



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 97

Pág. 1

## SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 5

celebrada el miércoles 24 de abril de 2024

Página

### ORDEN DEL DÍA:

#### Comparecencias:

- De la directora general adjunta para Relaciones Exteriores y Gobernanza de la Organización Mundial de la Salud (Boehme), para informar en relación con los asuntos que se debatirán en la próxima Asamblea Anual de dicha organización, así como sobre las negociaciones en curso de diversos convenios, a través de videoconferencia. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000055) ..... 2
- Del director general de Salud Pública y Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad (Gullón Tosio), para informar sobre el problema del tabaquismo. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 212/000169) ..... 13
- Del presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (Pascual Pastor), para informar sobre el problema del tabaquismo. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000056) ..... 23
- Del señor vocal del Consejo Nacional de la Asociación Española contra el Cáncer (Martín Moreno), para informar sobre el problema del tabaquismo. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000057) ..... 23

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 2

Se abre la sesión a las cuatro de la tarde.

### COMPARECENCIAS:

- **DE LA DIRECTORA GENERAL ADJUNTA PARA RELACIONES EXTERIORES Y GOBERNANZA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (BOEHME), PARA INFORMAR EN RELACIÓN CON LOS ASUNTOS QUE SE DEBATIRÁN EN LA PRÓXIMA ASAMBLEA ANUAL DE DICHA ORGANIZACIÓN, ASÍ COMO SOBRE LAS NEGOCIACIONES EN CURSO DE DIVERSOS CONVENIOS, A TRAVÉS DE VIDEOCONFERENCIA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000055).**

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión. Muy buenas tardes a todos, bienvenidos a la Comisión de Sanidad.

Como saben, tenemos en este primer punto una videoconferencia con miembros de la Organización Mundial de la Salud que, muy amablemente, nos van a informar sobre los preparativos y los debates previos a su asamblea del día 27 de mayo, si no me equivoco. A continuación, nos van a informar también sobre la situación de la negociación de los tres importantes convenios internacionales que, como saben, están en marcha. El primero de ellos es sobre la preparación para futuras epidemias, el segundo convenio internacional es de lucha contra la tuberculosis y el tercero es sobre la cobertura universal.

Sin más, si les parece, para ganar tiempo, le damos la palabra a la señora Boehme. Señora Boehme, está usted en pantalla.

Muchas gracias.

La señora **DIRECTORA GENERAL ADJUNTA PARA RELACIONES EXTERIORES Y GOBERNANZA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Boehme): (Realiza su intervención en inglés)**<sup>1</sup>. Muchas gracias.

Voy a comenzar dándoles las gracias por su interés en esta 77.<sup>a</sup> Asamblea, especialmente a usted, señor Santos Maraver, por invitarme a comparecer aquí. Lamento no poder hablar en español y que se necesite interpretar. Estoy aquí con mis colegas, que les van a informar acerca de la asamblea. Brevemente, lo que quiero decirles es que para nosotros esta participación es voluntaria y que es una contribución de tipo técnico que se basa en material de la OMS previamente publicado.

La asamblea se iniciará el 27 de mayo y concluirá el 1 de junio. Tenemos un orden del día con sesenta y tres puntos y veintiséis puntos de posibles decisiones. Usted ya ha citado algunos de los más importantes. Desde nuestra perspectiva hay cinco asuntos especialmente importantes. El primero es nuestro programa de trabajo número 14, es decir, la estrategia de cuatro años de la OMS que se adoptará en esta asamblea. El segundo punto, muy vinculado con este, es cómo financiar de forma sostenible esta estrategia de cuatro años, este plan de acción de la OMS. El tercero es el acuerdo sobre pandemias y salud mundial, el cuarto es la normativa y el quinto es que, desafortunadamente, vivimos en tiempos con muchos conflictos geopolíticos, de manera que la respuesta ante emergencias sanitarias es hoy más difícil, especialmente en Ucrania, pero también en Gaza y en otras zonas que van a ser un asunto, por supuesto, muy importante, en el debate y en nuestra mente.

Brevemente les voy a hacer un esbozo de los asuntos principales que tratan las dos comisiones. En lo que nosotros denominamos la comisión A debatiremos cuatro pilares. En el primero nos centraremos en la cobertura sanitaria universal. Habrá actualizaciones acerca de salud materna, mortalidad infantil, resistencia antimicrobiana y también la estrategia, como usted ha dicho ya, en relación con la tuberculosis. Mi colega, la señora Kasaeva, les informará y les dará más detalles al respecto y mi colega, la doctora Wuliji, también podrá hablarles de la cobertura sanitaria universal. El segundo pilar es una mejor protección frente a emergencias sanitarias y ahí es donde se habla de los acuerdos en relación con la normativa mundial para la preparación frente a pandemias y también vamos a hablar del virus HV-1, así como de las cuestiones de emergencia en Ucrania, Gaza y la erradicación de la viruela. Mi colega, el señor Steven Solomon, también les va a hablar del estatus de la negociación acerca del acuerdo en torno a la pandemia. Finalmente, aunque no menos importante, tenemos el tercer pilar, mejor salud y bienestar. En este capítulo hay un asunto muy importante este año que es el cambio climático y la salud, donde también posiblemente aprobemos una nueva resolución que seguramente va a ser de interés para España. Después también

<sup>1</sup> Este *Diario de Sesiones* refleja una interpretación al castellano no autenticada de intervenciones realizadas en inglés.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 3

tenemos el cuarto pilar que está centrado en una mayor eficacia y eficiencia de la OMS. Como parte de ello nos vamos a centrar en la agenda de financiación sostenible. Quizás ustedes sepan ya que vamos a lanzar aquí, en esta asamblea, una ronda de inversiones; aquí se lanzarán, pero en la siguiente cumbre, que acogerá el presidente Lula, se elevará una aprobación final.

Esto es brevemente lo esencial, pero antes de dar la palabra a mis colegas tengo que decirles que todos los Estados miembros están invitados a la asamblea y que la OMS les alienta a incluir a parlamentarios en las delegaciones nacionales que acudan allí. Nosotros en la OMS creemos en la importancia de incluir la participación parlamentaria, la valoramos, es muy importante. En estas negociaciones desempeñan ustedes un papel para orientarnos y favorecer actuaciones concretas, para que se trasladen a las legislaciones y para que se adapten los presupuestos. Para ello, su voz es muy importante para que quede muy claro que la salud de todos es capital.

Le doy la palabra ahora, en primer lugar, a mi colega, acerca de los acuerdos relacionados con las futuras pandemias. Steven, ¿me escucha? ¿Steven Solomon? Steven es el responsable de asuntos jurídicos y forma parte de las negociaciones que están en curso. No le veo todavía en pantalla. Entonces, voy a dar la palabra antes a nuestra experta en estrategia antituberculosa, Tereza Kasaeva.

Tereza, por favor, pónganos al día acerca de la estrategia relacionada con la tuberculosis.

La señora **DIRECTORA DEL PROGRAMA GLOBAL DE TUBERCULOSIS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (Kasaeva): **(Realiza su intervención en inglés)**<sup>2</sup>. Muchas gracias, Catharina.

Estimado presidente, estimados diputados, buenas tardes. Es un placer para mí unirme a ustedes hoy. Muchas gracias por darnos esta oportunidad para compartir una información que, en mi caso, es importante, en una materia como es una epidemia muy antigua que sigue afectando a muchas personas.

Quiero hacerles una breve presentación, que voy a intentar poner en pantalla, espero que se pueda ver. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. Voy a informar acerca de los avances de la aplicación de la Estrategia Fin a la Tuberculosis y de la Estrategia Mundial de Investigación e Innovación contra la Tuberculosis que va a estar en nuestro orden del día de la 77.<sup>a</sup> Asamblea de la OMS.

La tuberculosis, como ya he dicho, es la epidemia mundial más antigua que conocemos. Afecta a todos los países del mundo. Tenemos treinta países con una carga especial, donde la epidemia se concentra en un gran número de casos. Y, luego, hay ocho países en los que hay todavía más intensidad. Ahora, en el mundo, hay grandes movimientos de personas, por eso, la tuberculosis que se transmite por el aire ya no conoce fronteras y puede aparecer en todas partes.

La tuberculosis afecta a personas de todas las edades, especialmente varones. Los niños también se ven muy afectados. Ven ustedes un 55 % de incidencia en hombres, un 33 % en mujeres y un 12 % en los niños.

De acuerdo con el informe del año pasado, 1,3 millones de personas fallecieron en 2022 de tuberculosis y 10,6 millones de personas enfermaron. Detrás de la epidemia de la COVID es la epidemia más mortífera. Hay que abordarla cuanto antes no solamente debido a su propia naturaleza y efectos, sino también debido a que la COVID y las medidas que tuvimos que aplicar frenaron de alguna manera el tratamiento.

Más de 400 000 personas desarrollaron resistencia a los medicamentos, así que hay unas tuberculosis más agresivas y difíciles de tratar y dos de cada cinco personas de las que tenían resistencia no tuvieron acceso al tratamiento. Una cuarta parte de la población mundial se estima que ha sido infectada alguna vez por la tuberculosis, sobre todo, en países en vías de desarrollo.

Aquí vemos la modificación de la incidencia de casos durante la COVID. La situación no fue mucho mejor. Las personas no pudieron ser diagnosticadas y no se las pudo tratar, y la enfermedad se transmitía. Es decir, que todos los modelos que estábamos siguiendo y las previsiones se trastocaron. Gracias a la información que se les dio muchos países hicieron muchas cosas para mitigarla, pero posiblemente no todo lo necesario. Después de cuatro años de perturbaciones, finalmente el año pasado se consiguió restaurar el sistema para que la notificación de los incidentes, de los casos y diagnóstico de los casos y su tratamiento se pudieran reestablecer.

Aquí vemos datos empezando por el año 2010. Como ven ustedes, la incidencia baja lentamente. Luego se observan ciertos incrementos desde, precisamente, la aparición de la pandemia de la COVID. Eso es muy preocupante y debemos abordar esta cuestión cuanto antes.

<sup>2</sup> *Idem.*

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 4

Como ya he dicho, hemos observado también un incremento de fallecimientos por tuberculosis. En los últimos tres años, ha habido más de 500 000 fallecidos porque no tuvieron acceso al diagnóstico debido a la pandemia. Esta es una de las lecciones más duras y tremendas que nos hemos llevado después de la pandemia de la COVID, y debe evitarse si ocurren nuevas pandemias de esta clase.

La tuberculosis es una enfermedad socialmente relevante, porque hay indicadores y factores sociales que la influyen, como la pobreza, la desnutrición, el sida —también lo vemos mucho en países africanos—, alcohol, diabetes, fumar... En Asia afectan algunos aspectos y en otros lugares presentan otros factores como, por ejemplo, la región europea el alcohol.

Por la parte positiva, vemos que hay muchos países que se han esforzado mucho y se han producido avances. Tenemos una estrategia contra la tuberculosis. Ven ustedes que hemos sobrepasado los objetivos, hemos reducido el 50 % la incidencia. De 2015 a 2025 se ha reducido en un 9 %. En ese mismo periodo, el número de fallecimientos, que debería haberse reducido un 75 % se ha reducido un 19 %. Respecto al porcentaje de personas y el coste del tratamiento, el hecho de que deban tratarlos implica unos costes catastróficos para ellos. Hay unos objetivos también, que se adoptaron unánimemente en el año 2018, pero no se alcanzaron estos objetivos no solamente debido a la pandemia de la COVID, sino también por la escasez de las inversiones; inversiones, también, inadecuadas. De los 30 millones que se habían planificado solo se invirtió un 4 %, esto es muy poco dinero para abordar una epidemia tan importante y, por eso, no sorprende que no hubiera tratamientos preventivos ni posteriores.

También hay innovación a raíz de las investigaciones, pero ha habido muy pocos resultados. En cuanto a lo positivo, tenemos que resaltar que tenemos una serie de productos a punto de salir. Tres nuevos productos que permiten el diagnóstico, 28 nuevos medicamentos para tratar están en test clínico ahora mismo, 29 ensayos clínicos y otros estudios de investigación en Europa que se centran, por supuesto, en las formas más difíciles de personas resistentes a los medicamentos. También, hay una serie de candidatos, posibles vacunas, en ensayo clínico. Ahora mismo solamente hay una vacuna al alcance que ha sido autorizada, aunque tiene ya cien años. Es una vacuna que no es muy efectiva, solamente protege a los niños de determinadas formas de tuberculosis, pero no a los adultos. Por eso queremos y necesitamos tener en el año 2030 vacunas eficaces.

En cuanto a nuestra estrategia global y la investigación y la innovación, estamos tratando de hacer avanzar esta agenda. Aquí hay algunos ejemplos de lo que se ha hecho recientemente. Tenemos una base de datos con datos de pacientes, tenemos un detector de investigaciones para rastrear los progresos en la investigación. También estamos introduciendo nuevas tecnologías acerca de la secuencia genómica para resistir la resistencia, y todo esto debe tener aplicación práctica cuanto antes. Tenemos también posibles vacunas en desarrollo. Hay que invertir en las vacunas contra la tuberculosis. Esto el doctor Tedros lo está vigilando. Esperemos también que lancemos un consejo de aceleración de vacunas. Hay varias instancias participando en este consejo. Hay compromisos que emanan de la reunión de alto nivel del año pasado, una serie de compromisos y objetivos muy concretos. Necesitamos una cobertura más grande de tratamientos; el 90 % debe alcanzarse en 2027.

Y después, en relación con los cuidados, los diagnósticos y la innovación, por cuestión de tiempo no voy a darles más detalles, pero aquí pueden ver ustedes cómo hemos desarrollado también orientaciones. Hay nuevas oportunidades, varias opciones de tratamiento más cortos, el uso de tecnologías digitales que ayudan mucho, nuevas normas para el diagnóstico que deben estar al alcance de todos los países, herramientas para un marco de rendición de cuentas, documentos sobre indicadores de los sectores de población más vulnerables, medidas especiales para lugares en conflicto. Nos hemos dejado asesorar por otras agencias de Naciones Unidas.

Por supuesto, los parlamentarios tienen un papel también muy importante a la hora de hacer avanzar todas estas propuestas. Confiamos en ustedes. Como ya se ha solicitado, podemos proporcionarles cuando ustedes quieran más datos. Quiero recomendarles también que se descarguen ustedes nuestro informe de la OMS con la participación de doscientos países.

Muchísimas gracias por su atención.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 5

La señora **DIRECTORA GENERAL ADJUNTA PARA RELACIONES EXTERIORES Y GOBERNANZA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (Boehme): **(Realiza su intervención en inglés)**<sup>3</sup>. Muchas gracias, Tereza.

Por favor, si puede, permanezca conectada para la sesión de preguntas de después.

