..., vull dir, ara mateix, dins de l'Hospital de la Vall d'Hebron hi ha un projecte, que no sé si l'heu sentit anomenar, que es diu AYA, *adolescentes y adultos jóvenes*, que per què nois i noies de setze a vint-i-cinc anys pateixen, entre d'altres, càncer de mama o de pròstata, que per edat no tocaria. Aquesta part d'edat que us he dit jo ara, dels setze als vint-i-cinc anys, igual que en el seu moment l'Afanoc va detectar que tractar un càncer pediàtric o infantil no era lo mateix que tractar un càncer adult, ara ens trobem en una situació en la part del jovent, no?, que no és igual, tampoc, per tractar-lo: ni és un càncer infantil ni és un càncer d'adult. Per tant, necessitem intentar abocar situacions per acompanyar aquestes famílies que estan dels setze als vint-i-cinc anys.

A aquest projecte AYA, que és una cosa que va sortir a nivell europeu, cada país europeu posa un hospital a mirar què nassos passa i per què passen aquests casos,

que són poquets, però passen. I a Espanya l'hospital escollit va ser l'Hospital de la Vall d'Hebron, amb la sorpresa que ens vam emportar doncs que sí que és veritat que l'hospital, o CatSalut, va poder generar tota la part, diguem-ne, sanitària, amb la part de poder destinar dues doctores, una de pediàtrica i una d'adulta, perquè... No ho he dit: també es generen càncers..., per què hi han persones grans, o adultes, que generen càncers infantils. Miren les dues coses. Una infermera i tot l'hospital a la seva disposició, però l'equip social no va entrar-hi. Resulta que aquest equip social l'ha hagut de posar l'Afanoc. Per tant, estem intentant sostenir-lo des de 2022, sense cap ajut de l'Administració. Com us podeu imaginar, intentar sostenir un treballador social, una neuropsicòloga i una psicòloga és molt difícil si no aconseguim l'ajut vostre a l'hora de poder fer aquestes compenetracions, per dir-ho d'alguna manera, conjuntes que fem amb els hospitals.

També, com ha dit abans el Miguel, tenim personal a Sant Joan de Déu, amb una psicòloga, una treballadora social i una infermera terapeuta clínica i un equip de sis reflexòlegs i [#12.02] oncològics. A Vall d'Hebron, a part d'aquests professionals que us he dit, tenim dos treballadors socials més, d'acord?, que compartim planta amb la Fundació Enriqueta Villavecchia, amb la qual intentem gestionar totes aquestes situacions. Per això és molt important aquest tipus de recolzaments que podem fer nosaltres, i necessitem el vostre ajut per poder-ho sostenir. Avui en dia, aquest projecte que us he dit, AYA, a l'Afanoc l'està sostenint des de finals del 2022 sense cap ajut de l'Administració, perquè us ho he dit abans: no hi han pressupostos. Al no haver-hi pressupostos, per molt que parlem amb tota la part de la conselleria de Salut, per molt que parlem amb la Glòria Gálvez, per molt que parlem amb l'Alfredo, el director de CatSalut, doncs no hi ha manera de que ells, volent-nos ajudar, ens puguin ajudar.

Què passa? Doncs que no el podem sostenir. Què passa? Doncs que l'hauem de plegar. L'Afanoc, malauradament, de cara al primer trimestre del 2026, doncs haurà de començar a retirar professionals perquè no ho podem sostenir. Llavors, és molt important arribar a aquest tipus d'acords per poder fer aquests tipus d'ajuts que són necessaris. Parlant amb el gerent de l'Hospital de Vall d'Hebron, el doctor Salazar, el projecte AYA és un projecte cabdal per a l'hospital, però, malauradament, ni dins de la conselleria de Salut saben que existeix, o no tothom. No sé si vosaltres ho



sabíeu. Si no ho sabíeu, ja ho sabeu. És un projecte cabdal que cal verdaderament per a aquesta freqüència d'edat. És molt molt important.

Llavors, avui estem aquí per demanar... A part de poder presentar l'entitat, que sapigueu la feina que fem, tenim treballant aquests dos projectes, que són l'AYA, dins de l'Hospital de la Vall d'Hebron, i el nostre principal, que és La Casa dels Xuklis. Perquè us en feu una idea aproximada, una entitat com l'Afanoc, que és petiteta, perquè som associació, voltem un pressupost que volta els 2 milions d'euros l'any, si hi arribem. El trenta per cent és tota l'Administració; la resta, ja ens busquem la vida. Ja entenem que ens hem de buscar la vida, d'acord?, però, clar, hi ha vegades que necessitem el vostre ajut. I és important que aquest trenta per cent es pugui convertir en una miqueta més. Com sabeu, gestionem les campanyes del «Posa't la gorra!» i «Rock pels Xuklis», d'acord?, que intentem sensibilitzar –a través d'una festa parlar de càncer, no?– la població i normalitzar la malaltia, que són també dos dels nostres programes [#14.38] d'aquesta situació.

Res més. Jo, demanar-vos això. Sí que demanarem que a nivell, com sabeu també... Bé, de les entitats que vam lluitar molt perquè existís la Cume..., d'acord?, ara lluitarem molt perquè la Cume es pugui allargar fins als vint-i-cinc anys. No que debutis abans

Fitxer 26CS12

dels divuit i després se't pugui donar fins als vint-i-dos, sinó que es doni fins als vint-i-cinc anys per a aquesta franja d'edat, que hi ha un buit molt important a nivell de prestacions i ajuts a aquestes famílies. També volíem fer referència a la llei catalana, que, per descomptat, ja estem en disposició i que creiem necessària la participació.

També és veritat que volíem aprofitar doncs per donar-vos les gràcies, perquè entenc que sí que això és una cosa que també surt d'aquí, que al final la Resolució 6/10 hagi sigut modificada, no?, amb la part de pernoctació, que feia ja quinze anys que funcionava, i estàvem parlant de que donaven a la família que s'havia de desplaçar vint-i-cinc euros, a ella, amb el malalt i a l'acompanyant, per dormir i

menjar, diguem-ne, vint-i-cinc euros per dormir –perdó– i catorze per menjar; ara s'ha passat ja..., a partir del 17 de novembre es mantenen els catorze euros, però trenta-tres per dormir, a un acompanyant i al malalt mentre no estigui hospitalitzat. Això és un gran avenç que ajudarà moltes famílies que han de patir aquesta situació, i a vegades als llocs com la Casa dels Xuklis o els apartaments que poden tenir la resta d'entitats potser no hi ha lloc o són de curta estada i han d'estar potser en hotels. Els ajudarà a poder finançar aquestes situacions. Per tant, sí que us hem d'agradir doncs que aquest tipus d'instruccions doncs els pugueu anar fent avançar.

Res més. Jo, en un principi, no tinc res més a dir en aquest aspecte. Com a entitat, és dir-vos lo que us he dit abans de la meva compareixença, al començar: si us plau, ajudeu-nos; si us plau, poseu-vos les piles; si us plau, proveu pressupostos perquè aquests projectes puguin funcionar de manera complementària i conjuntament amb l'Administració.

Gràcies.

### **El president**

Moltes gràcies, senyors Javaloy i Serrats. I faríem ja la darrera compareixença d'aquest matí. En aquest cas ens, ara, acompanya la senyora Giró, que és CEO i cofundadora de l'empresa Blue Box Medical Solutions. Tenim un error, perquè aquí figura com a «Bue», eh?, i costava de pronunciar, i la senyora, vaja, ha dit que és «Blue», eh? Blue Box. Per tant, senyora Giró, seu és el torn. Gràcies.

**Judit Giró Benet** (cofundadora i directora executiva de The Blue Box Biomedical Solutions)

Moltes gràcies. Sí, jo soc la Judit. Moltes gràcies per donar-nos aquest espai, per convidar-nos i per estar aquí. I, bé, un plaer compartir taula amb doctors com vosaltres i amb els familiars dels pacients, que al final també coneixeu la malaltia. Moltes gràcies a tothom i un honor estar aquí.

Bé, el nostre punt de vista és una mica diferent. Nosaltres venim..., la meua companya Lúdia i jo som les cofundadores d'una *start-up* de Vallmoll, de Tarragona, que es diu The Blue Box. Nosaltres estem desenvolupant una tecnologia que detecta càncer de mama a partir d'una mostra d'orina, i us venim a donar el nostre punt de

vista de com ha sigut aquest desenvolupament, aquesta innovació i com, juntament amb els pacients, amb els metges, podem fer que això acabi sent una realitat.