Tana, si puede, pónganos al día, por favor, de una forma breve, concisa. Steven está a punto de unirse a nosotros.

La señora **OFICIAL EJECUTIVA DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, CURSO VITAL, DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (Wujili): **(Realiza su intervención en inglés)**<sup>4</sup>. Gracias, Catharina.

Gracias, presidente de la Comisión de Sanidad y miembros de la Comisión.

Como ha dicho ya Catharina, respecto a la cobertura universal me voy a centrar en lo que se va a debatir y lo que está en el orden del día. Como saben ustedes, la cobertura sanitaria universal trata de que las personas tengan acceso a los servicios que necesitan dónde y cuándo los necesitan sin que sea costoso para ellos. Así que están estos dos aspectos, la cuestión de la protección y la financiera también. El papel de los parlamentarios es capital, por supuesto, para garantizar esta cobertura, y también para ser líderes en cuanto a la transparencia en este campo. También hemos visto tras la pandemia cuáles son los puntos vulnerables de los sistemas sanitarios. En nuestro orden del día de la asamblea habrá una resolución que están debatiendo los países sobre la participación social, y esto es muy relevante para los parlamentarios, por supuesto, podremos mencionarlo luego. En el orden del día tenemos puntos en relación con la cobertura, dónde estamos en cuanto a la cobertura sanitaria universal, las acciones que se han iniciado por parte de la OMS en este campo y algunos de los últimos desarrollos que se están produciendo desde la reunión de alto nivel de Naciones Unidas del año pasado.

Una actualización rápida acerca de este aspecto. El informe se colgará en la web pronto, pero hay que decir que hemos visto en todo el mundo que más de la mitad de la población mundial no tiene una cobertura sanitaria. Hemos visto también que, lamentablemente, en los últimos veinte años cada año hay más dificultades financieras y económicas por parte de las personas, es decir, que hay muchas personas que tienen que pagar los tratamientos de su bolsillo y que se empobrecen por ello; y esto es algo preocupante.

Brevemente. Vemos que el 30 % de los países han avanzado en cuanto a la cobertura sanitaria y protección financiera, lo que demuestra que se puede avanzar. Pero ¿cómo podemos aplicar medidas adecuadas? Vemos que hay algunos países que están tratando de establecer sistemas públicos y que tratan de hacerlo deprisa y a costes asequibles, pero hay algunas cosas que debemos atender. En primer lugar, la financiación, y aquí también los parlamentarios tienen un papel muy importante al aprobar los presupuestos de los Estados. Y después, según una serie de informes que hemos preparado en cuanto a gasto sanitario —se publicarán en diciembre— acerca de la cobertura sanitaria, el gasto público estatal sigue siendo algo medular, el pilar de un éxito. A raíz de la pandemia de la COVID se vio que hay una gran desigualdad, hay muchas personas que viven en países que gastan menos de 50 dólares por persona al año cuando la media es de 4000 dólares por persona y año. Podríamos avanzar si lo viésemos también como un reto para las finanzas públicas. Después está también el personal sanitario, vemos países que han sido capaces de abordar la escasez de personal y que han podido ampliar los servicios.

Pero voy a hablar ahora de los debates específicos en la asamblea, aparte de la situación general que se va a presentar. En esta asamblea se debatirá a partir de una reunión previa de enero. En primer lugar, se hablará de una resolución para una estrategia global y plan de acción sobre cuidados en emergencias. Se sugiere tener un plan de 2026 a 2035 en esta materia. Especialmente España ha sido un socio clave en relación con las medidas en emergencias y ha colaborado mucho. La segunda resolución que está sobre la mesa y que está negociándose ahora mismo tiene que ver con la participación social. Al principio he mencionado lo importantes que son los parlamentarios porque la participación social es cómo pueden participar las personas en el diseño y la revisión de los servicios y las medidas que se aplican y crear realmente un enfoque inclusivo para que las prioridades de todos puedan tenerse en cuenta en cuanto a la cobertura sanitaria universal. Por supuesto, esta es una parte clave a la hora de reorientar los sistemas sanitarios a través de un enfoque de atención primaria.

<sup>3</sup> Este *Diario de Sesiones* refleja una interpretación al castellano no autenticada de intervenciones realizadas en inglés.

<sup>4</sup> *Idem*.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 6

Para concluir, vamos a hablar en la asamblea de cómo trabajan cada uno de los países. Brevemente, estamos trabajando con un enfoque nuevo. Tenemos que medir lo que se ha hecho. Esto lo sostenemos también con un trabajo en relación con las finanzas. Consideramos la situación de 225 países, cómo financian y cómo se organizan, y estamos trabajando en otros aspectos. También trabajamos con la Organización Mundial del Trabajo, etcétera, en relación con la escasez de personal sanitario en algunos lugares.

Muchísimas gracias y quedo a la espera de sus preguntas.

La señora **DIRECTORA GENERAL ADJUNTA PARA RELACIONES EXTERIORES Y GOBERNANZA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (Boehme): **(Realiza su intervención en inglés)**<sup>5</sup>. Muchas gracias, Tana.

Por último, Steven Solomon, encargado de la asesoría jurídica, que ha estado acompañando estas negociaciones en cuanto al acuerdo sobre pandemias desde el primer día, hoy va a darles una visión general de dónde estamos en estas negociaciones y en cuanto a la posible adopción de este acuerdo. Como ya hemos dicho antes, los parlamentarios son decisivos también en esta materia. Steven, posiblemente, lo pueda explicar muy bien.

Muchas gracias, Steven, por estar aquí.

El señor **OFICIAL JURÍDICO PRINCIPAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (Solomon): **(Realiza su intervención en inglés)**<sup>6</sup>. Muchas gracias.

Quiero, en primer lugar, que me aseguren que me oyen bien. ¿Sí? **(Asentimiento)**. Muy bien, estupendo. Es un placer estar aquí hoy con ustedes.

Primero. Para desarrollar una mejor respuesta a las amenazas mundiales, comenzó una sesión hace dos años de la OMS, donde se establecieron las bases para nuevas negociaciones para tener un acuerdo internacional de tipo convención o con otra forma para la mejor preparación y respuesta ante pandemias.

Es importante que los parlamentarios sepan que se está trabajando también para reforzar el instrumento que ya existe en este ámbito de emergencias mundiales. Este instrumento son las normas sanitarias mundiales adoptadas en el año 2005, Reglamento Sanitario Internacional. Lo firmaron 196 países, que son algunos más de los 194 que forman la OMS. Este reglamento sanitario estableció las bases para abordar estas emergencias desde el año 2006, cuando entró en vigor, pero se ha dicho ya que no es suficiente. Entonces, se entregó el mandato para desarrollar y preparar un instrumento que lo complementa, y esto es lo que se va a considerar en la asamblea de mayo. Va a haber enmiendas que reforzarán y darán otra calidad al Reglamento Sanitario Internacional.

Segundo. La consideración de un acuerdo sobre pandemias. Creo que los parlamentarios deben saber también que la adopción por parte de la asamblea es un acto que no es aprobación final, sino que encauza la posibilidad de que los países lo consideren a nivel nacional, tanto las enmiendas al reglamento, por una parte, como lo que se proponga como instrumento de acuerdo, por otra parte. Todo ello —los dos— va a necesitar la aprobación por parte de los países a nivel nacional. El punto de inicio sí que va a ser lo que se va a hacer en la asamblea número 77 en mayo. En cuanto al convenio o acuerdo sobre pandemias, ¿cuál será su objetivo? Las disposiciones se encaminan a mejorar la información, las medidas y las vacunas una vez que surjan pandemias, es decir, a compartir mejor la información que se tiene, los efectos que podría causar y la información digital en cuanto a su secuencia, y también a difundir las contramedidas médicas que se deben adoptar. En segundo lugar, hay disposiciones que van a permitir la prevención de estas posibles pandemias. Es un tema importante, porque tiene que haber un enfoque de una salud, es decir, un enfoque único.

Tercero. Disposiciones para que se puedan garantizar las cadenas de suministros mundiales durante la pandemia.

Cuarto. Habrá disposiciones para construir mejor las capacidades nacionales de fabricación y una producción diversificada que siempre pueda llegar a aquellos lugares que no tienen medios suficientes en la fabricación de productos importantes durante las pandemias. También habrá disposiciones para financiar de forma más sostenible lo que debe hacerse en estos periodos, es decir, reforzar los sistemas sanitarios a nivel nacional y que haya personal suficiente. En pocas palabras, estas disposiciones lo que

<sup>5</sup> Este *Diario de Sesiones* refleja una interpretación al castellano no autenticada de intervenciones realizadas en inglés.

<sup>6</sup> *Idem*.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 7

quieren es evitar muchos de los fenómenos que experimentamos en el pasado, sobre todo en esta pandemia del año 2019.

Y todo esto se reúne y va a pasar por un proceso donde participarán todos los Estados miembros, guiado por las delegaciones de cada uno de los países que son miembros de la OMS en este periodo de dos años de negociaciones. No estamos, desde luego, cerca del final, pero ya estamos avanzando. Hay muchas cosas que hay que tratar, y posiblemente hay otras soluciones que hay que encontrar también, ámbitos donde opinemos lo mismo, como compartir material genético, patrones y los beneficios que se derivan de ello, y también de las posibles vacunas.

Otra área donde tenemos que encontrar una base es la financiación y, también, en la cuestión de una salud, transferencia tecnológica y propiedad intelectual. Las delegaciones están trabajando formal e informalmente para detectar cuáles son esos ámbitos sobre los que tenemos que hablar. Hay ya un borrador que recoge las propuestas de los Estados miembros, las soluciones que proponen y que se están debatiendo, de forma que todavía hay un grado muy alto de probabilidades de que se haya alcanzado algo que no conseguimos hacer en el siglo XX, que es una respuesta única a las pandemias. Tras la gran gripe de 1918, la comunidad internacional no fue capaz de organizar una respuesta unívoca a través de instrumentos internacionales. No hubo una respuesta específica a esa pandemia de gripe de 1918. En cambio, ahora tenemos una gran oportunidad para aprender de lo que se ha hecho, para tener un acuerdo que marcará nuestra generación. Hay que dar un paso adelante importante para tener un sistema basado en normas de cooperación internacional que permita dar una respuesta más fuerte, tanto a nivel de las comunidades como de los continentes, nacional e internacional, de forma que podamos prevenir estas pandemias y podamos responder a ellas si se producen.

Así que lo dejo aquí y estoy a su disposición para cualquier propuesta concreta y, también, para escuchar sus preguntas.

Muchísimas gracias.

La señora **DIRECTORA GENERAL ADJUNTA PARA RELACIONES EXTERIORES Y GOBERNANZA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (Boehme): **(Realiza su intervención en inglés)**<sup>7</sup>. Muchas gracias, Steven.

Señor presidente, estamos a la espera.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Vamos a hacer ahora un turno de preguntas, de menor a mayor, de los diferentes grupos parlamentarios que están representados en la Cámara. Tenemos cinco minutos por grupo, más o menos, pero serán flexibles en estas cuestiones.

Empezamos por el Grupo Parlamentario Mixto. **(Pausa)**. No hay nadie.

A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **VAQUERO MONTERO**: Buenas tardes.

Muchas gracias y muy buenas tardes a las personas de la Organización Mundial de la Salud que nos han acompañado. Lo único que quiero hacer es agradecer la posibilidad que nos dan para escucharlos y para conocer de primera mano cómo están en estos momentos las negociaciones sobre los temas tan importantes que nos han trasladado, que creemos que nos competen a todos, para mejorar la salud de todas las personas. Sobre todo, hemos visto lo importante que ha sido estar compenetrados y trabajar todos juntos ante epidemias y pandemias como esta última que hemos vivido.

Por lo tanto, no me queda nada más que agradecer que hayamos podido escuchar de primera mano en estos momentos cómo están las negociaciones de estos acuerdos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿Alguien por el Grupo Parlamentario EH Bildu? **(Pausa)**. No veo a nadie. ¿Junts per Catalunya? **(Pausa)**. Tampoco. ¿Grupo Parlamentario Republicano? **(Pausa)**.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

<sup>7</sup> Este *Diario de Sesiones* refleja una interpretación al castellano no autenticada de intervenciones realizadas en inglés.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 8

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes.

Muchísimas gracias por estar en esta sesión. Ha sido muy interesante para nosotros. Todo lo que sea contenido técnico de grandes organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud es de amplio interés para esta Comisión.

Quiero hacer dos reflexiones a modo de preguntas que igual se pueden desarrollar. Hablo como portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario SUMAR, pero también desde mi experiencia previa en salud pública, como director general de Salud Pública que fui en Asturias, que es una región del norte de España, durante la pandemia.

La importancia —y esto quizás es una llamada de atención a algunas cuestiones de la Organización Mundial de la Salud— de tener una nueva visión de salud pública no es nada nuevo. Ya desde los años ochenta o noventa Aston hablaba de tener nuevos modelos de salud pública.

Algo que hemos visto en la pandemia y en muchos de los informes de grandes agentes internacionales, los CDC o la OMS, es una visión de una epidemiología muy positivista y de poca epidemiología social, que para ciertas políticas complica la generación de acciones que no solamente son de protección de salud pública, sino que son de protección de otros departamentos o de otros servicios. Hablo de una epidemiología social que tenga una visión más centrada en condicionantes sociales, que no solamente se centre —siendo necesario, por supuesto— en el estudio de las variantes microbiológicas y en los diferentes tipos o subtipos de virus, sino que también tenga en cuenta cómo esos virus se mueven en comunidades diferentes que tienen condiciones sociales diferentes y cómo eso influye en una emergencia sanitaria, como pasó con el COVID o como puede pasar en la siguiente contingencia sanitaria. Esa visión tiene elementos concretos, por ejemplo, cómo tenemos que profundizar en la mejora de las condiciones de vida de personas mayores que viven en entornos residenciales o cómo mejorar la ventilación de interiores, que ha sido algo que se ha tocado de forma muy lateral y sobre lo que no hemos hecho buenas políticas hasta ahora; no solamente se trata de mascarillas, sino que se trata de cómo tener ventilación de espacios en interiores donde va a ser imposible ponernos mascarillas. Tenemos que ver también cómo realizar mejores controles de seguridad alimentaria y cómo hacer más eficiente el control de la cadena alimentaria. Es importante también proteger espacios en las poblaciones más vulnerables; antes mencionaba a personas mayores, pero me refiero también a centros educativos, a escuelas o a personas que estén en situación de mayor vulnerabilidad social, por ejemplo, en programas de reducción de riesgo.

Se señalaba otro elemento, que para nosotros es importante en cuanto a políticas de marco europeo, que es cómo vamos a conseguir un acceso a nuevos fármacos o a nuevas vacunas que sean consideradas esenciales, es decir, cómo ante la siguiente emergencia sanitaria, cuando tengamos necesidad de nuevas vacunas, los Estados van a poder acceder a ellas de una forma ágil, rápida y sin que suponga limitaciones en cuanto a patentes y licencias.

En la segunda parte quería hacer una reflexión. Nos constan el trabajo y los documentos de la OMS; de hecho, hace unas semanas presentamos aquí una proposición no de ley relacionada con la plena cobertura universal de nuestro sistema sanitario público. Nos constan los trabajos de la OMS, que nos han sido de mucha utilidad para poder fundamentarla. En España todavía no tenemos un sistema de cobertura universal pleno. Existen poblaciones que todavía están fuera de la cobertura universal. Pero sí nos gustaría que el nombre «cobertura universal» fuera enlazado al hecho de que esa provisión sea pública, con una evaluación pública y con una financiación pública, teniendo en cuenta que no solamente se trata de dar una cobertura universal, sino una cobertura universal de plena calidad. Nos consta también el trabajo de la Organización Mundial de la Salud de Tomás Zapata, que ha estado hace poquito aquí, en el ministerio, hablando de atención primaria. Pensamos que es importante hablar de sistemas sanitarios de cobertura universal, pero que vertebren en atención primaria de salud, es decir, que el eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud sea la atención primaria.

Nada más y muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Grupo Parlamentario VOX, por favor.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias.

Quiero agradecer los comentarios a todos los comparecientes. Me gustaría saber si existe la posibilidad de nos envíen la presentación que hemos podido ver con PowerPoint, igual que el resto de guías, para el estudio y lectura de las mismas.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 9

Hay algo que me preocupa un poco. Habría que ver realmente qué acuerdos se van a tratar en esta próxima asamblea, donde incluso se pueden llegar a establecer sanciones a los países que no cumplan con lo que ustedes digan. Eso aparece en su página web escrito. Nosotros siempre hemos abogado por el poder de soberanía de los países. Uno de los problemas que hemos tenido en España ha sido que no hemos tenido la capacidad de respuesta ante la pandemia porque no teníamos medios materiales, incluso podemos decir que desde el propio Gobierno se ha torpedeado cualquier intento de poder autoabastecernos. Lo hemos visto con las mascarillas, donde empresas capacitadas para hacer batas y elementos de protección no se utilizaron y tuvimos que acudir al mercado chino; mercado chino donde se originó el propio virus, el virus de Wuhan, y donde la información llega a cuentagotas, sesgada e incluso con falsedades. Nos preguntamos cómo nos podemos preparar contra una pandemia cuando un país como China oculta completamente la información y la verdad de lo que pasó.

También nos preocupa que, a pesar de que la OMS llegó tarde —porque llegó tarde y no supo calibrar la dificultad—, los informes llegaron al Gobierno de España en diciembre y no se hizo nada. Es decir, en España no se actuó hasta el 8 de marzo; incluso vimos a ministras de este Gobierno, por si ustedes no lo saben, en manifestaciones, con guantes, diciendo que había virus. La población fue sometida a riesgo, cuando ya existían informes de la OMS que alertaban sobre la posible pandemia, y todas las medidas que se propusieron se tacharon de racistas, xenófobas y poco más o menos que conspiranoicas, cuando la realidad era que la circulación del virus se podía haber controlado mucho antes y las medidas podían haber llegado. Nosotros siempre vamos a permanecer en observancia y vamos a valorar todas sus decisiones como recomendaciones, porque lo que nunca vamos a perder es nuestra soberanía ni vamos a estar sometidos a un órgano que no ha sido elegido democráticamente, aunque consideramos que puede ser un buen foro de participación y debate, siempre y cuando no exceda las competencias de la soberanía nacional. Así lo vamos a defender siempre. Necesitamos tener nuestra propia soberanía y nuestro poder de decisión que son los que nos otorgan los ciudadanos. También necesitamos garantizar la capacidad de autoabastecernos ante el virus, sin depender de una guerra de precios, como ha sucedido en el tema de vacunas y en otros, en los que muchos países estamos sufriendo una situación de desabastecimiento porque muchos medicamentos no consiguen llegar a España por culpa de las guerras de precios. Esto es importante que lo sepamos bien.

Por supuesto, vemos muy importante, por buscar cosas positivas, la lucha contra enfermedades como la tuberculosis y que se intente conseguir la mejor sanidad global, sin olvidar que los países de la Unión Europea no podemos ser los hospitales del mundo, que es algo que ustedes a veces olvidan. No podemos dar sanidad cuando aquí, en España, por si ustedes no lo saben, las listas de espera para una intervención quirúrgica no dejan de crecer, llegando incluso a estar por encima de los ciento veinte días, y donde para ver a un médico especialista estás por encima de los sesenta días, y muchísimas veces llega tarde y mal. Lo hemos visto durante la pandemia, cuando incluso algunos gobiernos regionales suspendieron mamografías, atacando directamente a la salud de los pacientes y de los españoles.

Por nuestra parte nada más. Simplemente quiero decirles que estaremos observantes, defenderemos la soberanía de España, defenderemos nuestro poder de decisión y, sobre todo, defenderemos esa soberanía alimentaria, esa soberanía energética, esa soberanía y capacidad de autoabastecernos. Sobre todo, esperamos que de una vez por todas se tomen medidas para evitar que productos como la fresa de Marruecos lleguen a Europa, a través de España, con hepatitis, porque es una auténtica vergüenza estar hablando de salud y de la defensa de la salud de los españoles mientras se permite que productos en mal estado, productos que no cumplen con la reglamentación europea y que ponen en peligro la vida y la salud de los españoles circulen libremente con la connivencia del Gobierno de España.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **CASTILLA ÁLVAREZ**: Buenas tardes, doctora. Muchas gracias. *Thank you very much* por esta información que ha dado a la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados de España.

Tengo que decir que creo que la pandemia nos enseñó varias lecciones; algunas parece que se han olvidado, pero muchas han calado. De hecho, estaremos muy pendientes este 27 de mayo de esos sesenta y tres puntos que lleva en el orden del día la Organización Mundial de la Salud. Yo quiero agradecer el trabajo que están haciendo para cuidarnos y para cuidar la salud de todos los ciudadanos y todas las ciudadanas.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 10

Estamos muy pendientes de ese acuerdo mundial sobre pandemias, porque nos parecía que el ser humano no iba a padecer esta situación que vivimos hace unos tres años y, al final, nos encontramos con un enemigo invisible, llamado coronavirus, que era capaz de matar a miles de personas. En España vivimos esta situación, pero puedo decir muchas cosas positivas de España, entre ellas, sus grandes profesionales sanitarios y una organización que permitió que fuéramos ejemplo en cuanto a la cobertura de las vacunas. De hecho, eso permitió que, si bien es cierto que bajamos dos dígitos el producto interior bruto por la inactividad, obviamente, porque sabemos cómo se contagiaba el coronavirus, gracias al alto porcentaje de vacunación y a la inmunización de la población se pudo llegar a la actividad de nuevo y estamos en esas cifras bastantes aceptables y positivas de la economía.

El tratado mundial sobre pandemias me parece algo importantísimo y muy interesante, pero no sé si me ha quedado claro algo que he apuntado, y es que, al parecer, las recomendaciones y los reglamentos han de tener luego el visto bueno de los países. Creo que es lo que he recogido. Eso a mí me preocupa algo; me preocupa desde el punto de vista de que yo entiendo que si tú estás en cogobernanza en una organización, no tiene que haber ningún problema para la efectividad de esas recomendaciones, porque son recomendaciones de expertos que, desde luego, van a limitar que tengamos una situación parecida a la que vivimos hace unos años y que tanto sufrimiento trajo. Eso, por un lado.

En segundo lugar, es muy acertado el tema del tratado de tuberculosis. Yo tuve la oportunidad, en los siete años de mi asistencia hospitalaria, de estar trabajando seis años con pacientes de tuberculosis —estoy hablando de la década de los noventa—, y uno de los problemas fundamentales que teníamos era la tuberculosis resistente a tratamientos: dos de cada cinco, que es una cifra a tener en cuenta. También lo digo por el sufrimiento y por la reactividad que se suele tener al tratamiento habitual de esta patología. Esto se puede solucionar con inversión, porque leía —ustedes me pueden corregir— que se necesitaban unos 13000 millones de dólares anuales para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la tuberculosis, a fin de alcanzar la meta mundial acordada en el año 2018. No sé si esto ha cambiado o no, lo que sí es cierto es que me agrada enormemente ver algo en lo que cree el Grupo Parlamentario Socialista, que es la Agenda 2030, y que es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible; igual que la cobertura universal. No podemos estar hablando de igualdad, no podemos estar hablando de equidad si estamos viendo que el acceso a los servicios, a las prestaciones, a la protección del derecho a la salud que debemos tener todos los ciudadanos, independientemente de donde se viva —estamos hablando de términos de equidad—, no se está dando.

Yo sí me he metido en la página y he estado mirando alguno de los informes que ustedes aportan, que además me parecen datos muy interesantes para poder ahondar en legislación, en proposiciones no de ley, que son nuestras funciones, pues nosotros somos el legislador y podemos ir en esa línea, y viendo sus informes, me quedo con esto: «Con el fin de reconstruir y para mejorar, la Organización Mundial del Salud —algo que ha dicho mi colega Cofiño, mi compañero de SUMAR— recomienda reorientar los sistemas de salud por medio de un enfoque basado en la atención primaria —nosotros pensamos lo mismo—, que permitiría prestar la mayoría de las intervenciones esenciales aplicadas en el marco de la cobertura sanitaria universal —más o menos el 90 %, es decir, casi toda—, lo que podría salvar la vida —y aquí viene lo interesante e importante— a 60 millones de personas y aumentar la esperanza de vida media en todo el mundo en 3,7 años para 2030». Me parece un dato nada desdeñable, nada baladí y que, de nuevo, nos debe hacer reflexionar.

Estaremos muy pendientes, de verdad, de esta próxima reunión, y con todas las esperanzas puestas en que lleguen a acuerdos, porque, desde luego, si se llega a acuerdos, esto repercutirá en la salud y en la calidad de la salud de los ciudadanos de todo el mundo.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por último, interviene el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidente.

Quiero dar las gracias a la doctora Catharina Boehme y a todos sus colaboradores por la exposición que nos han hecho. Les agradezco su trabajo y el de todo el equipo de la Organización Mundial de la Salud.

Han presentado ustedes varios informes, todos ellos muy relevantes, pero me voy a centrar, en primer lugar, en un elemento que nos parece clave y fundamental después de la pandemia que hemos vivido. He leído y hemos estudiado el documento que presentaron ustedes el 30 de octubre de 2023 y también el

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 11

documento definitivo del 13 de marzo de 2024, y con respecto a su artículo 4, me gustaría preguntarles —si les parece oportuno—, respecto a la parte en la que se nos comunican a los países miembros de la OMS los planes nacionales multisectoriales integrales de prevención de pandemias y de vigilancia de salud pública, qué recomendaciones nos haría a los miembros de la OMS para tener un verdadero plan multisectorial que aborde todas las mejoras que necesita nuestro país. Me parece que es muy relevante. Tienen ustedes una redacción impecable; les felicito porque no es tan fácil. Me gustaría, que el señor Solomon, si pudiera, profundizara en este punto del artículo 4.

En segundo lugar, les diré, si me lo permiten, que participé en la 56.<sup>a</sup> Asamblea de la OMS, y aquella asamblea —lo decía el portavoz de SUMAR, que ha hablado de la atención primaria, que es tan importante—la dedicamos a hablar de la atención primaria. Hoy podría volver a ser otro punto del orden del día y estaría perfectamente justificado. Estoy de acuerdo con usted, desde luego, en la relevancia que tiene la atención primaria para fortalecer los sistemas de salud.

Les digo también a todos los miembros de la OMS que en España aprobamos hace cuarenta y cinco años la Constitución española, en la que se recoge el derecho a la salud, y, posteriormente, todos los gobiernos de distinto signo político hemos trabajado para tener un Sistema Nacional de Salud público y universal del que nos sentimos orgullosos. Imagino que ustedes lo conocen, pero lo digo por si hubiera alguna duda. Por supuesto, tenemos que hacer mejoras. Mucho es lo que tenemos que trabajar entre todos, pero mucho es lo que tenemos que agradecer a todos los que han trabajado por ello, especialmente a todos nuestros colegas y a todos los ciudadanos.

En tercer lugar, está el tema de la tuberculosis. Hemos analizado el trabajo que han hecho ustedes y, sobre todo, los datos de incidencia y de mortalidad, que siguen siendo absolutamente preocupantes. En este punto, ya que usted, Tereza, ha señalado el tema del Consejo de Aceleración de las Vacunas y sus compromisos, me gustaría que nos detallase su funcionamiento. Hay un grupo en España, de la Universidad de Zaragoza, que está trabajando, y tiene los trabajos muy avanzados, en una nueva vacuna frente a la tuberculosis. Nos gustaría conocer los mecanismos de los podrían participar nuestros investigadores y cómo funciona realmente el Consejo de Aceleración de las Vacunas, para transmitirlo a todos los investigadores y a todos los clínicos de nuestro país.

Por último —porque me queda poco tiempo—, han dicho ustedes que más de la mitad de la población mundial sigue todavía sin cobertura sanitaria, y esto significa que algo debemos estar haciendo mal entre todos, ya que todos entendemos, especialmente las democracias, que la sociedad del bienestar no se puede entender sin el derecho a la salud, fundamentalmente porque los ciudadanos no elegimos estar enfermos, casi siempre nos elige la enfermedad a nosotros. Por tanto, me gustaría que nos diera algunas recomendaciones —si le parece oportuno— sobre las aportaciones —aparte de las que estemos haciendo ya como nación— que podemos hacer para mejorar, desde luego, el desarrollo democrático y social de todas las naciones del mundo con el fin de que todas puedan tener una cobertura universal y pública.

Y algo muy importante. ¿Cómo no somos capaces de destinar —en esto nos incluimos también nosotros— más recursos a la promoción de la salud y a la prevención de las patologías ni de tener un calendario vacunal, no digo ya en España o en Europa, sino en el mundo? Cualquier vacuna es la medida más coste-eficiente en materia de salud. ¿Cómo no somos capaces de que lleguen las vacunas a todos los lugares del mundo? Sé que ustedes han hecho desde ahí un esfuerzo inconmensurable, pero creo que tenemos que seguir haciendo un esfuerzo en promoción de la salud y, sobre todo, en prevención de la enfermedad.