Abans de tot, bé, qui som? La Lúdia i jo ens vam conèixer a Califòrnia, allà on vam tenir la idea de crear The Blue Box, aquesta detecció de càncer de mama a partir de la mostra d'orina. Vam començar a desenvolupar la tecnologia a la Universitat de Califòrnia, però hem acabat tornant a casa per un motiu que després ja veureu, una mica perquè...

Però abans de tot ens agradaria començar parlant d'aquest problema, no?, un problema que hem estudiat moltíssim, nosaltres, des de l'inici d'aquesta empresa. Quin és el problema que intentem solucionar? Bé, doncs el problema és tan frustrant com... El càncer de mama, en particular, és el càncer més tractable, però encara i així és el càncer que mata més dones. Això per què? Doncs bé, si ho analitzem, la gran majoria de països desenvolupats del món tenen un sistema nacional de cribratge pel qual totes les dones, cada any o cada dos anys, es fan una mamografia. De fet, Catalunya va ser pioner en aquest aspecte, va ser un dels primers llocs del món on es va implementar aquest sistema de cribratge, des dels anys noranta.

Ara mateix, a nivell estatal, tenim una de les taxes de participació més altes d'Europa en aquest sistema. Podem aplaudir-nos una miqueta, però també ens hem de preocupar. Per què? Perquè tenim problemes a nivell de la tecnologia que fem servir. Ara mateix, de cada tres dones amb càncer que es fan la mamografia, un d'aquests tres càncers no serà diagnosticat per la mamografia, i la dona s'enviarà a casa. Moltes dones donaran positiu en la mamografia i es trucaran perquè es facin més testos, però de totes aquestes dones només un u per cent tindrà càncer. És a dir, estem enviant dones amb tumor a casa i estem destinant aquests recursos tan cars i tan limitats com les mamografies i les imatges mèdiques a dones que realment no tenen càncer.

Però, això per què està passant? Doncs perquè, com deia, seguim fent servir les tecnologies dels anys noranta. Les mamografies ara mateix és el millor que tenim; salven moltíssimes vides, però tenen una sensibilitat baixa en dones amb pit dens. La meitat de les dones en edat de cribratge tenen aquest pit dens. És a dir, la sensibilitat baixa del setanta-tres per cent al cinquanta-vuit per cent en mama densa.

Per tant, és clar que es necessita una solució sensible, fiable, accessible, barata perquè serveixi per a totes les dones en estat de cribratge.

A partir d'aquí, nosaltres hem desenvolupat una tecnologia. Hem fet servir electrònica de Barcelona, intel·ligència artificial de Califòrnia, i el que fem és doncs..., hem creat una tecnologia que dona resposta a una ciència que feia dècades que existia. Fa dècades que es coneix que el càncer de mama provoca alteracions en una mostra d'orina que permeten diagnosticar el càncer de mama, però encara no tenim al mercat tecnologies que facin aquesta detecció prou barata i prou accessible. Nosaltres el que hem fet és dissenyar una màquina que evapora aquests components de l'orina simplement aplicant calor, de tal manera que s'evaporen i activen els nostres sensors. Aquest senyal electrònic dels sensors és interpretat per la nostra intel·ligència artificial, que veu patrons que es correlacionen amb el càncer de mama. Aquesta tecnologia l'hem validat en hospitals catalans, i també alguns espanyols, durant els últims anys amb més de cinc-centes pacients –set hospitals–, i hem vist que és més sensible que la mamografia. La Blue Box pot veure alguns càncers que la mamografia no podria veure. La nostra publicació a *Scientific Reports by Nature* ens ho recolza, però sobretot ens recolzen tots aquests set hospitals que hi hem estat treballant durant tot aquest temps. Per tant, la nostra proposta aquí és aconseguir, no?, ser un complement al sistema nacional de cribratge perquè més dones siguin diagnosticades a temps, però també per optimitzar tots aquests recursos tan cars i limitats, no?, donar-los millor ús al que ja estem fent.

Aleshores, què és el que hem fet fins aquí? Deixeu-me explicar una mica com hem desenvolupat aquesta tecnologia i com podem ajudar a que més tecnologies es desenvolupin. Un patró que observem molt en la innovació, jo crec, i una cosa que crec que tots hi estarem d'acord és que la clau perquè el sistema sanitari català segueixi sent capdavanter a Europa és la col·laboració públicoprivada, no?, i aquest ha estat el nostre cas. Nosaltres, des de que ens vam constituir com a empresa fins que entrem al mercat, cremarem uns 5 milions d'euros. D'aquests 5 milions, més o menys 1 milió i mig ha vingut d'Europa, d'Espanya i de Catalunya i uns 3, 4 milions han vingut d'inversió privada. Han estat clau les dues fonts de finançament, perquè a l'inici el finançament públic ens va donar una molt bona empenta per poder

començar a tenir resultats. I amb aquests primers resultats hem anat a buscar els inversors privats. Per tant, calen les dues fonts de finançament.

Una altra cosa que també hem vist, i és molt curiós, de fet, és que nosaltres vam començar l'*start-up* a Califòrnia, no? A Califòrnia és molt fàcil. Quan veus un problema, estan entrenats allà perquè, en comptes de queixar-te, tot l'esforç que dedicaries a queixar-te el destinis a fabricar la situació. Allà la gent no es queixa: fa start-ups –és diferent. Aquí a Catalunya potser ens conformem més. Això és lo que podem aprendre d'allà. Però lo que els d'allà poden aprendre d'aquí és lo fàcil que és..., o la predisposició que hi ha en el sistema sanitari català a innovar. I això ho dic mirant aquests metges que tinc aquí a la dreta.

Nosaltres hem tornat a Catalunya i ens hem quedat per les facilitats que ens han posat els metges en innovar, i les pacients també, els pacients. El que passa aquí és que qui ha d'innovar, qui té la tecnologia i qui té els metges té ganes d'innovar i té la capacitat, el talent, indiscutiblement, d'innovar. El que està fallant, quan arriben els pals a les rodes, és a nivell d'adopció de la tecnologia. El sistema sanitari és extremadament lent en adoptar noves tecnologies, i un inversor privat és difícil que confiï que el sistema sanitari ens acabarà adoptant i, per tant, no vol invertir en nosaltres. Per tant, al final, aquí les *start-ups* jo crec que no venim a demanar diners; venim a demanar adopció ràpida o més guia en com podem ser adoptats per vosaltres, pel sistema sanitari. Per tant, bàsicament és això, no? Si ens mirem en el marc de com hem innovat o com estem innovant nosaltres, ens vam constituir l'any 21. Vam estar quatre anys validant en hospitals públics, pagant com podíem, i ara hem tancat una ronda ja una mica més gran, amb fons europeus sobretot, i entrarem al mercat a l'inici de l'any 27 i després escalarem a Europa i després a Estats Units.

Per tant, què és el que necessitem nosaltres, no?, una mica la nostra perspectiva de com podem innovar encara més. Una cosa que necessitem és, com he dit, l'accés ràpid al sistema sanitari, que ens ajudeu a entendre més bé la idiosincràsia d'aquest sistema sanitari públic i que puguem ja començar a dissenyar les solucions futures entenent millor aquest sistema. Per exemple, *office hours*, com fan a Estats Units: que vosaltres tinguéssiu una hora a la setmana un Zoom, un *link* de Zoom obert on nosaltres ens poguéssim connectar i venir-vos a preguntar si aquesta solució serveix

per a alguna cosa, si la voleu, o com la podem fer perquè encaixi en el sistema realment. Més contacte directe.

Després, una eina que ja s'ha fet i que nosaltres la veiem molt molt molt intel·ligent, és la CPI, la compra pública d'innovació. Nosaltres, de fet, ja hem aplicat a l'Innopass. Tenim moltíssimes expectatives. És una gran gran gran eina. I si tot el que es promet realment acaba passant, això pot ser fantàstic. De fet, és un model que té pinta que pot anar molt bé, no?, perquè té moltíssim precedent. A nosaltres ja fa uns dos anys se'ns va apropar el sistema sanitari de Galícia, per exemple, i va obrir una convocatòria en la qual hem estat seleccionades. I, si tot va bé, acabarem testejant la nostra tecnologia amb el sistema sanitari públic de Galícia, i si passem bé aquesta validació, ens adquiriran. Després també tenim converses obertes amb el Sermas, el sistema sanitari públic de Madrid, i estem treballant per fer un assaig clínic, el de validació, junts. A nosaltres ens encantaria entrar a mercat primer a casa, al sistema sanitari públic català, però anirem allà..., anirem al lloc on sigui més ràpid. Per tant, ajudeu-nos a poder-nos quedar a casa.