Tuve la oportunidad de visitar en Mozambique ese centro para tratar la malaria, que se inició con 4 millones de pesetas; no le quiero ni decir lo que sería en euros. El doctor Pedro Alonso y un grupo de jóvenes aguerridos, médicos y enfermeras, con muy poco dinero, fueron capaces de trabajar en prevención y, lo más importante, en la prevención del sida.

Nos sentimos muy orgullosos de nuestros cooperantes y de nuestro país, pero creo que tenemos que avanzar y mucho trabajo por hacer entre todos.

Muchísimas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Volvemos a la pantalla, doctora Boehme, para que usted y sus colaboradores puedan responder brevemente, por favor, porque nos quedarían quince minutos en total para esta comparecencia. Es la primera de las sesiones que tendremos con ustedes. Esperamos establecer una relación fluida y poder colaborar e incluso en algún momento visitar la OMS. Es decir, este es el comienzo y no el fin de esta

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 12

relación y, por tanto, como quedarán muchas preguntas por contestar, las iremos contestando poco a poco.

Por favor, tienen ustedes la palabra.

La señora **DIRECTORA GENERAL ADJUNTA PARA RELACIONES EXTERIORES Y GOBERNANZA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (Boehme): **(Realiza su intervención en inglés)**<sup>8</sup>. Muchas gracias.

Nosotros también vemos esta sesión como el principio. Nos encantaría tenerles en Ginebra, en nuestra sede, pronto. Muchas gracias por los comentarios y las observaciones tan pertinentes. Yo creo que en estas sesiones todos aprendemos mucho; nosotros aprendemos muchísimo de sus observaciones. Gracias por hacer hincapié también en los derechos humanos —el doctor Tedros, mi jefe, es alguien que también lo afirma en numerosas ocasiones; gracias por mencionarlo— y en la cuestión de la cobertura sanitaria universal y por hablar de lo que es la atención primaria, que para nosotros también es la forma más eficaz y económica de atender de forma eficaz.

Voy a dar la palabra de nuevo al doctor Solomon, porque pienso que el centro de interés recae en sus observaciones y preguntas en este acuerdo sobre pandemias, y, si todavía tenemos tiempo, Tereza podrá hablarles también de la importancia de las vacunas y su distribución.

El señor **OFICIAL JURÍDICO PRINCIPAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (Solomon): **(Realiza su intervención en inglés)**<sup>9</sup>. Muchas gracias.

Voy a responder rápidamente, porque ha habido mucha agilidad en sus intervenciones. Voy a informar a nuestro secretario general también acerca de aquello que les interesa y lo que están ustedes subrayando, así que voy a repasar algunas de las preguntas.

En primer lugar, la cuestión de la soberanía y los límites estrictos de la OMS como organización. La OMS no puede dictar, prescribir u ordenar a ningún país nada en relación con su política sanitaria, porque, por supuesto, es una cuestión de soberanía nacional. Por eso, es muy importante que un Estado miembro de la OMS durante las negociaciones incluya ya el instrumento. Ustedes lo pueden ver en el borrador que se ha propuesto y que se ha traducido a todos los idiomas en nuestra web. Este es el borrador que se utilizará la semana que viene de cara a su adopción a finales de mayo. Voy a leer el párrafo de su artículo 23. Aquí se dice que no se está prescribiendo, ni ordenando, ni indicando que lo que aquí se dicte imponga ningún tipo de condiciones a la legislación nacional o que cause obligar a vacunar, a un diagnóstico terapéutico o a hacer confinamientos. Por tanto, es una disposición muy prudente, que deja claro que es el Gobierno quien va a ser responsable. No se les va a dar instrucciones concretas por parte del secretario general de la OMS. Esto, por supuesto, tiene coherencia en cuanto a la Constitución que se escribió en 1946 para la organización. Ningún extremo de nuestra Constitución podría permitirnos dirigir, ordenar, prescribir, establecer un mandato fijo en cuanto a estos extremos. Esto es muy importante y esto también nos permite señalar otra cosa. En esta Constitución los gobiernos son, a fin de cuentas —se dice aquí—, responsables de sus actuaciones, pero en la Organización Mundial de la Salud sabemos que este tipo de pandemias, de daños, de virus no respetan fronteras, así que lo mejor y lo más beneficioso es que exista una cooperación internacional, y la OMS es el foro para esta cooperación internacional.

Aquí se establecen disposiciones que apoyan esta cooperación, y esto me trae a la cuestión del artículo 4, muy importante. En este artículo tratamos la cuestión del lema «Una Salud, prevención de pandemias y supervisión». Aquí se trabajan dos niveles: cómo deben cooperar los países para apoyar este enfoque One Health —una salud— en la prevención de pandemias y, luego, en el nivel de lo que cada país debe hacer. Cada país debe desarrollar, aplicar y actualizar periódicamente medidas de prevención y de supervisión, planes generales, de acuerdo con sus capacidades, y estos planes deben cubrir toda una serie de áreas que se citan en este instrumento.

También se ha mencionado si hay algunos países que operen de forma consistente con las obligaciones actuales, qué debería hacer cada país, y esto está vinculado con la gestión de riesgos biológicos, para impedir la exposición accidental, el mal uso o la difusión inadvertida de patógenos. Así que aquí vemos que el margen es amplio, el margen es grande en estas disposiciones. Se trata de prevenir, prepararse y responder a amenazas en cuanto a pandemias.

<sup>8</sup> Este *Diario de Sesiones* refleja una interpretación al castellano no autenticada de intervenciones realizadas en inglés.

<sup>9</sup> *Idem*.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 13

También se ha hablado de sanciones. No hay sanciones en este acuerdo; de hecho, es lo contrario. No es un modelo punitivo de aplicación y de cumplimiento, sino que queremos exponer un modelo positivo, que se basa en la supervisión, que dé apoyo a todas las naciones e instrumentos para trabajar de la mejor manera, que a nivel nacional refuerce sus sistemas y que sea complementario también con aquellos que se aplican en las regiones, continentes y a nivel mundial. Es muy importante que toda la comunidad se implique.

Otra cosa que se ha mencionado es si cuando se reúna en mayo la Asamblea de la OMS puede adoptar algo que se aplique de forma automática y que entre en vigor. Sí, eso podría ocurrir. La OMS podría adoptar una serie de recomendaciones en estos ámbitos, pero no serían vinculantes, de acuerdo con el derecho internacional. Cuando una resolución o decisión es aprobada por la OMS digamos que tiene un peso político, porque hay quien espera que esto se aplique; son unas recomendaciones para el colectivo. Lo que tiene fuerza vinculante jurídica son los instrumentos normativos de 2005, este Reglamento Sanitario Internacional, aprobado por todos los países. Y otro tratado que también adoptó la OMS es la convención marco sobre control del tabaco, de la que es parte también España y la Unión Europea; son 182 los países los que firmaron esta convención. Pero que sean vinculantes estos instrumentos requiere el paso por los estamentos nacionales, que cada nación diga si esto es aceptable o no, en el caso de cada país. Lo que se adoptará en mayo es, por una parte, las enmiendas del Reglamento Sanitario Internacional, que requieren también de la aprobación por parte de las naciones, y, si se adoptase este nuevo acuerdo sobre pandemias, después requieren la aprobación por parte de cada país.

Espero haber podido responder a sus preguntas. Estoy a su disposición para otras preguntas o para cualquier comentario.

Muchas gracias por la oportunidad de poder dirigirme a ustedes. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctor Solomon.

Vamos a tener que cortar la comunicación, porque tenemos a otro compareciente. Queremos agradecerles mucho sus explicaciones y sus intervenciones. Esperamos que este sea un primer contacto, como hemos dicho antes, y que podamos tener más para aprovechar toda su experiencia y, a su vez, transmitir la posición nacional sobre estas cuestiones.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

Vamos a dar cinco minutos por si alguien necesita salir. A las cinco y cuarto reanudaremos la sesión sobre el tabaquismo. **(Pausa)**.

### — DEL DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD (GULLÓN TOSIO), PARA INFORMAR SOBRE EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 212/000169).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a continuar. A ver si conseguimos acabar este punto sobre las seis y media, porque todos sabemos que hay que coger trenes o algún avión.

La sesión va a tratar sobre el tabaquismo. Tenemos una campaña importante a nivel nacional para avanzar en el terreno preventivo. Empezamos con la presencia del director general, don Pedro Gullón Tosio, para que nos explique las líneas generales de actuación del ministerio. Después vamos a tener dos compareencias más, que serán breves, la de don Francisco Pascual Pastor y la de don José María Martín Moreno. Haremos una intervención después todos los grupos sobre este tema.

Muchísimas gracias. Pedro, tienes la palabra.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD** (Gullón Tosio): Muchas gracias.

Es un placer estar por primera vez en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. Espero que no sea la última y que tengamos oportunidad de hablar en más ocasiones.

Voy a centrar esta intervención en cuatro puntos. En la primera parte hablaré sobre la situación del tabaquismo en España. Después, hablaré de por qué es necesario un enfoque de salud pública en la prevención y el control de tabaquismo. A continuación, expondré los retos en la prevención y control del tabaquismo y por qué debemos actuar ahora mismo. El último punto tratará de las líneas principales que tiene el plan integral de tabaquismo, con las líneas y acciones de los próximos años.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 14

Empiezo por la primera parte. ¿Dónde estamos en términos de tabaquismo? Supongo que sabrán que, para hablar de dónde está el consumo de tabaco, utilizamos diferentes herramientas. Una principal son las encuestas. La Encuesta Nacional de Salud de España, que es una de las herramientas más importantes que tenemos, en su última edición de 2020 nos dice que en España el 23,3% de hombres y el 16,4% de mujeres mayores de quince años fuman a diario. Es decir, a pesar de que en los últimos años sabemos que la prevalencia de tabaquismo ha descendido, por suerte —es un enorme beneficio en salud pública y, por tanto, tenemos que dar las gracias a todas las personas pasadas que han trabajado en este tema—, todavía nos queda un camino por recorrer.

Además, este descenso no es igual en toda la población. Por ejemplo, en las mujeres el descenso está siendo más lento. Esto se conoce como la curva del tabaquismo, y me explico. La curva epidemiológica era la que nos enseñaban durante la pandemia: cómo una epidemia sube y baja. Pero, respecto al tabaco, también existe una curva de este tipo: la población empieza a fumar, llega un momento donde alcanza un punto y empieza a descender la prevalencia. Esta curva es diferente entre hombres y mujeres. ¿Por qué? Porque los hombres empiezan a fumar primero, asciende la prevalencia; las mujeres empiezan a fumar más tarde, aumenta la prevalencia, y, luego, van disminuyendo, pero primero en hombres y después en mujeres. Esto es algo conocido en todos los países, y en España también está pasando. Por eso, las mujeres tienen un descenso de prevalencia bastante más bajo. ¿Por qué es importante hacer este comentario? Porque esto está reflejando cómo vamos a tener el cáncer de pulmón de aquí a veinte o treinta años. En menores de dieciocho la prevalencia del tabaquismo es más alta en mujeres que en hombres, y esto es un reflejo diferente de cómo tenemos que adaptarnos también a la sanidad en los próximos veinte o treinta años.

Además, a esta curva le podemos añadir otros ejes de desigualdad; de hecho, la prevalencia del tabaquismo en las mujeres de posición socioeconómica más baja, que todavía estaba en ascenso, acaba de empezar a descender. Por edad, nos encontramos con una situación bastante complicada de manejar, porque, aunque en casi todos los grupos de edad ha habido un descenso de la prevalencia de tabaquismo en los últimos años, como ocurre en población general, en los más jóvenes este descenso parece haberse estancado, seguramente conectado con la aparición de nuevos productos relacionados con el tabaco.

En otra encuesta que se realiza habitualmente, la encuesta ESTUDES, en su edición de 2023, se decía que la prevalencia de consumo de estos productos relacionados ha aumentado. Específicamente, con relación a los cigarrillos electrónicos, un 55% de los estudiantes de secundaria alguna vez los ha probado. Sabemos, además, que quienes consumen cigarrillos electrónicos tienen hasta tres veces más riesgo de empezar después a fumar cigarrillo convencional. Todo esto, evidentemente, nos tiene que preocupar como Ministerio de Sanidad o me tiene que preocupar a mí como director general de Salud Pública y Equidad en Salud, porque tiene consecuencias en la salud.

Actualmente podríamos decir que unas 150 muertes al día están relacionadas con el tabaco, y que esto supone, aproximadamente, un 20% de la carga atribuible de mortalidad. Esto significa que una de cada cinco muertes en España es por tabaquismo. No es algo que nos tengamos que tomar a broma. Y no solo estamos hablando de mortalidad, sino que es la primera causa en España de pérdida de años de vida, ajustados por discapacidad o por enfermedad; es decir, nos quita años de vivir con salud, ya no solo de vivir, sino de vivir con salud, que es incluso igual de importante.

Un aspecto importante del tabaquismo es que, evidentemente, no afecta solo a las personas fumadoras. Conocemos como tabaquismo de segunda mano la afectación que produce a las personas que no fuman pero que están cerca de fumadores; es lo que llamamos la exposición al humo ambiental del tabaco. Actualmente, un 8% de la población está expuesta a ese humo ambiental del tabaco. Por suerte, ha descendido en los últimos años, gracias a todas las acciones legislativas que han desarrollado diferentes gobiernos y comunidades autónomas, pero, aun así, podemos estimar unas mil muertes anuales solo por esta exposición al humo ambiental del tabaco. También tenemos lo que se conoce como tabaquismo de tercera mano, referido a las partículas que se quedan sueltas cuando la gente tira las colillas al suelo, que provocan un daño ambiental y también consecuencias en la salud humana, porque tiene más de 250 productos químicos, que ya se han encontrado en sangre y orina de niños.

¿Por qué es necesario que establezcamos un enfoque de salud pública para tratar este problema que acabo de exponer ahora? Porque nos tenemos que preguntar por qué está pasando esto, o sea, por qué seguimos. Parece que tenemos conciencia social sobre el tema, sin embargo, no llegamos hasta el final. Voy a hablar de dos enfoques principales desde los que tratar este tema en la salud pública. El primero es el enfoque de los determinantes sociales de la salud, un enfoque que nos permite entender dónde están

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 15

las causas de que las personas fumen o sigan fumando. Solemos achacar esto a la falta de información, a que, si damos educación a la gente, seguramente se entere y deje de fumar. Si vas a cualquier instituto y preguntas —de hecho, los hay que han preguntado mucho—, la gente sabe que el tabaco es malo. No ocurre únicamente por eso. El marco de determinantes de la salud nos permite entender por qué las condiciones de vida de las personas marcan y hacen que unas personas se mantengan en el tabaco o, incluso, por qué empiezan a fumar —presión social, disponibilidad de tabaco, publicidad, etcétera—. Es algo que debemos tener en cuenta. De hecho, aunque esté fuera del plan integral de tabaquismo, del que después hablaré, desde el Gobierno queremos preparar una legislación, una primera normativa estatal, para que se evalúe cuál es el impacto de todas las políticas y cómo estas afectan a la salud, para también tener en cuenta lo que se hace en otros ministerios u otras organizaciones políticas.

Específicamente con el tabaco, además de este marco general de determinantes sociales, es importante remarcar otro enfoque al que la OMS ha dado mucha importancia en los últimos años, y es el marco de los determinantes comerciales de la salud. Para valorar el tabaquismo en la salud pública, debemos entender que el contexto en el que las personas viven, se desarrollan y toman sus decisiones influye en lo que hacen. En este contexto también están las empresas que hacen campañas de *marketing*, de publicidad, de presión institucional para que las leyes no aborden de forma completa la prevención y el control del tabaquismo. Por tanto, para el abordaje de la salud pública, se deben estudiar las estrategias de la industria y se deben implementar medidas que las puedan contrarrestar, buscando aquello que sea saludable y que sea más accesible, poniendo barreras a todo aquello que nos enferma. De hecho, ese es el enfoque de este Ministerio de Sanidad y de esta Administración. Esto no es fácil del todo. Los conflictos de interés por parte de la industria del tabaco están presentes en muchos lugares, y tenemos que estar juntos para intentar, entre todos, poder tener herramientas para contrarrestar esas presiones que hace la industria del tabaco, una industria que se dedica a vender veneno y muerte.

La tercera parte quería que fuese sobre cuáles son los retos de prevención y control del tabaco y por qué específicamente ahora es necesario actuar. Primero, ¿por qué ahora? Ya he comentado cuál es la situación epidemiológica actual. En algunos grupos no estamos consiguiendo el descenso que necesitamos y, desde luego, nunca vamos a estar contentos con un descenso que se va ralentizando. También estamos muy preocupados por la aparición de estas nuevas formas de consumo, sobre todo cigarrillos electrónicos, etcétera, que afectan especialmente a la gente joven y que pueden provocar que en el futuro lleguen al tabaco convencional. Otro elemento por el que creemos que es importante actuar ahora es por la década que hemos tenido. No me gusta llamarla perdida, pero ha sido una época legislativa donde hemos tenido menos actividad con el tabaco. El ciclo 2005-2010 fue muy activo en legislación para el tabaco, en los últimos años ha habido mucha legislación autonómica, en diferentes autonomías, y de diferente signo político, pero creemos que nunca es suficiente, que es el momento de tener planes integrales y contemos con todas las legislaciones que puedan ser necesarias. Las antiguas regulaciones se estima que están previniendo 1077 muertes anuales, pero podemos hacer todavía más. De hecho, teniendo en cuenta que la edad promedio de fallecimiento en España se encuentra aproximadamente en los ochenta y tres años, pero, en cambio, en una persona fumadora está en los sesenta y uno, estamos diciendo que podemos alargar la vida de cada persona en veintitrés años, y, sobre todo, la vamos a alargar con más salud. ¿Y por qué también es necesario actuar ahora? Porque tenemos consenso entre sociedad civil, los profesionales y el ámbito político acerca de que tenemos que actuar ahora. Y otra razón por la que debemos actuar ahora es porque tenemos un compromiso desde el ministerio y las diferentes administraciones por la protección de la salud libre de conflictos de interés. Finalmente, porque tenemos que cumplir con las metas y los objetivos que la Unión Europea y la OMS nos están marcando en este sentido.

¿Qué es lo que puede suponer el Plan Integral de Prevención y Control de Tabaquismo, en cierta medida la hoja de ruta que vamos a tener en los próximos años? Primero, que España vuelva a estar a la vanguardia en el control de tabaquismo; estuvimos a la vanguardia en algún momento y tenemos que volver a estar. Tendríamos un cambio en las políticas de tabaco, que intentaríamos hacer en todos los niveles, presentando un plan integral que sirva para que no se empiece a fumar, para que quienes son fumadores tengan más facilidad para dejarlo y, además, para proteger a los no fumadores, así que ya en la última parte de esta intervención quiero hablar de cuáles son las líneas principales que tiene este plan integral del tabaquismo, que fue presentado en el Consejo Interterritorial de Salud hace tres semanas.

Este plan integral consiste en una hoja de ruta sobre lo que queremos hacer en el periodo 2024-2027. Es decir, para tranquilizar, porque a veces ha producido confusión en algunos lugares, no se trata de una

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 16

ley, sino de un plan. Si fuese una ley, habría sido tratada aquí, en el marco legislativo concreto. Es una hoja de ruta, que va a conllevar diferentes acciones, diferentes líneas de acción, y cada una se tratará en el foro correspondiente. Y quiero empezar diciendo que cada una de las metas y objetivos que tenemos en el plan se componen de acciones de diferente nivel, por eso se llama integral e intentamos que sea lo más integral posible. Todas las metas tienen acciones en el sentido sanitario, en el sentido normativo, en el sentido de protección del medioambiente, que tan importante es ahora, y en el sentido de coordinación entre diferentes instituciones. No voy a ir por todas las metas y objetivos, porque sería una intervención muy larga, pero sí voy a presentar brevemente cada una de las cinco metas que tiene el plan. Después, cada una se compone de diferentes objetivos, para un total de cinco metas y veintitrés objetivos.

La primera meta que tenemos en el plan integral del tabaquismo es prevenir el inicio del consumo de tabaco y los productos relacionados. De hecho, nuestra intención es reducir la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes por debajo del 5 % y por debajo del 11 % en la población general. Algunas acciones de esta meta —por marcar algunas— para que la gente no se inicie en el consumo de tabaco están orientadas en trabajar por una equiparación legislativa de los productos relacionados con el tabaco, como cigarrillos electrónicos, con el tabaco convencional. Otras tienen que ver con las relacionadas con el empaquetado genérico, una medida que ya está implementada en más de veinte países, y otras tienen que ver también con acciones relativas a concienciación social, con impulsar sensibilización y capacitación de profesionales en la educación y profesionales de salud, especialmente entre aquellos que traten con menores de edad, es decir, hacer también acciones de capacitación.

No obstante, en este primer punto quiero dejar claro que desde esta Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud nos marcamos una línea roja, y es que no vamos a plegarnos a los intereses de la industria del tabaco. En ningún caso va a ser eso lo que vamos a hacer. De hecho, no creemos en lo que se ha mal llamado estrategia de reducción de daños, que es parte de lo que la industria del tabaco está implementando como estrategia a seguir para poder sobrevivir porque tienen claro que el consumo de tabaco va descendiendo y es una industria que, en términos de salud pública, debería ser lo más pequeña posible. Una estrategia de reducción de daños que considera que estén disponibles los *vapers* o cigarrillos electrónicos en todos los lugares no persigue una reducción de daños, es un insulto a la salud pública. Una reducción de daños podría consistir en que haya un elemento que pase todas las evaluaciones técnicas que tiene que pasar y además esté disponible mediante prescripción médica.

Esa es la primera meta. Si conseguimos que menos gente empiece a fumar, el segundo objetivo que nos deberíamos marcar, la segunda meta es conseguir que más personas tengan facilidades para dejar de fumar. Con este objetivo queremos incrementar el porcentaje de personas exfumadoras respecto a las que fuman en tres puntos para 2027. Para ello, ¿qué podríamos hacer? Por un lado, existen estrategias muy efectivas en diferentes comunidades autónomas para cesación tabáquica. Es una pena que no tengamos toda la coordinación que pudiéramos lograr a fin de que lo que están haciendo bien algunas comunidades pudiese extrapolarse al resto, por lo que, dentro de las funciones que tiene el ministerio, trabajaremos en esa coordinación para intentar que se puedan tener criterios comparables entre comunidades autónomas y puedan compartir la información en la prevención y control del tabaquismo, especialmente en la cesación tabáquica.

Por otro lado, también dentro de esta meta, queremos impulsar dentro del Sistema Nacional de Salud que se hagan las evaluaciones adecuadas para que los fármacos que existen para dejar de fumar tengan su evaluación lo antes posible y sean incorporados a la cartera de servicios, en caso de que pasen las evaluaciones pertinentes, lo cual garantizaría un acceso con equidad a las estrategias para dejar de fumar. Por otro lado, también tenemos que impulsar, como he dicho respecto a la primera meta, la formación y capacitación de profesionales de la salud sobre cuáles son las mejores estrategias para cesación tabáquica y que puedan implementarlas en los diferentes sitios, comunidades autónomas o lugares adonde las personas fumadoras quieran acudir para dejar de fumar.

Si ya hemos hablado de intentar que menos gente empiece a fumar, de conseguir que las personas fumadoras tengan más facilidades para dejarlo, lo siguiente sería proteger a los no fumadores y, de paso, el medioambiente. En este ámbito, lo que salta al final son los espacios libres de humo, que es un ejemplo de las estrategias que se pueden seguir en esta meta. Pero no solo estamos hablando de que haya más espacios libres de humo o que estén mejor controlados o facilitar las inspecciones en esos lugares, sino que también tenemos que trabajar por las emisiones que se provocan por los residuos que genera el tabaco y el tabaquismo de tercera mano, como he comentado anteriormente.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 17

En la cuarta meta, una vez que intentamos conseguir que menos gente empiece a fumar, que las personas que fumen tengan más facilidades para dejarlo e intentamos proteger a los no fumadores y el medioambiente, lo siguiente es intentar promover la investigación. Siempre hay que tener investigación asociada y casi todos los planes del Sistema Nacional de Salud de los últimos años han tenido una pata que tiene que ver con intentar la investigación aplicada, no solo para que se conozcan los daños que pueden generar el tabaco y los productos relacionados con el mismo, sino también para que intentemos hacer evaluaciones científicas y facilitar que se hagan evaluaciones de las estrategias que estamos realizando, así como saber cuáles son efectivas y con cuáles no merece la pena continuar porque no lo son.

La última meta que tenemos en el plan integral de prevención contra el tabaquismo es potenciar la coordinación entre diferentes niveles. Además de la coordinación institucional, ya que debemos tener coordinación entre los diferentes niveles y hay distintas competencias en el control del tabaquismo entre comunidades autónomas, ayuntamientos y Administración General del Estado, también hemos de ir un paso más allá y conseguir coordinación a través de los agentes sociales, tenemos que conseguir la participación social. Creo que uno de los retos de la salud pública en el siglo XXI es lograr una participación social efectiva.

Por último, aparte de la coordinación interna que podemos desarrollar en el Estado, tenemos que llevar a cabo una coordinación con las estrategias internacionales y estar presentes en los foros internacionales que hay sobre tabaco, donde podamos presentar nuestros resultados, conocer qué estrategias funcionan en otros lados, etcétera.

Finalmente, quiero cerrar con cuatro conclusiones acerca de lo que puede conllevar esta estrategia. Lo primero es dejar claro que el compromiso de la Administración, y sé que es el mismo el de todas las administraciones, es que consigamos en el futuro una generación libre de tabaco. Por otra parte, tenemos una oportunidad histórica, porque hace mucho que no elaborábamos planes integrales de tabaquismo. Algunas comunidades los han hecho en los últimos años, como, por ejemplo, Andalucía, pero necesitábamos también este impulso entre todos y todas para poder dar lugar a todas las acciones que se hacen a diferentes niveles. Asimismo, estas medidas que vamos a desarrollar las vamos a hacer independientes de los humos industriales, las vamos a hacer con evidencia científica por detrás y con toda la acción posible, sin intereses industriales. Y, finalmente, estamos en un momento perfecto para ello, tenemos un consenso amplio, creo que no existe nadie, ni en esta sala ni en ningún lugar, que no quiera desarrollar acciones para reducir los efectos del tabaquismo. Entonces, en esto vamos a estar todas y todos. Por tanto, estamos ante un momento histórico.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, director general, señor Gullón.

Ahora, si les parece bien, hacemos un turno de portavoces, de menor a mayor. ¿Grupo Parlamentario Mixto? (**Pausa**). ¿Grupo Parlamentario Vasco? (**Pausa**). ¿Grupo Euskal Herria Bildu? (**Pausa**). ¿Grupo Junts per Catalunya? (**Pausa**). ¿Grupo Republicano? (**Pausa**).

En nombre del Grupo Plurinacional SUMAR, tiene la palabra el señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes.

Director, bienvenido y muchas gracias por estar aquí, por dedicar su tiempo a esta Comisión.

Cuento una pequeña historia y hago unas reflexiones, aunque creo que no aportan mucho respecto de lo que ya nos ha explicado. El Chato era una persona que conocimos hace muchos años y que vivía en un albergue de transeúntes; él encendía un cigarrillo tras otro y, cuando apagaban las luces del albergue, aún fumaba varios cigarrillos de madrugada y decía que eran lo que más le acompañaba en esos momentos de soledad. Carmen nos preguntaba siempre, medio en broma medio en serio y sin haber leído nunca a Michael Marmot, si la culpa de fumar no la tendría eso de trabajar de mala manera, cobrando de mala manera, cuidando a los hijos de mala manera y sin disfrutar vacaciones ni de buena ni de mala manera. Paco empezó a fumar con catorce años, como casi toda su pandilla, y sigue fumando, aunque está empezando a pensar que es un buen momento para despedirse de ello; el tabaco es un hilo conductor en el día a día y vincula cosas que le pasan habitualmente con el fumar. Laura empezó a fumar porque estaba prohibido y empezó a dejar de fumar porque estaba prohibido; Artemio porque necesitaba algo que echarse a los labios; Sonia porque fuman muchos a su alrededor y es difícil dejarlo sin fuman muchos al alrededor. Tino fumaba por aburrimiento, Silvia, por placer, y Berta, que es una niña, y Carlos, que es camarero, porque fuman a su alrededor, aunque ellos no son fumadores.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 18

El vínculo que se tiene con una sustancia no es fácil; como muy bien apuntaba en su presentación, es algo complejo y depende de varias cuestiones. Esas líneas las escribíamos, cuando empezó la primera ley de regulación de los espacios libres de humo, un grupo de personas que en aquel momento trabajábamos en blocs sanitarios, y hacíamos una campaña que se llamaba «Mi vida sin ti», que tratamos de que tuviera un título empático para aquellas personas que deciden romper el vínculo con una sustancia que a veces no es muy fácil de dejar. Quisiera mandar un especial saludo a Rafa Bravo, que fue uno de los artífices de aquella campaña y es maestro en Primaria y experto en ciencia y divulgación en nuestro país. La campaña trataba de evitar la culpabilidad, la estigmatización, la consideración del tabaco y otras sustancias como vicios, que en algunos casos todavía se siguen viendo de esa forma, y trataba de generar eso, empatía para aquellas personas que, con la oportunidad de una nueva ley y una política de salud pública, quisieran dejar de fumar.