I un últim punt que m'agradaria també demanar, ja que estem aquí a exposar les nostres opinions, és la falta de formació en intel·ligència artificial i en regulatòria. Ens estem polaritzant o ens estem posicionant a nivell de la seguretat o l'eficiència o en l'ús de la intel·ligència artificial més ràpid del que l'entenem, no? Ens agafa por o li donem suport abans d'entendre què és, i això és extremadament perillós. Perquè podem fer servir l'eina, li podem donar un mal ús o podem perdre una oportunitat de salvar vides, la qual cosa és encara més èticament incorrecta. Per tant, ens encantaria que aquestes noves generacions fossin extremadament formades en IA i en regulatòria, perquè naltres volem contractar professionals per portar la tecnologia al mercat, i no existeixen encara aquests professionals.

Per tant, al final, si puc deixar aquí un missatge abans de marxar a casa, el que us venim a oferir és això, no? Cada vegada estem davant d'una oportunitat diria que històrica, sense precedents. Ens estem movent des d'una medicina que era paternalista en el passat a una medicina extremadament centrada en la pacient. Les dones som conscients de la falta d'equitat en salut de les dones, i ho estan demanant. Ara ja en són conscients, ja no els hi podem dir que no. Però al mateix

temps això és una gran gran oportunitat. Per tant, el que jo vinc a dir-vos aquí ara mateix és deixeu-nos ajudar-vos a que aquesta sigui la primera institució que passa a la història, perquè no és l'única que parla de..., no parla només d'innovar, com totes, sinó que realment innova per a la salut del cinquanta-u per cent de la població. Gràcies.

### **El president**

Moltes gràcies, senyora Giró. Hem tancat ja el torn de les compareixences. Donar les gràcies a tots els compareixents, que s'han portat molt bé amb relació als temps assignats. Ens ha permet fer avui un experiment que no és massa habitual, que és agrupar compareixences que tenen el fil conductor del càncer, però que expliquen realitats que són molt diferents. Ara serà el torn dels grups parlamentaris. Dir-los també als compareixents que s'han excusat les portaveus dels grups parlamentaris Mixt, de la CUP i del Grup Parlamentari dels Comuns, que, per tant, no els poden acompanyar en aquesta fase. Un cop els portaveus els hagin formular les preguntes, tindran un segon torn de cinc minuts per tal de contestar, d'acord? Molt bé. Doncs comencem amb el Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i té la paraula la seva portaveu, la senyora Jaurrieta. Endavant.

### **Sara Jaurrieta Guarner**

Moltes gràcies, honorable president. En primer lloc, donar les gràcies a totes les persones que avui han comparegut. La veritat és que ha estat un matí molt enriquidor, molt interessant. Gràcies per les compareixences. I gràcies sobretot per la feina del dia a dia, la feina doncs d'acompanyament, de recerca, d'atenció, de suport, de tot allò que omple el dia a dia i ajuda doncs totes les persones que pateixen un càncer. Tots tenim doncs persones estimades, no?, que han patit aquesta malaltia i, per tant, és una malaltia que ens toca de molt a prop a tots, a tota la societat. I nosaltres, doncs com a polítics, com a legisladors, com a diputats, doncs també tenim una responsabilitat en poder fer avançar la nostra societat, en fer cas de peticions que han sortit avui aquí.

Vull constatar les bones notícies, no?, sobre la malaltia, amb la reducció de la mortalitat, que al llarg d'aquests anys ha anat evolucionant, i també doncs la supervivència, com ens mostraven, i ha anat

Fitxer 26CS13

evolucionant. I, per tant, és un procés en el qual estem carregats d'esperança de tots els passos que s'han anat fent. Tenim molts reptes pendants. Continua sent, no?, deien, la primera causa de mortalitat, i volem l'objectiu que feia referència l'Associació contra el Càncer, no?, que volem una malaltia que sigui crònica, que sigui una malaltia crònica i, per tant, no generi la mort. El tabac és un repte que tenim per davant. El trenta per cent està causat per càncer, i, per tant..., causa del tabac, i és molt important.

Hem de continuar avançant. Ha sortit aquí el tema dels cribratges, tant en els participants en els cribratges existents, que siguin més participats, i, per tant, augmentar doncs..., que no pot ser que sigui només per sota un cinquanta per cent en alguns casos, com, per exemple, el de còlon. Cal acompanyament i sensibilització en que això millori. I també en anar augmentant les edats d'aquests cribratges i en nous cribratges, no? I, per tant, proves pilots que ens puguin permetre estudiar l'impacte o estudis que permetin progressivament anar incorporant aquesta qüestió.

Cal augmentar la regulació. Prenem nota amb la qüestió de les cigarretes electròniques i altres qüestions que han sortit. Ara, per exemple, al Congrés dels Diputats ha entrat un projecte de llei de l'alcohol a menors, i pensem que també és molt important que pugui veure la llum per poder regular en l'àmbit també dels menors. Ha sortit també la qüestió de la desigualtat en càncer. Per tant, la desigualtat de renda genera una tensió desigual en el càncer tenint una sanitat pública universal. Això és important de citar, que aquí cal una mirada transversal per millorar la societat. Reduir les desigualtats, els impostos; una societat que permeti reduir les diferències en les rendes serà una societat que permeti també reduir les desigualtats en el tractament del càncer.

Han sortit idees i propostes que n'hem pres nota. La Fundació Enriqueta Villavecchia, que ens ha explicat la qüestió de l'hospice, o el suport que demanaven també del projecte AYA, no?, d'Afanoc, o també doncs idees de Blue Box que explicava sobre el tema d'innovació. També doncs el doctor Tabernero i també el



doctor Molins explicaven sobre la importància del pla del càncer 2022-2026, un pla que necessita uns recursos, un pressupost. Això, des del nostre grup doncs estem treballant per poder disposar i poder tenir uns bons pressupostos. I des d'aquí doncs també fem una crida a poder tenir el màxim suport possible en els pressupostos del 2026.

S'han fet passes endavant, i han sortit al llarg de les intervencions. Un registre únic de càncer, que recentment s'està treballant en què sigui una realitat. Aquestes dades homogènies i actualitzades ens permetran fer una activitat preventiva importantíssima i anticipar-nos al seu tractament. O la xarxa d'atenció pediàtrica pal·liativa integral, la XAPPI que hem passat de tres hospitals a ampliació amb set més i, per tant, deu, no? Això és molt important de cara a aquest any 2025, que s'han ampliat aquests set; és molt important de cara a poder atendre amb totes les garanties.

Tenim camí per endavant, i aquí no em queda res més per agrair, per agrair tenint... Teniu el nostre compromís, tenen el nostre compromís del Grup Parlamentari Socialistes i Units per avançar, per anar avançant. I vull agrair doncs la seva feina, la de tots els professionals, totes les entitats, els pacients, els familiars, tots els que fan recerca, els que fan atenció, perquè sense ells, doncs, els avenços que avui hem constatat i els reptes pendents no serien possibles.

Moltes gràcies.

### **El president**

Moltes gràcies, senyora Jaurrieta. Ara serà el torn del Grup Parlamentari de Junts i té la paraula el seu portaveu, el senyor Fàbrega. Endavant.

### **Jordi Fàbrega i Sabaté**

Gràcies, president. Bé, moltíssimes gràcies a tots els compareixents d'avui. La veritat és que, tenint en compte que dissabte, bé, que aquest cap de setmana, especialment dissabte, doncs se celebra la Marató, crec que era molt convenient doncs avui fer aquesta marató que nosaltres també hem fet aquí amb el càncer. I, per tant, doncs agrair al president i a la Mesa doncs aquesta organització. Perquè la veritat és que hem vist una visió de conjunt, cadascú des del seu focus, des de la

seva petita part, però que sí que ens permet doncs agafar una visió molt interessant, no?, des del punt de vista de la recerca puntera que tenim en hospitals públics, des del punt de vista de les associacions, doncs d'aquesta societat civil organitzada, no?, sigui amb associacions de malalts, sigui amb entitats del tercer sector, que venen una mica doncs a complementar tot allò on l'Administració no hi arriba. I sort en tenim a Catalunya doncs d'aquesta gran col·laboració que tenim entre societat civil i Administració, no? I després l'apunt final, amb la Judit Giró, doncs amb aquesta..., com aquestes *start-ups* doncs ens poden obrir..., i llavors com nosaltres podem col·laborar per anar millorant tot això, no? Jo crec que ens queda molt clar, i des de Junts per Catalunya sempre hem defensat que la col·laboració publicoprivada i la col·laboració entre la societat civil organitzada i les administracions és el que ha fet avançar Catalunya durant moltíssims anys, i així ha de continuar sent. I, per tant, per nosaltres això és un tema molt important.