Agradecemos muchísimo la explicación y el marco de determinantes en que ha centrado nuestro director general el tema de las políticas. En promoción de la salud, hay dos elementos clave: uno es la educación para la salud, pero, sobre todo, otro muy importante, es el relativo a generar políticas saludables. Y políticas saludables es hacer políticas que favorezcan entornos que pongan las cosas fáciles a las personas para que puedan tomar decisiones saludables, poner las cosas fáciles para que desde la autonomía y desde el respeto por las decisiones individuales se pueda reforzar a aquellas personas que quieran fortalecer sus motivaciones, en este caso para dejar de fumar. Y en esto la salud pública es fundamental. El Ministerio de Sanidad tiene un reto enorme —lo vimos en la pandemia— y también la Dirección General de Salud Pública respecto a liderar en diferentes ámbitos.

Haciendo un guiño también a nuestro director y, como dice nuestra querida Diez Roux, hay que tratar los factores distales y los factores proximales, y aquí estamos hablando no solamente de mejorar estilos de vida individuales, sino de mejorar las condiciones de vida de las personas. Vivir en determinadas condiciones de vida hace que sea más difícil tomar decisiones saludables, y esto es algo que a veces se obvia, pero no debemos mirar hacia otro lado. Tener determinadas rentas o vivir en lugares con ciertos códigos postales hace más fácil tomar decisiones saludables. Respecto de algún código postal de Xixón, de donde vengo, Asturias, pasear por algún parque con un cigarrillo encendido se ve mal, pero en otros barrios el perfil de población que fuma es mucho más amplio y sociodemográficamente diferente. El Chato, Carmen, Silvia, Paco, Carlos —algunas personas que mencionábamos antes— fuman por algo y dejarán de fumar por algo. Incluso, entre la población que está en este Congreso, si hiciéramos un estudio por categoría profesional, posiblemente también observaríamos algunas de las diferencias en cuanto a ciertos patrones de consumo o hábitos saludables.

Necesitamos e impulsamos al ministerio a trabajar en políticas saludables, a crear entornos protectores de salud y a mejorar las condiciones de vida para tener vidas mejores, más largas, pero, sobre todo, más anchas.

Muchísimas gracias, director.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario VOX.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, señor presidente.

Muchísimas gracias al director general, por su exposición. Difiero un poco, porque, por ejemplo, yo provengo de una familia de clase media o media-baja, un colegio público, barrio obrero y tomé la decisión de no fumar y creo que es una de las mejores decisiones que he tomado en la vida para mi salud, aunque también respeto y comprendo a aquellas personas que no han tomado esa decisión; conocemos la situación, muchas veces compleja, complicada, que conlleva una adicción.

Principalmente, quiero detenerme en dos temas, uno que ha comentado y uno que no ha mencionado el señor director. Se ha referido, por supuesto, al trabajo de las comunidades autónomas, y, al final, volvemos a lo mismo; ha empleado usted una palabra bastante recurrente en esta Comisión, la equidad de los ciudadanos a acceder a planes de ayuda, en este caso para abandonar el tabaquismo, y cómo unas comunidades tienen unos planes que funcionan y otras tienen unos planes que no funcionan tan bien. Y volvemos a lo mismo, dependiendo de la comunidad en la que vivas, tienes una capacidad de acceso a beneficios de salud pública diferentes. Y eso es algo que, de verdad, deberíamos empezar a replantearnos, porque queda un poco hipócrita —vamos a decirlo así— que siempre hablamos de que no existe equidad entre los españoles pero en ningún momento queremos hablar de hacer planes nacionales de salud, de verdaderas competencias nacionales y que trabajemos todos a una al máximo nivel, y por

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 19

supuesto que nosotros lo hemos dicho, es decir, hacer que lo que funciona en un sitio también funcione en los demás lugares, y no a la baja; al contrario, a la máxima. Lo hemos visto, por ejemplo, en las pruebas de cribado de talón: si una comunidad era capaz de hacer cuarenta y tres pruebas, el resto deberían poder hacer esa misma cantidad, y parece ser que, por fin, el ministerio reacciona, después de tantos años.

Y la otra parte que no ha mencionado, señor director, y en la que quiero hacer hincapié es una noticia que conocíamos no hace muchos días, y es que Hacienda logra una recaudación récord de 8965 millones con el tabaco, en plena ofensiva de Sanidad en su contra. Entre algunos datos interesantes, es verdad que se reduce el consumo de cajetillas en un 2,91 %, pero, en referencia a lo que usted ha dicho sobre que no quieren trabajar al lado de la industria tabacalera, esta aumentó sus beneficios en un 2,7 %, y son datos del propio Comisionado para el Mercado de Tabacos, que, como saben ustedes, pertenece al Ministerio de Hacienda, aportando, por tanto, una mayor parte de ingresos por impuestos especiales e IVA, es decir, Hacienda continúa recaudando, y es un récord total y absoluto de recaudación. Incluso, existe el miedo de que, cuando se consiga cerrar el grifo y no se pueda acceder al mercado regulado del tabaco, serán más los ciudadanos que vayan al contrabando. Y precisamente ahora mismo estamos viendo que uno de los problemas que tenemos en España es cómo campa a sus anchas el narcotráfico, y uno de los lugares es el Campo de Gibraltar, por donde el tabaco de contrabando entra en nuestro país desde Marruecos. Me gustaría preguntarle si ustedes han hablado con el Ministerio del Interior para poder trabajar en esta línea, porque estamos viendo cómo poco a poco las mafias sacan provecho contra la salud de los españoles.

No voy a extenderme más porque creo que es interesante que podamos avanzar en estas conversaciones. Me preocupa el plan nacional contra el tabaco, las libertades y, sobre todo, la falta de equidad e igualdad entre los españoles respecto a poder tener más oportunidades. Vuelvo a decir que me alegro mucho de haber tomado la decisión de no fumar nunca. Creo que es una decisión que se toma en los diferentes estratos sociales, y yo provengo de una clase baja, trabajadora, de un ambiente de tabaquismo, pero decidí no fumar.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **CASTILLA ÁLVAREZ**: Gracias, presidente.

Quiero dar las gracias al director general por estar esta tarde aquí explicando lo que para nosotros es fundamental, y es que damos la bienvenida a este Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027. En España fuimos pioneros con un documento para la lucha contra el tabaquismo en un momento en que teníamos mucha presión por parte de las tabacaleras, la publicidad e, incluso, la hostelería, porque pensaba que iba a disminuir el nivel de su negocio, aunque al final se comprobó que no tenía tanta influencia y que la gente se adaptaba, como se adaptará a las nuevas medidas y a las nuevas estrategias. Es cierto que se trata de un documento que llevaba catorce años sin modificarse. Por eso ahora, ya que fuimos pioneros, creo que lo vamos a volver a ser en el espacio europeo. Hay 147 propuestas de las autonomías. Muchas veces escucho que no hay diálogo con ellas: sí lo hay. De hecho, se han incorporado —si no me equivoco, director general— esas 147 propuestas, y, lo más importante, los que saben de verdad, que son las sociedades científicas, han aplaudido este plan y esta estrategia, que, desde luego, para nosotros es muy muy importante.

Nadie duda —creo que es un hecho indubitado— y actualmente nadie puede decir que no conozca que el tabaquismo está correlacionado con la enfermedad y, sobre todo, con las enfermedades neoplásicas y oncológicas. Dice que los primeros estudios son de los años cincuenta, o sea, llevamos más de setenta años de evidencia científica. Es decir, cuando hablamos de tabaquismo y adicciones —y estoy junto a la compañera Carmen Andrés, que, aparte de ser miembro de la Comisión de Sanidad, es la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Comisión Mixta de Adicciones—, hay que ver que es un elemento multicausal, muy difícil de abordar, en el que intervienen muchísimos factores. Una de cada cinco personas fuma diariamente al menos desde hace quince años. Nos parece muy importante el enfoque que se va a dar desde la prevención y la promoción, por proteger a los demás, y, sobre todo, a nuestros menores. Recuerdo a mucha gente que me haya comentado que un familiar suyo nunca había fumado, pero tenía cáncer de pulmón. Además de que existen otras etiopatogenias en el origen de esta enfermedad, no olvidemos que somos o hemos sido fumadores pasivos; yo fui fumadora pasiva de pequeña. Es decir, nos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 20

parece muy importante ese enfoque relativo a proteger los espacios públicos y colectivos; yo digo el enfoque de la geografía de la salud, una cuestión que está muy de moda y que es muy interesante que se tenga en cuenta.

Habiendo hablado con otros compañeros de la Comisión y compartiendo que su comparecencia ha sido muy completa, aunque ajustada en el tiempo dado que tenemos cuatro comparecencias esta tarde, nos gustaría conocer su opinión sobre el vapeo, y, sobre todo, entre los adolescentes. El otro día me estremecí al enterarme de que hoy día se regalan vapeadores a los niños y las niñas como un regalo de Comunión, con dibujos para críos. Es una cuestión que me preocupa enormemente, y no sé si tienen hecho algún tipo de estudio sobre su impacto, porque, posiblemente, ojo al dato, puede resultar la iniciación al consumo tabáquico en la adolescencia, máxime si estamos hablando de esas edades, de niños. Entonces, no sé si tienen ustedes algún informe, si han valorado ese impacto y qué se puede hacer para la regulación, porque estamos pendientes de que exista cierta presión por este tipo de nuevas fórmulas de adicción.

De nuevo, quiero felicitar al ministerio por este gran trabajo. Tenemos mucha confianza, creemos que va a tener un gran impacto en los resultados sobre la mejora de la salud. Para nosotros es fundamental, como legisladores, y, sobre todo, porque creemos firmemente en el artículo 43 de la Constitución española y esta es una parte muy importante.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Muchas gracias, presidente. Buenas tardes, director general.

Ya que la Presidencia de la Mesa ha tenido la sensibilidad de dedicar una parte de esta Comisión al tabaco, quiero comenzar mi intervención haciendo un reconocimiento —no siempre se puede hacer, pero en esta ocasión creo que sí—, porque no todo el mundo tiene en su Comisión y en su grupo parlamentario a una persona que, cuando le tocó estar en el Ministerio de Sanidad, lideró el primer plan antitabaco de España, y fue en el año 2003, cuando yo empezaba mi especialidad en salud pública. Creo que es de justicia reconocer el trabajo, y ahí sí que fuimos pioneros.

Permítame que no comparta ese sentimiento de euforia por haber publicado un plan integral del tabaquismo, porque un plan que no se ponga en marcha, un plan que no tenga un desarrollo normativo no es más que un documento que recoge una declaración de intenciones y no lo podríamos llamar plan; lo será cuando se desarrolle. Y en este caso, este plan tiene lo que otros planes. ¿De qué nos habla el plan? Nos habla de retrasar el consumo, de incentivar que se deje de fumar, de aumentar los espacios sin humo. Tampoco vamos a dar el premio a la innovación a este plan, porque que en él se establezca que hay que recoger en la historia clínica el hábito tabáquico tampoco es muy novedoso. Igualmente, que se diga que la primera y principal intervención antitabáquica se tiene que hacer en atención primaria está muy bien, pero tampoco es una medida nueva; es tan antigua como la propia atención primaria. Y estamos seguros de que los médicos de familia van a apoyarlo y, por supuesto, están de acuerdo con ello, pero también le van a decir que necesitan más tiempo para poder ver a los pacientes y hacer un abordaje antitabáquico; le van a decir que, ya que estamos, se tomen medidas y se empiecen a buscar soluciones para sus problemas reales; le van a decir que mejoren su situación, que se consigan más plazas, que esas plazas tengan mejores condiciones, que se cuide más a los profesionales que ya están en la atención primaria, que se busquen propuestas que puedan retener y atraer a más profesionales y que no se queden plazas vacantes de atención primaria desde el mir. A ver si ahora resulta más fácil modificar los factores y los determinantes sociales, económicos, de género, de educación, laborales y de estrés que afectan al tabaco y no vamos a ser capaces de abordar el principal problema que tiene la atención primaria, en la que hemos depositado la atención principal antitabáquica. Con esto quiero dejar constancia en el *Diario de Sesiones* de que desde el Grupo Parlamentario Popular instamos al Gobierno a que aborde de una vez el problema que está atravesando la atención primaria, de la que todos queremos presumir; y lo dejo aquí, porque vamos a centrarnos en el tema.

Tenemos una serie de cuestiones sobre el plan que sí que nos interesaría conocer. En primer lugar, con respecto a los espacios sin humo, han pasado de anunciar —porque lo hemos visto en prensa— la prohibición de fumar y vapear en las terrazas y en los espacios privados, como los vehículos particulares, a desmentirse ustedes mismos diciendo que esa no era la intención. ¿Qué van a hacer al respecto? ¿Van a hacer una modificación de la ley de 2005 y de la ley de 2010? ¿Va a ser una propuesta de ley lo que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 21

traiga el Gobierno o va a ser una proposición del Grupo Parlamentario SUMAR lo que venga a esta Comisión? Ambas leyes, tanto la de 2005 como la de 2010, tuvieron un amplio consenso.

En segundo lugar, queremos saber más sobre el retraso en el comienzo del consumo de tabaco. ¿Solo tienen la intención de tomar medidas como la del etiquetado genérico o la de subir el precio, aumentando los impuestos sobre el tabaco? ¿Piensan regular y restringir la venta de vapeadores según la edad? ¿Van a restringir la venta a determinados establecimientos autorizados? ¿Piensan adoptar alguna medida algo más valiente, como un plan respecto al *tobacco endgame*, que ya está en marcha en algunos países? ¿Van a elaborar nuevas medidas punitivas o sancionadoras para el incumplimiento de las normas?

Y, en tercer lugar, me referiré al cese del consumo de tabaco. Financiar tratamientos y crear unidades antitabaco se lleva haciendo desde 2010. ¿Se van a tomar nuevas medidas, que realmente puedan facilitar que aquellos que ya están en el consumo de tabaco puedan abandonarlo? ¿Se van a llevar a cabo medidas que puedan facilitar este trabajo desde la atención primaria? Yo le puedo decir que nuestro interés y nuestras ganas de trabajar por mejorar la vida de la gente están intactos, pero también es verdad que desde nuestro grupo lo que podemos manifestar es cierta inquietud, porque hasta ahora solo hemos visto anuncios que no se han transformado todavía en ninguna iniciativa verdadera y que tampoco han llegado hasta aquí, que es el espacio natural para el trabajo y el debate, esta Comisión y esta Cámara. Cuando veamos esas propuestas, que sean reales y tangibles, empezaremos a otorgarles alguna credibilidad. Mientras tanto, solo tenemos dudas e incertidumbre.