Sí que han anat sortint coses molt interessants, no? Llavors, jo sí que volia fer doncs algunes preguntes o algunes precisions, aviam si..., no? Sobre la prevenció, el tema del tabac queda claríssim, i especialment també doncs aquestes cigarretes electròniques o aquests vaporitzadors, que no els hi donem importància. I, per tant, és important legislar-ho per tirar endavant, no? També el tema de les infeccions, que se n'ha parlat com a prevenció. Aquí la vacuna del papil·loma doncs ha estat un exemple, per exemple.

Del tema dels *screenings* sí que m'agradaria parlar-ne, aprofitant que tenim tant el doctor Molins com el doctor Tabernero. Si podem millorar aquestos *screenings* en algun sentit, és a dir, especialment –i miro el doctor Molins– *screening* de càncer de pulmó, l'apliquem o no l'apliquem, no? Càncer de pròstata: es pot fer doncs alguna cosa més o no? Càncer de mama, aplicant noves tecnologies, no?, com avui ens han presentat. Incrementem les edats dels cribratges de càncer de còlon o de càncer de mama, com l'ICO ha recomanat? I sembla ser que no..., que de moment no s'ha pogut fer. Com ho fem per incrementar doncs aquesta participació? Especialment, no?, en el càncer de còlon, que és tan senzill de fer, doncs que realment hi hagi aquesta participació tan baixa. Com ho podem fer perquè la població se senti interpel·lada doncs a tirar-ho endavant?

Sobre la medicina de precisió, no?, tinc el... Un dels nostres cavalls de batalla, com el de tots els d'aquí, és l'equitat territorial, no? És a dir, oferim medicina de precisió de la mateixa manera, amb les mateixes possibilitats a un pacient que viu a plaça Catalunya de Barcelona o a un pacient que viu a Bossòst, a la Val d'Aran? Com podem millorar doncs aquest tema, que crec que és important?

I després, també, sobre el suport a la recerca. Jo crec que és molt important. Hem d'incrementar el suport a la recerca, i això es pot vehicular des del Departament de Recerca i Universitats o vehicular des del Departament de Salut. Això, podríem entrar en discussions, però està clar que es necessiten més recursos per tirar-ho endavant. I especialment també amb l'aplicabilitat d'aquesta recerca, eh?, és a dir... Les gràfiques que ens ha passat el doctor Tabernero doncs són molt interessants de com s'ha anat escurçant aquest temps, però, malauradament, encara tenim medicaments aprovats per la EMA, innovadors, i que triguen més de sis-cents dies a autoritzar-se doncs a l'Estat espanyol, no? Com ho podem fer per disminuir aquest *gap* i que realment doncs vagin al pacient, no?, que és qui al final ho necessita, a l'usuari.

També volia preguntar a l'Associació contra el Càncer si la implicació al pla de salut, al futur pla de salut, i al pla contra el càncer doncs és suficientment activa o en necessitaríem més. Crec que és important el tema de l'agència integrada social i sanitària per moltes de les coses que aquí s'han parlat. Crec que el Parlament, aquí, en un exercici de consens, doncs hem aconseguit aprovar aquesta agència, i crec que ens pot ajudar molt. I dos dels exemples que ens posaven vostès, no?, doncs que justament el projecte AYA no tingui el recolzament de la part social, no?, o que no hi hagi a Afanoc el recolzament de la part de Salut. Doncs això l'agència ho ha d'anar a solucionar. Per tant, aquí és important. I també la discussió de si l'agència havia de tenir un pressupost propi o no. Doncs va ser important, i crec que això és fonamental, no?, en aquest sentit.

Deixeu-me agrair a la Fundació Enriqueta Villavecchia la seva feina, perquè si tenim unes XAPPIs com les tenim és en part gràcies a la Fundació Enriqueta Villavecchia; si tindrem una llei de cures pal·liatives pediàtriques amb pares a la feina de la Fundació Enriqueta Villavecchia, no? Ell ha dit que havia comparegut fa quinze dies.

Va ser la ponència de llei de cures pal·liatives pediàtriques, on vam veure la foto de com estaven els tres grans hospitals, les tres grans XAPPIs, no?: el Taulí, Vall d'Hebron i Sant Joan de Déu. Però a la propera ponència, després de Reis, veurem la realitat dels set nous centres que s'han incorporat, que no té absolutament res a veure, i per això necessitem la llei. I sí que crec que estem tots d'acord en aquesta comissió de tirar-la endavant, no?

I finalment –vaig acabant–, per part de Blue Box, a part d'aquesta compra pública innovadora, què necessita Catalunya per poder apostar per les *start-ups* emergents i per tot aquest talent immens que tenim al país, que està treballant, perquè doncs això realment es pugui aplicar i es pugui introduir, especialment en el tema de salut, que és el que aquí ens interessa, però en tot el tema en general, eh? I, de nou, moltíssimes gràcies a tots per la compareixença i, com ha dit la diputada Jaurrieta, per la feina que feu cada dia, que, *desde luego*, sou part de que Catalunya sigui un país millor i un país pioner.

Gràcies a tots.

### **El president**

Moltes gràcies, senyor Fàbrega. Ara serà el torn del Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana de Catalunya i té la paraula el seu portaveu, l'honorable senyor Fernández. Endavant.

### **Juli Fernández Olivares**

Moltes gràcies, president. I moltes gràcies a totes les persones que heu comparegut i a les entitats. Avui hem tingut una classe magistral, per dir-ho així, des de diferents punts de vista, i, per tant, gràcies per ajudar-nos a entendre una mica millor la situació del càncer, de les persones que el pateixen, de la recerca, de la innovació i de les entitats que treballen perquè sigui la situació una mica millor.

A mi m'agradaria començar per un parell de preguntes, que el company Fàbrega n'ha fet unes quantes, que comparteixo, però n'hi afegiria una altra al voltant de la valoració dels cribratges de detecció de càncer i el rol d'uns agents de salut importants al nostre país, que són molt capil·lars, que són les oficines de farmàcia. I, per tant, com valoren aquest rol i si creuen que hi pot haver altres cribratges que

es poguessin ampliar en un sistema similar, si valoren el rol com a positiu. Evidentment, si el valoren com a negatiu, doncs la resposta serà que no. Aquesta ja la tindrè. I també, a la part de Blue Box, si el seu projecte de detecció té en algun cas una derivada no tan hospitalària, sinó més utilitzable en altres recursos que no siguin els hospitalaris en alguna següent fase, entenc que en aquesta primera, no, o si s'ho han plantejat en algun moment des del punt de vista..., si és tecnològicament possible.

I, a banda d'aquestes preguntes, doncs jo crec que, si més no, jo puc parlar pel nostre grup parlamentari, i suposo que per tots els grups parlamentaris, doncs el nostre compromís en facilitar totes aquelles iniciatives que el Govern dugui a terme que permetin que les iniciatives per tenir cura de la gent que pateix càncer i de les seves famílies puguin tirar endavant des del punt de vista econòmic. És cert, calen recursos, i, per tant, jo el que vull és reiterar el nostre compromís amb això. Entre altres coses, i sempre ho explico d'aquesta manera, és per això que és molt important que Catalunya tingui un sistema de finançament que li permeti doncs disposar de 5.000 milions, 10.000 milions o 20.000 milions d'euros més anualment, que són els que els i les catalanes paguen amb els seus impostos.

I és per això, perquè el sistema de salut i la salut de les persones per nosaltres és una prioritat i seria un dels principals departaments o polítiques públiques que es veurien beneficiats d'aquests recursos, doncs que creiem que és molt necessari. I és per això que creiem que és molt important vincular-ho per tal de tenir els millors pressupostos possibles, i més quan hi ha hagut un compromís de les forces polítiques que governen Catalunya, o la força política que governa a Catalunya i l'Estat de que això sigui així. Per tant, nosaltres, si no és perquè hi ha aquesta situació, doncs compromesos amb tots els altres mecanismes dels que disposa el Govern per tal de poder-los tirar endavant i que puguin fer possible que les situacions que vostès ens han explicat que viuen, per exemple, AYA, o en alguns altres elements de recerca, doncs puguin tirar endavant.

Per part meva, tan sols reiterar l'agraïment. Desitjar que la Marató que viurem diumenge –dissabte també, però diumenge és el dia que farem la Marató al 3Cat– doncs ens serveixi per aprofundir encara més en aquesta sensibilització i que

Fitxer 26CS14

disposem d'uns recursos addicionals, que no són els que segurament es necessiten però que ajudaran a que puguem avançar encara més en la investigació en el càncer i en que l'entorn de les persones que no pateixen càncer de prop..., doncs també estiguin molt més sensibilitzats i entenguin molt més la situació que viuen les persones i les famílies que sí que ho hem patit o patim en algun moment.