Muchísimas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene el turno de réplica, señor Gullón.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD** (Gullón Tosio): Muchas gracias a todos los grupos políticos por sus comentarios y, desde luego, mi admiración por toda la gente que ha trabajado en el pasado y la que trabaja ahora en esto, pues es un verdadero honor. De hecho, quiero comenzar esta réplica agradeciendo mucho no a mi persona, porque llevo tres meses de director general de Salud Pública y Equidad en Salud, sino directamente el trabajo en este plan de los técnicos de las comunidades autónomas, que empezaron a trabajarlo en el año 2021, y a los técnicos del Ministerio Sanidad, que están aquí representados, que también estuvieron coordinando ese trabajo desde el año 2021. Esto no viene de ayer, esto no es una ocurrencia de Pedro Gullón, este es un trabajo que viene de mucho tiempo atrás y por diferentes personas de diferente signo político.

Querría hablar de algunos aspectos que se han comentado en las intervenciones. En primer lugar, sobre cómo engancha esto con el marco determinantes, como ha comentado el diputado de SUMAR, aunque no son parte del plan, las actuaciones en determinantes sociales van en la línea de acción prioritaria de esta dirección general y, por lo tanto, trabajaremos en la evaluación del impacto en salud de políticas no sanitarias.

También, respecto a lo que comentaba el diputado de SUMAR, quiero hablar sobre la estigmatización. Es un problema serio. Cuando estamos trabajando en intentar desnormalizar el consumo de tabaco, que es uno de los aspectos que tiene toda legislación de tabaco, para que intente convertirse en algo menos normal, menos aceptable, no puede ir acompañado de una culpabilización de las personas que fuman. Es algo bastante fundamental y creo que los profesionales de la salud cuando trabajan en ello lo saben muy bien, pero también tenemos que intentar a nivel comunicativo que esto no signifique una estigmatización de las personas, pues tienen sus condiciones, pueden fumar o pueden dejar de fumar.

En respuesta a los comentarios del diputado de VOX, muchas gracias por los dos puntos que ha comentado. En relación con el primero, lo siento, pero como director general de Salud Pública y Equidad en Salud le tengo que decir que no se puede hablar de equidad solo para hablar de las comunidades autónomas, es un insulto a salud pública y es un insulto al conocimiento científico. De verdad, no se puede hablar sobre ese punto. La equidad en salud tiene que ver con la equidad en salud de las personas, y esta viene de las condiciones de vida de las personas. Una parte viene del sistema sanitario y no tiene que ver siempre con las diferencias en las comunidades autónomas. Desde luego, me parece que es algo muy importante que en esta Comisión de Sanidad se sepa que la equidad en salud va mucho más allá que las diferencias en las comunidades autónomas, porque es un insulto a todo mi conocimiento previo y al que se ha generado en salud pública en los últimos cincuenta años.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 22

Respecto a los impuestos, también quiero desmentir un bulo. Los costes que genera el tabaco son tremendamente superiores a lo que se recauda por Hacienda. Tremendamente superiores, pero en escalas muy grandes. Con lo cual, no, no se pueden comparar los beneficios que puede tener Hacienda con el tabaco con los daños sociales, económicos y en salud que está generando. Desde luego, no se pueden comparar. Y si el plan va bien, tendría que llevar a una recaudación menor, porque si el plan va bien, significa que disminuye la prevalencia de tabaco y tendríamos menos costes sanitarios y menos recaudación en el tabaco.

En relación con algunos comentarios que ha hecho la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, desde luego lo del tabaquismo pasivo es algo muy importante. De hecho, hay enormes leyes y planes que se han hecho en el pasado y que se están haciendo en diferentes comunidades autónomas ahora mismo también para reducir el tabaquismo pasivo, porque estamos hablando de mil muertos diarios, pero estamos hablando también de enfermedad y calidad de vida que se pierde en las personas. Por tanto, sí lo es y, desde luego, prácticamente todas las acciones de la meta tercera del plan van encaminadas a proteger del tabaquismo pasivo.

Sobre el vapeo de los adolescentes, que creo que también engancha un poco con unas preguntas que ha hecho el Grupo Parlamentario Popular, si leemos el plan y vamos a la meta primera, tenemos acciones que tienen que ver con la equiparación legislativa de los vapeadores al tabaco convencional y los productos que liberan nicotina. Y también tenemos que trabajar con Consumo para aquellos que no son liberadores de nicotina, pero que son una puerta de entrada al tabaco, porque, como bien se ha comentado, se regalan en diferentes eventos sociales y con formas atractivas. Desde luego, está en el plan que tenemos que atajar todos los elementos de *marketing* que están en esos productos de alguna manera, porque esto sí que es una cosa bastante prioritaria, porque es lo que está provocando seguramente que el consumo en los jóvenes no se reduzca y que estén utilizando estos productos, y miedo nos da que en el futuro eso pueda llevar a que consuman tabaco. Y es importante porque este es el sitio en el que las tabacaleras ahora están trabajando, pues ya no pueden vender las tabacaleras que es bueno fumar, y ya no pueden hacer el aviso sobre el tabaco directamente, lo hacen con los dispositivos relacionados con el tabaco. Es con lo que lo hacen y es con lo que nosotros, desde luego, hemos recibido más presiones.

Al Grupo Parlamentario Popular le quiero agradecer su sinceridad y, desde luego, a mí lo que me gustaría es poder venir dentro de unos años y evaluar qué hemos podido hacer y que lo hagamos de forma conjunta. Creo que sería lo ideal. Estoy de acuerdo en que, desde luego, un plan se lo puede llevar el viento, pero, teniendo en cuenta lo que ha supuesto, también es una medida bastante valiente y que pone en consenso a muchas personas. Pero claro, tenemos que empezar ya. De hecho, ya está abierta la consulta pública sobre empaquetado genérico, que terminó ayer, con lo cual ya estamos empezando a ejecutar el plan. El plan no solo consiste en medidas legislativas nuevas, sino también en recoger el trabajo que están haciendo los técnicos de tabaco en las comunidades autónomas, y hay parte de ese trabajo que consiste simplemente en intentar homogeneizar entre comunidades autónomas y otra consiste en escalarlo. Hay muchas cosas que parece que no son novedosas, porque se están haciendo, y es positivo que se hagan y que las escalemos más en el futuro.

Quiero agradecer a todos los grupos parlamentarios sus palabras. No será la última vez que me escuchéis por aquí, pues espero que nos veamos muy pronto. Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias. **(El señor García Gomis pide la palabra)**. Sí.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Simplemente, quiero aclarar las palabras del director general.

Cuando me he referido al tema de salud, yo hablo de sanidad, y estamos en la Comisión de Sanidad. Por supuesto, hay muchos más factores que afectan a la condición de la salud de las personas, como vivienda, salud mental y otros muchos temas, pero estamos hablando del tema de la salud y usted no puede esquivar el tema. Cuando hablamos de equidad de acceso, no es lo mismo ser de la Comunidad Valenciana que ser de Galicia. Si usted es padre, que no lo sé, sabrá que cualquier persona o cualquier padre que tenga que vacunar a sus hijos, tiene derecho a unas vacunas en una región y en otras no, por ejemplo, el Bexsero o cualquier otra vacuna que le pueda poner. Quería puntualizarlo, es así. Cuando hablamos de equidad, lo hacemos porque no es lo mismo vivir en una comunidad que en otra. Y usted también lo ha dicho, no es igual el plan antitabaquismo de una comunidad que el de otra. Es importante que trabajemos a nivel nacional, es decir, que haya una coordinación entre comunidades, donde los planes de acción que funcionan de verdad se pongan al acceso de todos los ciudadanos y que no dependa

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 23

de si vives en Cataluña, en el País Vasco, en Alicante, en Madrid o en Bilbao. Debemos tener el mismo acceso. Eso es lo que quería puntualizar, señor director.

Usted mismo lo ha dicho. Si sigue recaudando más Hacienda, es porque no están consiguiendo atajar el problema del tabaquismo, que es lo que queríamos señalar. A pesar de los planes y a pesar de la reducción, seguimos recaudando más, porque al final existe la manera para poder seguir accediendo al tabaco. Y esa es otra cosa que nos ha preocupado, por eso le he preguntado si ustedes habían hablado con el ministro del Interior sobre la posibilidad del contrabando, y usted ha asentido con la cabeza, como diciendo: ya saben ustedes que es un problema.

Eso es lo que queremos señalar en VOX, que no existe la equidad en el acceso a la sanidad. Por supuesto, hay muchos más factores que afectan a salud. No voy a permitir que usted tergiversar un poco mis palabras intentado buscar algún tipo de salida que no es la correcta, porque no es así. Nosotros estamos aquí, en la Comisión de Sanidad, y hablamos de salud pública. Como salud pública, tenemos que garantizar el acceso equitativo e igual a la mejor sanidad posible para todos los españoles. El mejor plan antitabaco, las mejores pruebas contra el cáncer, el mejor cribado de talón y lo que haga falta. Deben tener el mismo derecho todos los españoles, no puede ser que un señor, por vivir en una aldea de Lugo, no tenga derecho a tener un médico, no tenga derecho a tener un especialista y no tenga derecho a dejar de fumar, como lo puede tener un madrileño, un catalán o un alicantino.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Yo creo que con esto ha quedado clara la cuestión que quería aclarar en su intervención.

Si les parece bien, porque nos habíamos prometido acabar a las seis y media —y lo dudo ahora, aunque quizá podamos hacerlo a las siete menos cuarto—, intervendrán juntos los dos comparecientes que quedan y después, una vez que intervengan, haremos el turno de portavoces de cinco minutos. Nos damos dos minutos para despedir al director general y rápidamente continuamos. **(Pausa)**.

— **DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO (PASCUAL PASTOR), PARA INFORMAR SOBRE EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000056).**

— **DEL SEÑOR VOCAL DEL CONSEJO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (MARTÍN MORENO), PARA INFORMAR SOBRE EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000057).**

El señor **PRESIDENTE**: Comenzamos nuestra última fase de la reunión de hoy con la intervención de don Francisco Pascual Pastor, presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y, después, con la de don José María Martín Moreno, del Consejo Nacional de la Asociación Española Contra el Cáncer, que también hablará sobre este tema. Y, si les parece, cuando acaben ellos dos, hacemos el turno de intervenciones de los diferentes grupos parlamentarios.

Sin más, señor Pascual Pastor, adelante.

El señor **PRESIDENTE DEL COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO** (Pascual Pastor): Gracias por la invitación a participar para expresar un poco lo que estamos haciendo en el Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo desde hace ya muchos años, casi treinta años. A mí me gustaría empezar la intervención —voy a intentar ser breve, porque yo también me tengo que ir; tengo que coger el tren y esto también es importante, volver a casa— en el año 1492. Todos sabemos que Cristóbal Colón, cuando llegó a América, descubrieron que allí unas personas estaban quemando como unos palos. Aquello, que fue una curiosidad, resulta que Rodrigo de Jerez lo trajo a España, lo presentó delante de la reina, de Isabel la Católica, y, además, tenía a la Iglesia delante y casi excomulgan a Rodrigo de Jerez. De hecho, la Inquisición lo quería quemar en la hoguera porque solamente el diablo era capaz de expulsar humo por la boca. Han pasado años, aquello fue una muestra de lo que hacían los indígenas de la recién descubierta América, pero pasado un tiempo vieron que aquello era un negocio también, y entonces fue cuando, poco tiempo después, Sevilla tuvo la primera tabacalera de España. Es decir, lo que fue una anécdota se convirtió en un negocio, y durante mucho tiempo las distintas formas de utilizar el tabaco —en pipa, en forma de rapé o en forma de puros o de cigarrillos, que fue lo más tardío— se fue extendiendo como una costumbre. Y digo esto porque, a veces, tenemos que saber que esto ha formado parte de nuestra cultura, de una cultura que, como todas las drogas —la nicotina no deja de ser una droga, y de las

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 24

más potentes— provoca una adicción, pero también tuvo un tiempo de ritual mágico y religioso con los indígenas y, luego, tuvo una utilidad terapéutica.

Voy a contar una anécdota solamente de la utilidad terapéutica, y es que el francés Jean Nicot —de ahí viene el nombre de nicotina— visitó a la reina Catalina de Médicis, que sufría de migrañas, y le dio nicotina, le dio tabaco en forma de rapé, y resulta que cedió en parte la molestia, el dolor de cabeza que tenía. Aquello, que una reina mejorase su salud, hizo que todavía se expandiese más, hasta el extremo que distintos cultivos de tabaco llegaron a América del Norte fabricándose el tabaco Virginia o el tabaco rubio, que fue el que luego se ha expandido todavía aún más. Además, no olvidemos que, cuando el tiempo pasa, a finales del siglo XIX, el tabaco era utilizado para el tratamiento del asma y para las enfermedades pulmonares. ¡Qué paradoja! Tenía su explicación. Si tú metes algo caliente, como cuando nos hacemos un vaho, aquello, en aquel momento, dilata los bronquios y sirve para respirar. Yo creo que debemos de aprender de la historia. Luego, hemos sabido que todo aquello que podía tener un beneficio terapéutico se nos giró en contra, porque la evidencia científica desmontó toda la historia sabiendo que precisamente el tabaco es la causa de muchísimas enfermedades, de más de 17 cánceres —yo creo que José María luego puede entrar en el detalle—. A veces nos fijamos en el cáncer de pulmón, pero está el de próstata, el de mama, enfermedades cardiopulmonares, etcétera. Todos sabemos los perjuicios que causa el tabaco.