Moltíssimes gràcies, president. Gràcies als i la compareixents.

### **El president**

Moltes gràcies, honorable senyor Fernàndez. I ara serà el torn del Grup Parlamentari del Partit Popular de Catalunya i té la paraula la seva diputada, la senyora Pajares. Endavant.

### **M. Belén Pajares Ribas**

Moltes gràcies, senyor president. Agrair les explicacions al doctor Tabernero, al doctor Molins, a la senyora Varderi, al senyor Javaloy, al senyor Serrats i a la senyora Giró; agrair les explicacions en nom de les seves respectives entitats. I també volem saludar les persones que avui ens acompanyen en la Comissió de Salut, i agrair-los la feina que fan vostès, cada qual de vostès, en el seu àmbit.

Avui parlem en aquesta –si m'ho permet, senyor president– macrocompareixença d'una malaltia que afecta cada any milers de famílies i que ens obliga a mirar cara a cara no tan sols a la malaltia, sinó també lo que podem fer tots i entre tots per lluitar contra el càncer. Cadascun de nosaltres –nosaltres també, els parlamentaris– tenim un paper a desenvolupar.

Vostès ens han plantejat molts reptes. El doctor Tabernero i el doctor Molins ens parlaven de la supervivència, i davant de la supervivència, que ha d'anar vinculada a una millora de la qualitat de vida, pensem que cal impulsar un abordatge integral i equitatiu, i és obvi que existeixen molts reptes per abordar aquesta integralitat. Entenem que els factors físics, emocionals i socials han de tenir-se en compte al

llarg del circuit assistencial per reforçar la capacitat del sistema sanitari i dels professionals implicats. La importància de la prevenció –ho deien tots vostès, no?–; la coordinació sociosanitària, o sigui, l'adaptació del sistema sanitari a la cronicitat de la malaltia; l'equitat territorial –ho parlaven alguns de vostès–, perquè a Barcelona tot sembla molt més fàcil, perquè estem rodejats d'hospitals de referència, tant públics com privats, i l'abordatge multidisciplinari com a pilars fonamentals. Els equips professionals, els professionals de la salut, són un dels pilars de l'abordatge. És necessari consolidar equips multidisciplinaris que incloguin oncòlegs, infermeres, psicòlegs, nutricionistes, per als bons hàbits que cal impulsar, i altres especialitats, no? Garantir aquest abordatge integral i coordinat.

Ens parlaven la majoria de vostès que un diagnòstic de càncer i el posterior tractament, que té moltes implicacions tant per al malalt com per a la família del pacient..., és necessari abordar aquestes necessitats sense incrementar els recursos destinats al suport emocional de pacients i famílies. O sigui, és necessari incrementar aquests recursos, perquè són una part molt important del circuit de tractament, però també ho és –i a això l'Administració no pot fer deixament de responsabilitats– la incorporació de psicoòncologs a l'atenció primària. La senyora Varderi ens parlava dels voluntaris de la seva fundació, i aquí aprofito per agrair la feina que fan els voluntaris de totes les entitats.

Deien els primers compareixents que cal posar el focus en la prevenció i en la recerca –que pensem que estan lligades les dues coses–, i la inversió en recerca oncològica és un dels reptes més importants a assolir per desenvolupar tractaments més eficaços i personalitzats, així com accelerar la incorporació d'innovacions terapèutiques al sistema sanitari, i també recerca en la detecció primerenca i en la prevenció. I aquí els voldria preguntar, sobretot als doctors, sobre la integració de la intel·ligència artificial, no? –no és que sigui un repte, és que ja la tenim aquí–, per optimitzar el diagnòstic precoç, personalitzar tractaments i millorar-ne el seguiment. Això sí, supervisada pels professionals de la sanitat. M'agradaria saber, o ens agradaria saber quin és actualment el grau d'integració en la recerca.

I després acabaré, senyor president, amb tres apunts, no? Un és, aprofitant la implicació de les entitats privades, moltes, que també són promotores i són part del

suport a la investigació ecològica, que des del Grup Popular estem convençuts que cal intensificar les estratègies de col·laboració publicoprivada i aprofitar sinergies en la recerca. M'agradaria que la senyora Giró, el doctor Tabernero i el doctor Molins ens aprofundeixin una mica en aquest tema.

També, la veritat és que, si parlem de la col·laboració publicoprivada, volem que sigui real. I parlant també de buscar estratègies i sinergies, pensem que no és de rebut que l'Afanoc, que porta moltíssim temps treballant i lluitant pels malalts i per les seves famílies, hagi de dir que potser tancaran. Sincerament, escolti'm, és necessària la implicació de l'Administració pública davant d'un anunci d'aquestes característiques. I he de dir-li que en allò que nosaltres puguem ajudar ens tenen a la seva disposició.

Un altre tema que no vull deixar de tocar i que aniré lo més ràpid que pugui és els malalts quan són nens i adolescents, una realitat que no sempre és visible, perquè és que no és lo natural, i en molts casos aquestes malalties els produeix una dependència crònica i fràgil de per vida, i que en altres casos, malauradament, els condueix a la mort. I la realitat assistencial és que tenen moltes necessitats i necessiten moltes ajudes que potser són semblant a la dels adults en molts casos. Però només faré un petit apunt, perquè no tinc més temps, no?, que és, dintre d'aquestes necessitats, el dret a l'atenció domiciliària, no?, que cal millorar en tots els sentits, perquè si en una persona adulta el seu entorn familiar és molt important, doncs en un nen encara pren més importància.

Només un breu apunt, senyor president, perquè a la ponència de la llei de cures pal·liatives integrals pediàtriques, que el senyor Manchón, company de la Comissió, n'és el ponent, doncs vostès aprofundiran més en les necessàries millores, i també perquè cal fer-ho per solucionar les mancances. La llei ha de ser realment un veritable instrument per posar en marxa tot lo que estem parlant sempre en les comissions i que després no té relació amb la realitat.

Gràcies, senyor president.

**El president**



Moltes gràcies, senyora Pajares. I per tancar aquest torn dels grups parlamentaris, li passo la paraula a la portaveu del Grup Parlamentari de VOX en Catalunya, la senyora García Fuster. Endavant.

**María Elisa García Fuster**

Muchas gracias, señor presidente. Bueno, muchísimas gracias a todos los ponentes. La verdad es que estamos encantados de que estén aquí. Y sobre todo agradecer todo el trabajo que hacen por el vacío que deja la Administración pública, ¿no?

Yo me acuerdo, cuando empecé en esto de la política, que una de las primeras asociaciones que visité fue la Asociación contra el Cáncer en Barcelona. Estuve visitando el centro con el doctor Molins. Me pareció espectacular el trabajo que hacían. Y le comenté exactamente lo mismo. Lo agradecemos mucho. Obviamente, desde VOX nos parece necesario que lo hagan, pero consideramos que quien debe hacer esto es la Administración pública; es la Administración pública, porque para eso están los impuestos de las personas. O sea, es una cosa que a nosotros nos parece de sota, caballo, rey. Más tratándose, precisamente, de la Asociación contra el Cáncer de Barcelona. El otro día leíamos que habían invertido en el Instituto de Investigación Biomédica 2,4 millones de euros para hacer investigación; una asociación con un noventa por ciento de financiación privada, de sus asociados, y solamente un diez por ciento que es lo que invierte la Administración pública. Es una completa y auténtica vergüenza.

Con respecto a lo que ha dicho la señora Varderí –las familias de los niños enfermos durmiendo en los coches o en los pasillos–, me recuerda mis inicios en la medicina, mi primera especialidad cuando era residente de cirugía cardíaca, y resulta que hacías guardias, y el cincuenta por ciento se lo llevaba también la Administración pública. Y tuve contacto con una asociación, que se llamaba Menudos Corazones, que hacía exactamente lo mismo, pues favorecía o buscaba alojamiento, pisos, ayudas para todas estas familias, porque antes de cirugía cardíaca pediátrica se podía operar en muy pocos hospitales. No teníamos el Juan Canalejo; era solamente el Doce de Octubre los que prácticamente operaban en cirugía cardíaca pediátrica. Y, claro, toda la gente de toda España se tenía que venir a operar aquí, los niños con patología cardíaca pediátrica. Y yo me preguntaba: ¿por qué me retienen tanto

dinero de las guardias y no se invierte en estas personas que de verdad lo necesitan? Y la verdad es que varios años después, y ahora dedicada a la política en vez de a la medicina –desde hace muy poquito, pero dedicada al fin al cabo–, me sigo preguntando exactamente lo mismo: ¿dónde está el dinero de nuestros impuestos que no se invierte en las personas que se necesitan para que ustedes puedan trabajar con una financiación de la Administración pública sin necesidad de ir con el agua al cuello y sin necesidad de hacer malabarismos, como están haciendo ahora?

Y voy a terminar pues rompiendo una lanza a favor de los oncólogos. El treinta y ocho por ciento de los oncólogos –salía también el año pasado– se están planteando abandonar la profesión médica. No solamente es la frustración. Yo creo que también los políticos y la sociedad en general tienen que ser conscientes de la presión que soportan constantemente todos los médicos, absolutamente todos los médicos, especialmente también los oncólogos, también los cirujanos –el señor Molins–, los torácicos, que tienen que ir de hospital en hospital, ¿no? Y pienso que es muy importante ponerlos en valor y que si queremos de verdad apostar por ellos a lo mejor hay que empezar a plantearse un estatuto médico propio, que es lo que están reclamando desde hace años, por ejemplo, ¿no? Porque de poco sirve que hablemos de la sanidad pública y de que todos aquí aplaudamos como aplaudíamos, o como nos aplaudían durante la pandemia si no se apuesta por la sanidad pública y si no se apuesta por la punta de lanza de la sanidad pública, que son los facultativos y los médicos.

Gracias.

### **El president**

Gràcies, senyora García Fuster. Conclòs el torn dels grups parlamentaris, serà el torn dels compareixents per contestar. Però, si m'ho permeten, dos apunts de logística. Un, recordar que la iniciativa de fer aquesta compareixença va ser una proposta que els senyors Ruiz i Aranda, de l'associació catalana, ens van traslladar fa unes quantes setmanes. Per ser justos, la idea va ser d'ells, i la Mesa el que vam fer va ser recollir aquesta proposta.

I l'honorable senyor Fernández em suggeria, i la Mesa crec que ho acceptarem, que, si els hi ve de gust, a l'acabar podríem fer una foto col·lectiva amb els portaveus i les entitats que han comparegut aquí a les escales del Parlament, perquè és una foto que té la seva potència, d'acord? Dit això d'aquí, senyor Serrats, comenci vostè.

**Narcís Serrats Macau** (gerent de l'Associació de Familiars i Amics d'Infants Oncològics de Catalunya)

Jo, en referència a tot lo que hem estat parlant, bé, és insistir en el fet que hem fet des de l'Afanoc, el nostre projecte principal, que és La Casa dels Xuklis, perquè acompanya aquestes famílies que han de venir de fora de Barcelona a fer tractaments, que, com sabeu, són de llarga durada. Aquestes famílies estem parlant que d'un mínim de tres mesos a un any estan fora de casa seva. Recursos com La Casa dels Xuklis fan possible doncs que moltes famílies no tinguin unes despeses verdaderament molt elevades. I al final l'Afanoc només pot..., d'aquests dos-cents casos, si arribem al cinquanta per cent és molt. Vull dir, la resta s'han de dividir d'una manera diferent. Per tant, aconseguir aquest fet.

I insistir que és el càncer infantil i adolescent i jove, no?, que l'Afanoc sí que va de zero a vint-i-cinc. Calen aquests recursos i potenciar el tema de les noves lleis, sobretot a aquesta franja de setze a vint-i-cinc. El projecte AYA és el que tancarem, no l'entitat, eh? L'entitat continua vigent i amb força per continuar treballant. Sí que és aquest projecte; aquest projecte que, en principi, l'únic hospital espanyol que ho fa és Vall d'Hebron. I estem parlant que venen famílies de tot Espanya, on, igual que la resta, doncs venen a ser atesos per aquest hospital, perquè és la unitat que atén aquestes patologies, no? I, bé, doncs referint-nos al fet aquest, no?, la necessitat d'aquest acompanyament comú, no?, que al final hem de fer plegats. I és necessari doncs tenir aquestes opcions per poder-ho fer.

Com he dit abans, a Catalunya estem parlant de dos-cents casos nous a l'any, 1.500 a tot Espanya; un índex de supervivència del vuitanta-dos per cent. I abans ho parlaven els doctors: estem treballant —ells sobretot, per la part que els hi pertoca— en que això sigui crònic. Per tant, això significa una atenció social molt més ampliada de la que tenim ara. Per tant, aquí és on hem de fer focus doncs en moltes de les

propostes que podem treballar totes les entitats i tots els recursos administratius que hi han.

Gràcies.

### **El president**

Gràcies, senyor Serrats. Senyora Giró.

Fitxer 26CS15

**Judit Giró Benet** (cofundadora i directora executiva de The Blue Box Biomedical Solutions)

Doncs les preguntes que adreçaré seran bàsicament què més es pot fer, no?, per ajudar o accelerar aquesta innovació. Després, en quin lloc exactament es faria servir la nostra tecnologia i quin és el posicionament que estem, per a això, plantejant? I després també aquesta sinergia publicoprivada, com preguntàveu. Bàsicament, són les preguntes que el meu discurs volia provocar. Per tant, realment estic contenta.

Però m'agradaria començar citant un dels principals *takeaways* que fa dues setmanes es parlaven a Europa. Fa dues setmanes la nostra directora clínica estava a Europa Donna; és la conferència per excel·lència de càncer de mama a Europa. I allà, bàsicament, un dels *take-home messages* més potents va ser com diagnosticar el càncer de mama a temps. Ara és responsabilitat política. Els problemes que tenim ja no són tant tecnològics, no són tant de que els pacients no estiguin assabentats de la gravetat de la malaltia: ara és una responsabilitat política.

I això porta bàsicament a la següent pregunta, de què podem fer des de la institució per accelerar aquesta innovació. Al final, la resposta és bàsicament la mateixa, no?, lo que deia durant la presentació: fer més fàcil l'adopció des del sistema. I això com es fa? Més fàcil vol dir fer-ho de manera repetible, no?, que hi hagi un procés a seguir, que sigui clar, que estigui estipulat i que puguem seguir nosaltres per ser adoptats des del punt de vista del sistema. Al final, si mirem al nostre voltant..., vull

dir, avui hem intentat parlar una mica en nom no només de Blue box, sinó de les *start-ups* dels nostres col·legues, no?, les *start-ups* que estan allà a la incubadora de *start-ups* on treballem cada dia i que tenen la mateixa missió que nosaltres.

Hi han moltíssimes *start-ups* que moren abans d'entrar a mercat, no?, en aquest punt just de maduresa, on la tecnologia està validada, té el mercat [#01.55], estan a punt per vendre, aleshores moren, no? I per què moren? Doncs perquè es tarda més temps en què el sistema sanitari públic compri la tecnologia que no pas mesos de caixa els hi quedaven. Això passa moltíssim i sap molt de greu quan passa. Aleshores el que fem molts és, doncs bé, començar per altres països o entrar al sistema sanitari privat, per tant, doncs desafavorir l'equitat en la medicina, que és una cosa que ens fa moltíssim mal, però s'ha de fer perquè l'empresa no es mori. Per tant, també ajudeu-nos a que això no passi.

Mira, al final, gran part de la nostra jornada laboral és parlar amb metges, no?, perquè nosaltres som enginyeres fabricant una màquina, però aquesta màquina no serveix de res si tu no li preguntes a un metge: això, on ho poso, no? Al final, nosaltres som enginyeres biomèdiques i estem al servei dels metges, no?, i dels pacients. Moltes vegades, si fos pel metge, si només depengués del metge, hi hauria una Blue Box a cada hospital, no? Nosaltres tenim metges al WhatsApp que ens diuen: «Mira, una cosa, ¿me puedes hacer una Blue Box para pulmones o para ovario? Es que tengo un paciente aquí que si lo hubiera detectado un mes antes...» I t'ho diuen des de la frustració. La voluntat hi és, però falta una via que sigui molt fàcil, molt repetible, molt protocol·litzada per, ells, adquirir aquesta innovació. Per tant, potser no sé si la solució és donar més autonomia a cada hospital privat perquè ells puguin adquirir una tecnologia. Que sigui més fàcil fer pilots, no?, mantenint els estàndards de qualitat que ara tenim, però donant més agilitat. Bàsicament, jo diria que és això, d'acord? I ja està.

L'última pregunta: on posicionem nosaltres la nostra tecnologia? És un *point-of-care device*; això vol dir que és una tecnologia extremadament barata i fàcil de fer servir. Nosaltres veiem la Blue Box a la consulta ginecològica. Ja hi ha un sistema meravellosament ben creat, que funciona molt bé, que és el reclutament de dones per participar al programa nacional de cribratge. Les pacients estan allà, els metges

estan allà, el sistema funciona; simplement hem d'afegir-hi una caixeta blava al costat de la mamografia, i ja està. Per tant, consulta ginecològica –idealment, si podem– pública, i si podem també, a Catalunya.

### **El president**

Moltes gràcies, senyora Giró. Senyora Varderí, si us sap greu, ho fem des d'aquí? *(Pausa.)* Perfecte. Gràcies.

**Anna Varderí Casas** (gerent de la Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia)

Moltes gràcies. Em sentiu? *(Veus de fons.)* Jo sento que no he rebut una pregunta. I utilitzaré el meu torn de rèplica breument per emfatitzar dues qüestions. Primer, donar-vos les gràcies a vosaltres. La vostra feina és molt difícil. Ens esteu donant les gràcies a nosaltres, però escoltar tot el sector, totes les entitats, totes les reivindicacions, totes les queixes, totes les necessitats, tampoc ha de ser fàcil, i posar-vos d'acord tampoc ho és –ho sabem–, i us estem demanant que us hi poseu en aquests moments per ajudar, en aquest cas concret, els nens, els infants que no superen la malaltia i canviar la mirada des de Catalunya. Tornar-nos a posar com a pioners i dir: quan no es pot curar la malaltia..., farem tots els esforços per curar la, però si no podem, atendrem millor el final de vida sense por, i parlarem de mort i també parlarem de mort d'infants. Donar-vos les gràcies per la possibilitat de compartir la nostra feina i el nostre dia a dia.

Des de la Fundació Villavecchia tenim una manera de treballar en la que pensem que cadascú ha de fer la seva part. Nosaltres fem palanca, impulsem projectes, venim a l'Administració tossudament a assenyalar necessitats que no estan cobertes, disparitats en el territori, injustícies, qüestions que creiem que s'han de resoldre, però no tenim un pensament màgic de que anirem a l'Administració, protestarem i ho resoldreu, perquè sabem que això és difícil. I busquem la manera..., ens enfoquem en la solució i, això sí, som molt tossuts. Busquem la solució amb la complicitat de la societat civil catalana, que ho som tots: som l'Administració i som les persones, som les empreses, som les fundacions privades.

Cada any, Narcís, el comptador es posa a zero, i tenim hem de tornar a cobrir el pressupost. Tornem-hi. Nosaltres tenim un pressupost que oscil·la entre el milió dos-

cents, 1.400.000 l'any i ens hem embarcat en un projecte de 6 milions i mig que l'estem traient gràcies a la col·laboració publicoprivada, que d'això a Catalunya en sabem molt. I tirarem endavant avenços molt importants, que esperem que es repliquin a Catalunya i a Espanya, gràcies a que ens heu escoltat i que us heu cregut allò que us hem vingut a dir a tres departaments, quatre, perquè el Departament de Cultura –no ho he dit– ens està ajudant amb una subvenció per refer la façana d'un edifici històric. Per tant, permeteu-me que també us doni les gràcies en nom de la Fundació Villavecchia a tots vosaltres per la vostra feina.

Gràcies.

### **El president**

Moltes gràcies, senyora Varderí. Senyor Molins, doctor Molins.

**Laureano Molins López-Rodó** (representant de l'Associació contra el Càncer a Catalunya)

Sí; moltes gràcies. La veritat és que és un honor. I volem aprofitar aquesta setmana, que parlarem del càncer, i arribar a vosaltres. Sempre hem pensat i hem dit que l'educació i la sanitat eren transversals, que ens hi posaríem tots d'acord, però em sap greu que tant la CUP com Comuns, que segur que tenen altres coses a fer..., però, home, m'hagués agradat que estiguessin aquí representats. Els hi transmeteu, per favor, doncs les conclusions que puguem treure d'això, perquè realment ens afecta a tots, no?

Hem tingut comentaris i preguntes. Com a president de l'associació..., no, representant de Catalunya de l'Associació contra el Càncer i també com a professional que em dedico al càncer de pulmó, intentaré ser breu. Els pacients de Bossòst tenen una associació contra el càncer a Vielha, d'acord? O sigui, tenim vuitanta-cinc seus locals, no?, sis punts comarcals, a part de les quatre seus provincials de Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona, que estem aquí representants. Clar, cinquanta mil socis, que paguen una mitjana de cent euros l'any –cent deu euros l'any–, fa que sigui realment..., això sigui una verdadera convivència privada, en aquest cas, i volem que sigui també..., arribar al sistema públic, i que representen quasi el seixanta-cinc per cent del pressupost que té l'associació. La qual cosa és fantàstica, perquè –entre cometes– «necessitem», lògicament, empreses,

Administració, que és curta ara com ara. Però, bé, que ens agrada molt que realment tots els serveis gratuïts que es fan... Perquè això sempre ho diem: gratuït. Perquè la gent a vegades té por d'anar a la seu, de dir: «—Bé, si no, l'ensenyarem a fer això, l'altre, tal. —I què em costarà? —No li costarà re.» I els ajuts que puguem fer.

El Beating Cancer, Europa, ja ens ha dit que hem de continuar fent... Bé, perdó, continuo amb l'ACC. El pla de salut i el pla contra el càncer ja hem dit que s'acaben, que estan... —bé, s'acaben..., s'han de renovar—, i, clar, nosaltres el que demanem és que aquests recursos econòmics i humans de psicooncòlegs, infermeria, doncs que realment es puguin enquibir, no?, tant en prevenció com també en recerca. I estic segur que el pla director d'oncologia, que és el que marca la línia de per on hem d'anar, doncs acollirà totes aquestes demandes, reivindicacions que diem, no?

A veure, el tema del cribratge, el de còlon, el deixaré al doctor Tabernero. Ja ho hem comentat, i ell és l'expert. Europa ha dit que, per descomptat, els tres que tenim aprovats aquí a Europa —mama, còlon i cèrvix— han de continuar, han de tirar endavant amb algunes petites modificacions. Nosaltres ens hem de mirar, i per això hem demanat el que sigui per intentar que aquest milió de persones que estaven convocats i no ho han fet doncs ho facin, no?

I dues paraules del pulmó. El pulmó és el tumor que més mata. Ha tingut sempre que aquest vuitanta-cinc per cent de causalitat pel tabac. I hem dit, amb molt bon criteri: fem que la gent no fumi. Però en quaranta-cinc anys hem passat de quaranta per cent de fumadors encara al vint i escaig per cent, no? Llavors hem de fer aquesta segona fase, que és la prevenció secundària, que ja s'ha demostrat doncs amb un TAC de baixa dosi que se'n pot fer un diagnòstic precoç que, en comptes de curar el vint per cent, cura el vuitanta per cent, no? I això és lo que a tots nivells —nacional, autonòmic, etcètera— doncs intentem implementar. Per ara doncs hi ha les dificultats de que si és car, no és car... Clar, lo que està claríssim és que els tractaments dels malalts, d'aquest vuitanta per cent dels malalts que es diagnostiquen de forma avançada, doncs, lògicament, és molt més car que un TAC de baixa dosi, que costa vuitanta euros.

Llavors, bé, aquest és el segon *beating plan* d'Europa, i l'OMS diu que és el següent cribratge que hem de posar en marxa. Entenc que si ens falta implementar els altres



doncs que continuem donant-li... Però no hi ha dubte de que abans o després haurà d'estar inclòs en el programa, diguem-ne, de CatSalut, no? Ara com ara tenim un programa d'un assaig clínic, que es diu Cassandra, a nivell estatal. Aquí hi han cinc hospitals catalans en marxa. I, bé, veurem. Els resultats ja sabem quins seran, perquè és repetir lo que s'ha fet a Estats Units, a Europa, etcètera. Però, bé, aquí doncs haurem de continuar amb aquest aspecte.

Moltes gràcies.

### **El president**

Moltes gràcies, doctor Molins. I finalment, doctor Tabernero, si us plau. Gràcies.

**Josep Tabernero Caturla** (director de l'Institut d'Oncologia de la Vall d'Hebron)

Doncs moltíssimes gràcies a tots els parlamentaris. Jo crec que el fet de que avui estiguin aquí amb aquesta jornada maratoniana, perquè hem començat abans, i escoltar-nos a nosaltres doncs diu molt de vostès. Entenc, a més, que vivim en un entorn de pressupostos finits, eh? Jo intento ser bastant pragmàtic sempre a la vida, vull dir, hem de fer lo millor possible amb els pressupostos que tenim. Altres s'encarregaran d'aconseguir més pressupostos, però lo que tenim és lo que tenim, no? Dit això, escolti, a nosaltres ens tenen al seu costat per lo que necessitin, eh? Jo crec que tots els professionals que hem intervingut avui tenim aquest missatge.

Contestant ràpidament, perquè, bé, he vist deu interpel·lacions o comentaris els quals podria comentar, no?

A veure, medicina de precisió i equitat. Jo crec que el pla director d'oncologia a Catalunya sempre vetlla per això, a diferència d'altres comunitats autònomes, on no tenen plans directors d'oncologia, eh? O sigui que hem d'estar satisfets d'això. De fet, s'ha implementat el programa de medicina de precisió en càncer, en el qual qualsevol malalt de Catalunya té accés a que es pugui fer un panell de diagnòstic genètic del seu tumor. Ara, el càncer és una malaltia molt complexa. Hi han tumors freqüents, hi han tumors molt infreqüents. En el nostre país tenim CSURs, tenim RNs, eh? El pla director d'oncologia també intenta que en malalties d'alta complexitat es facin cirurgies, es facin procediments de radioteràpia en llocs seleccionats, i vostès, com a polítics, ens han d'ajudar a convèncer els seus alcaldes a que no es

girin en contra d'això. Tot no es pot tenir a tots els llocs. Això exigeix concentració per a algunes malalties, no per a totes, i amb això ens han d'ajudar. El model sanitari català té molts avantatges, però també té molts inconvenients. Tot no es pot fer al costat de casa, eh? I crec que això és un missatge que tots ens l'hem de creure. Però no és que no es pugui fer per pressupost; és que no es pot fer per professionals, no es pot fer per qualitat de la medicina que farem. O sigui que això és superimportant, que racionalitzem bé els llocs on es fan les activitats mèdiques. I no és només en càncer, eh?, és en totes les àrees de...

Respecte a l'*screening*, completament d'acord. Crec que necessitem implementar-ho més. De totes maneres, amb el càncer colorectal partíem, quan vam començar, amb un trenta-cinc per cent. Sí que és veritat que hi han altres comunitats autònomes al país que funcionen millor, però el model social és diferent: hi ha menys immigració en algunes comunitats,

Fitxer 26CS16

sempre hi ha hagut més sentiment de valorar el bé comú per davant de l'individual. Amb això no ens hi posarem. Ara, sí que es poden fer coses, eh? Educació a les escoles, fonamental. Els nens són una esponja durant un període; a partir de l'adolescència això s'acaba, i després torna –afortunadament, després torna. O sigui que lo que fem a les escoles anirà bé. Medicina primària, que, bé, clar, tenim la medicina primària que tenim en aquests moments, però jo crec que es pot fer molt més. I sobretot els professionals de comunicació, eh? Està clar que l'*screening* salva vides. Sí que és veritat que s'intenten ampliar els rangs d'edat doncs una mica pel que els hi comentava abans, perquè apareixen cada vegada tumors en edats més precoces, especialment el digestiu. Però pensi que qualsevol implementació de cinc anys més de cobertura implica tenir endoscopistes, implica tenir un pressupost per poder fer això. No hi ha re gratuït, eh? I, home, jo crec que això s'està valorant també d'acord amb lo que són les guies, eh?

La recerca –un comentari que s'ha fet. L'aplicabilitat de la recerca en el nostre entorn és molt translacional, molt clínica. Som el país del món que més recerca clínica fa,

eh? I aquí també haig de donar el reconeixement a l'Agència Espanyola del Medicament i Productes Sanitaris, que ha ajudat molt perquè la recerca clínica a Espanya i a les diferents comunitats sigui pionera, eh? Vull dir que és un... Però realment ens hem de sentir molt orgullosos d'això.

Aprovacions de fàrmacs. Bé, aquest és un tema delicat, eh? No tots els fàrmacs que s'aproven o que aconsegueixen el criteri d'FDA i d'EMA són revolucionaris, eh? I els preus doncs són els que són, no? I jo ho torno a dir: tenim pressupostos finits. Ara, aquí sí que ha d'haver-hi una complicitat també de tots els actors, amb la discussió de preus, eh? Abans han tingut una taula on segur que han parlat no només de l'eficàcia, eh? Doncs jo també parlo dels preus, que crec que s'han de discutir. S'han de donar models diferents de reemborsament: potser pagament per valor, pagament per percentatge d'èxit. Però amb aquest model que tenim ja és finit, eh?, el model de pagament dels fàrmacs ja no dona per a més. S'han de buscar models millors.

La integració de la intel·ligència artificial a la recerca, que ha fet la senyora Pajares. La veritat és que això cada vegada passa més, però no solament amb la recerca: amb l'assistència. Avui en dia, *screenings*, proves radiològiques que es fan a distància, en telemedicina, amb doble *screening* amb processos d'intel·ligència artificial. Això és una realitat. Però és que ens ajudarà a tots els nivells: a fer *screenings* millors per a poblacions de risc, a dissenyar nous fàrmacs. Ara, s'ha de tindre un bon ús de la intel·ligència artificial, com tot a la vida, eh?

Respecte a la col·laboració publicoprivada, que ha tret vostè, que també..., ha sacado usted, ¿eh? Bueno, yo creo que esto es un tema de modelo, ¿eh? Però aprenguem de societats que han implementat això, la col·laboració publicoprivada molts anys abans, eh? Parlo, escolti, d'Anglaterra, Estats Units, països nòrdics... I no és que a Anglaterra en aquests moments tinguin un bon sistema sanitari, però sí que és veritat que la implicació de la societat civil en poder resoldre els problemes comuns, que no són ni públics ni privats, són de tots, ha sigut un èxit, no? Associacions com Cancer Research UK; la cardiològica, també, d'Anglaterra, que ha sigut molt pionera, han funcionat bé. Jo no veig per què on no arriba el sistema públic no pot arribar-hi la societat civil, eh? Sense societat civil estem parlant, a més, sense ànim de lucre. Ara, és un tema de model, eh? Però tornem a lo mateix, vull

dir, el dia que aconseguixin, jo què sé, que els pressupostos augmentin, escolti, nosaltres serem els primers en demanar molt més. Però la meua feina, i també amb l'edat... –en això he anat canviant–, crec que hem de ser possibilistes i poder fer, amb els recursos que tenim, lo millor possible. Posats a demanar, sempre demanarem més.

Respecte als *profesionales*, que deia la senyora García Fuster, hi estic absolutament d'acord, eh? Ella, a més, doncs és facultativa. No solament són els facultatius, eh?: són infermeria... Tots els professionals, vull dir. Estem en un sistema que està estressat, està carregat. Pensem que la població ha augmentat. Ha augmentat també la població en complexitat, doncs per l'envelliment de la població, també per un percentatge important que hi ha tant d'immigració interna com d'immigració externa, amb les seves complexitats, i això jo crec que s'ha d'abordar molt obertament. I el sistema està tensionat, però està tensionat no només quan hi ha la grip: està tensionat quan hi ha la grip i quan no hi ha la grip. Però potser hem de reorganitzar millor el sistema. Ho torno a dir: els pressupostos són els que són. Potser hem volgut fer un sistema molt garantista, molt possibilista, molt de que l'equitat està al costat de casa. Jo crec que això no dona més de si, eh? Hem de pensar en reestructurar el sistema.

I respecte a la prevenció, que ara és el meu camp..., on podem intervenir més, no solament pel càncer, sinó per altres malalties. Escoltin, siguin valents. Facin lleis que afavoreixin restringir els espais de fum, etiquetes de menjar saludable. Sembla mentida que un país com Colòmbia, eh?, on el sistema públic està molt «destartalat»..., però, escolti, els menjars tenen les etiquetes de menjar saludable o no saludable. Escolti, ha funcionat amb els electrodomèstics –la gent s'ho mira–, ha funcionat amb les bombetes –la gent s'ho mira– i no ho tenim amb el menjar! Per què no ho podem tenir? Evidentment, no podem anar contra la llei de l'oferta i la demanda i del mercat lliure, és molt difícil anar contra això, però ¿posar etiquetes? La gent té capacitat d'educar-se. Vull dir que siguin valents, siguin pioners, facin lleis aquí. Pot ser que després, a nivell de l'Administració central, les tobin, no? Però, bé, jo crec que és marcar camí. Siguin valents amb això, eh? Hem de dedicar molt esforç a fer més prevenció i més hàbits de vida saludable.

Moltes gràcies.

**El president**

Moltes gràcies, doctor Tabernero. I moltes gràcies a tots els compareixents de nou. Ha estat un matí ben intens i ben aprofitat, i segur que inspirarà els grups parlamentaris a plantejar iniciatives en la direcció del que vostès avui ens han traslladat.

Si els hi sembla, aixequem la sessió i podem fer aquesta fotografia a fora.

Gràcies.

La sessió s'aixeca a...

TRANSCRIPCIÓ EN BRUT