Preocupados por esto y, además, con la buena noticia de las leyes de 2005 y de 2010, que permitió que España fuese pionera en la lucha —si me permitís— contra el tabaquismo, aquello permitió que el consumo tan elevado de tabaco, teniendo evidencia científica de la patología, fuese disminuyendo. ¿Qué ha pasado durante estos años? Que la ley que se promulgó en 2010 y se puso en marcha en enero de 2011 ha quedado obsoleta por la aparición de nuevos —voy a denominarlos así— artilugios para fumar, nuevos descubrimientos científicos, y había una necesidad de ponerlo al día. Lógicamente, porque, al final, esa curva descendente que teníamos y que debíamos de conseguir en el consumo de tabaco, se estaba estabilizando. Estaba oyendo al director general de Salud Pública cuando hablaba de las encuestas ESTUDES, de edades, de los estudios de calidad de vida, y ves las encuestas y son dispares, porque algunas te cogen grupos etarios, otras te cogen población general. A mí me llamó mucho la atención la última encuesta que hizo el Plan Nacional sobre Drogas, y es que amplió el ESTUDES, la encuesta de estudiantes de secundaria, que es desde 14 años, e hizo una muestra de estudiantes de 12 y 13 años. Y lo que nos sorprendió fueron dos cosas. Uno, el inicio normalmente era en vapeadores. Y dices, bueno, algo está pasando con esto, y es lo que se ha apuntado sobre el poder de la industria. Y, dos, que la edad experimental del consumo de tabaco bajaba a los 11 años. Algo hemos hecho mal, lógicamente. El CNPT —supongo que algunos de vosotros lo conocéis, aunque a veces cuando decimos CNPT, como también es el Comité Nacional para la Prevención de la Tortura, cuando buscas en Google, salen estas cosas—, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, es una entidad de entidades, que recoge aproximadamente a cuarenta y siete sociedades, entidades en general, sociedades científicas de tipo médico de todas las especialidades: oncólogos, especialistas de aparato respiratorio, especialistas de urología, dentistas. ¿Por qué? Porque no hay parte del cuerpo que, al final, no se dañe por el tabaco, precisamente por lo que estábamos diciendo. Por ejemplo, la hipertensión arterial, si queremos llegar a ese extremo; los infartos o las alteraciones en la piel, además de los cánceres. Además, tenemos colectivos de farmacéuticos, de enfermería. Y algo importante para nosotros es que tenemos sociedades de pacientes. De hecho, la Asociación Española contra el Cáncer es miembro del CNPT y representa a muchísimos pacientes y familiares afectados por el consumo de tabaco, incluso un colectivo de pacientes de cáncer de pulmón. Y creo que esto nos da, en cierta forma, no diría autoridad, pero sí la voz, la capacidad de poder ser interlocutores ante la Administración para exigir un poco el cumplimiento de la legislación anterior, que se fue relajando, y de la legislación actual, que se debería poner en marcha para equiparar todo lo que está apareciendo en estos momentos.

Ya sé que no voy a tener mucho tiempo, pero sí me gustaría poner especial énfasis en muchas de las noticias que han salido en prensa. La última fue que en el Reino Unido no se iba a dejar fumar a partir de los nacidos en 2009 para intentar formar generaciones sin humo. A veces, se me ha criticado porque he dicho que lo importante no es el objetivo, que creo que además es bueno, sino que estamos en un Estado en el que esto debería tener un encaje legal, y que la responsabilidad será de los juristas para ver si esto puede ser verdad. ¡Ojalá! Por lo menos, para cumplir el objetivo que nos marca la OMS para 2040 de tener una cifra de fumadores que no vaya más allá de un 5%. Para eso, debemos empezar con esa prevención, que yo creo que no hemos hecho de forma adecuada, sobre todo en los colectivos vulnerables.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 25

Me vais a permitir que diga que un colectivo vulnerable son las mujeres. ¿Por qué en esa franja etaria incipiente fuman más las mujeres que los hombres? Es decir, si realmente esto es la equiparación de derechos, creo que ahí la mujer se equivoca, porque está fastidiando gravemente su salud, además de que la mujer esté embarazada, que todavía sumaríamos más. También están los enfermos mentales; los que tienen otro tipo de adicciones a otras sustancias o conductas adictivas; la gente que está en la calle, que también tiene cierta vulnerabilidad, y debemos ir allí también. Por eso, cuando repasamos el plan integral de tabaquismo, que es una hoja de ruta, el compromiso que adquirimos cuando nos reunimos las distintas entidades con la ministra y con el director general, fue que el CNPT quería hacer un poco de vigía para que, realmente, esto se cumpla. Si se cumple, realizaremos los objetivos de la Organización Mundial de la Salud; si no, no los cumpliremos, porque ya nos hemos retrasado. Para 2025 deberíamos tener una cantidad de fumadores no superior al 18,5%, y han dicho que estamos en más de un 20%. Si no se toman medidas ya, no llegamos. Y creo que ese compromiso lo tenemos. ¿Que hay que vigilar a la industria tabaquera? Por supuesto, porque tenemos un convenio firmado, y ese convenio lo hemos de cumplir. Y no podemos dejar que la industria tabaquera vaya cogiendo terreno con los vapeadores y con algo que no se ha nombrado aquí y que está de moda, que es el tabaco calentado. El tabaco calentado es tabaco. ¡Y que ayer en el Museo Thyssen se presente un nuevo artilugio, a bombo y platillo, de otra modalidad de tabaco calentado...!

Luego está, y se ha nombrado de pasada, la reducción de daños. ¿Qué es una reducción de daños? Yo soy médico de conductas adictivas, trato a heroinómanos y trato a gente que tiene problemas con cocaína, etcétera, y hacemos reducción de daños. Primero, intentamos no utilizar nunca la misma vía de administración, porque utilizar la misma vía de administración es darle el recuerdo de la conducta que tenía la persona, con lo cual, ya vamos mal. Luego, ¿quién es el que tiene que hacer una reducción de daños? Un facultativo, un sanitario, porque yo delante tengo una persona que tiene una pluripatología, que puede estar polimedicado, y sabré en cada momento qué es lo que necesita, y no que se vaya al estanco, libremente, a comprarse algo que la industria dice que es una reducción de daños. No, señores, nos equivocamos. La ciencia y la evidencia es algo más. Y lo mismo sucede con los vapeadores. No podemos permitir que los vapeadores se vendan en tiendas de chuches. Y me dirán: Es que algunos vapeadores tienen nicotina y otros no la tienen. Me da igual, el que tiene nicotina te provoca una adicción y el que no tiene nicotina te provoca una adicción. ¿Por qué? Por la imitación. Me van a perdonar, pero yo siempre pongo el ejemplo, y lo repito mil veces, de los cigarrillos de chocolate que nos daban cuando había una comunión. Es decir, ¿qué hacían los nenes cuando les daban el cigarrillo de chocolate? Imitar fumar, porque lo gestual también se imita, con lo cual debemos cerrar la puerta de entrada. Además, no está exento de riesgo, es decir, sabemos que el *vaper*, que al final lo que hace es soltar unos aerosoles, provoca enfermedades respiratorias graves como es el EVALI; esto está científicamente demostrado.

Algo de lo que más me ha gustado del PIT, que se aprobará ya consensuado, han sido dos cosas: una, que, al final, todas las comunidades autónomas y los grupos parlamentarios se pusiesen de acuerdo. Creo que esto es importante. Me recordó un poco el año 1985 cuando el Plan Nacional sobre Drogas salió por consenso. La salud debería ser consensuada. Luego, creo que otra de las medidas, aparte de esto, es que cuando te lees el borrador del plan, ves la cantidad de artículos que refrendan científicamente lo que se está diciendo, es decir, que se ha trabajado en evidencia científica, que se ha aportado por la Asociación Española contra el Cáncer y por algunas de nuestras entidades. El CNPT, como tal, ha aportado ideas de mejora para que esto se cumpla, porque, lógicamente, tenemos la obligación o el compromiso de llegar a ese 5%. Es verdad que hay medidas, por ejemplo, como la Declaración Endgame, en la que hay un compromiso de restringir la adquisición de tabaco a partir de 2025 como esa primera meta. También está la consolidación de los espacios sin humo. No sé las cosas que he oído de los espacios sin humo, además, cuando todavía no estaban ni especificados; y ha habido un bombardeo. Cuando la hostelería empieza a hablar de los espacios sin humo también me llama la atención, porque la hostelería no recuerda que en 2010 no solamente no perdieron dinero, sino que ganaron, que se incrementó el número de trabajadores y que se incrementaron las ventas en hostelería. No, eso no lo recuerdan. Lo que se está planteando ahora es la protección a las personas, y el CNPT está para proteger a las personas, entre otras cosas es uno de nuestros objetivos. También hay estudios científicos —además, les podemos dar algunos datos— sobre la condensación que hay en el ambiente en una terraza, aunque esté abierta, con concentraciones de tóxicos entre dos y ocho veces superior al *gold standard* que nos permitiría decir que aquel aire es respirable. Se calcula que, si no te vas a diez metros de distancia de esas mesas, todavía lo sigues respirando. He nombrado las terrazas porque es lo que más

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 26

ha salido, pero ¿a quién beneficia, sobre todo, un espacio sin humo? Al hostelero y a los trabajadores de hostelería, porque disminuyen las bajas laborales y aumenta la salud de los trabajadores que tiene el hostelero. Y esto está medido. No antepongamos el interés económico al interés de la salud. Esto es una Comisión de Sanidad y yo lo quiero transmitir como lo siento, como médico que soy, porque, además, tenemos un compromiso con la salud, y en todo el CNPT tenemos esto bastante claro.

Es verdad que hay un hándicap que deberíamos cuidar, y es que en España hay dos territorios que cultivan tabaco, Extremadura y Canarias. Pues, el borrador del plan también incluye tomar medidas para un cultivo alternativo, para dar subvenciones, para poder ayudar a estas personas, porque creo que también es importante que nadie tenga efectos negativos, que el plan sea algo positivo para todos. El plan se puede presentar como algo del Ministerio de Sanidad, pero el borrador está desde 2001, se quedó ahí en un cajón; pero es que en 2001 fuimos muchos los que aportamos ideas para intentar que fuese lo mejor posible y que tuviese los mínimos daños colaterales. En cuanto a tomar medidas, dicen que se podría prohibir. ¿Prohibir o educar? ¿Prohibir o regular? De momento, no se prohíbe a nadie fumar, se regulan los espacios y se regula el derecho a la salud de las personas, que yo creo que es la máxima libertad que tenemos. Como sanitarios, debemos contemplar siempre nuestra libertad y nuestros derechos, y como en este caso está el humo por medio, termina en la nariz de los demás. Creo que esto es evidente.

Se ha hablado hace un momento del humo de tercera mano, y también hubo otra controversia sobre si se puede fumar o no en el coche. Esto no está regulado, pero es algo que tendremos que poner encima de la mesa. Vamos a ver, el hecho de fumar en el coche, *per se*, es una tarea distractora —el mechero, encenderlo—, pero, más allá de esto, resulta que ese humo, denominado de tercera mano, queda pegado a la tapicería y son sustancias tóxicas, algunas de ellas cancerígenas. En este caso, a mí no me gustaría subir a mi nieto a un espacio donde hay una sustancia cancerígena, qué quieren que les diga. Pero tampoco me gustaría que fuese el hijo ni el nieto de nadie. Creo que todos nos hemos acostumbrado a que nos digan que para conducir te tienes que poner el cinturón o que no puedes hablar por el móvil porque son dos medidas de salubridad y también de salud pública. ¿Por qué no se podría regular el hecho de que no se fume en un espacio tan cerrado? Luego, en casa, con la libertad individual, probablemente esto va a ser más difícil, no sé ni siquiera si es adecuado, no lo sé, pero en espacios cerrados... ¿A que todos entendemos que si tenemos un nene que tiene una alergia lo primero que hacemos es quitarle los peluches de la habitación para que pueda respirar? Esto lo entendemos todos, ¿no? Pues sería un poco la misma medida, pero, además, una cosa te da alergia mientras que la otra te provoca un cáncer.

Creo que entre todos deberíamos ser conscientes y, además, seguir los pasos de la OMS, que es *empower*, que es un poco nuestra guía para conseguir todo esto. Es decir, vigilar el consumo de tabaco en las políticas de prevención; proteger a la población del humo de tabaco; ofrecer ayuda para el abandono del tabaquismo; advertir acerca de los peligros del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio y aumentar los impuestos del tabaco, porque aumentándolos solamente un 10 % se reduciría el número de fumadores entre un 4 y un 7 %, dependiendo de la franja de edad. ¿Esta medida sería, como se ha dicho antes, recaudatoria? Bueno, si reinvertimos ese dinero en prevención y en tener una estructura sanitaria que dé respuesta al problema del tabaquismo, incluso sería positivo para la sanidad española.

Me van a permitir que no me extienda mucho más, pero respecto a las terrazas —y quiero terminar con eso para hacer una reflexión—, cuando preparas la documentación ves de dónde y por qué vienen las cosas. Cuando te informas sobre la Federación de Hostelería ves que hay dos *partners*: uno muy importante, que es Philip Morris, y otro que es la Mesa del Tabaco. ¿Qué intereses hay detrás para que no se fume en las terrazas? ¿La salud o algo más?

Muchas gracias. (Aplausos).

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctor Pascual Pastor.  
Ahora escuchamos al doctor Martín Moreno.

El señor **VOCAL DEL CONSEJO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER** (Martín Moreno): Muchas gracias, presidente.

En primer lugar, quiero expresar mi gratitud y mi más alta consideración para todas y todos ustedes como representantes electos que son de la soberanía del pueblo. Yo todavía me creo todo esto. Estoy disfrutando de esta sesión porque se está intentando proteger y promover la salud de nuestra ciudadanía y, evidentemente, ver dónde están las cosas para hacerlo mejor.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 27

En la Asociación Española Contra el Cáncer estamos muy agradecidos de que nos permitan estar hoy aquí, en esta comparecencia, y tener la oportunidad de dar voz también a los pacientes con cáncer y a sus familiares sobre un tema que tiene una enorme incidencia en los tumores malignos, como es la lucha contra el tabaquismo. Esto es básico, ya se ha dicho y lo acaba de decir el doctor Francisco Pascual en diferentes ocasiones y el director general de Salud Pública. Eso es así. La lucha contra el tabaquismo está absolutamente alineada en la lucha contra el cáncer: hacer todo lo posible para que no se desarrollen los cánceres, después identificar precozmente el cáncer para atajarlo cuanto antes y, si no, evidentemente dar un tratamiento integral con dignidad y paliativos cuando hace falta. Pero el primer paso es intentar prevenirlo.

Si me lo permiten, quiero empezar contando un poco quiénes somos y qué hacemos. La Asociación Española Contra el Cáncer lleva setenta y un años, desde 1953, promoviendo la prevención del cáncer, atendiendo a las necesidades de pacientes con cáncer y siendo la entidad que más pacientes con cáncer apoya en España, y junto a ellos sus familiares y toda la sociedad que nos rodea, porque al final un caso de cáncer no solamente lo vive la persona, lo vive todo su entorno. La asociación está formada por más de 30 000 voluntarios, está gestionada por profesionales magníficos —algunos de los cuales están aquí conmigo— y se sostiene gracias a sus más de medio millón de socios en cincuenta y dos provincias de España, los cuales están contribuyendo generosamente. Esa es la parte que te da alegría de la sociedad.

La Asociación Española Contra el Cáncer tiene como objetivo prioritario conseguir que todas las personas tengamos las mismas posibilidades y oportunidades; y no solamente las mismas, sino las mejores posibles frente al cáncer. Yo creo que eso lo compartimos todas las personas que estamos en esta sala, no me cabe la menor duda. Permítaseme ahora enmarcar lo que hablamos compartiendo unas pocas estadísticas. No pienso aburrirles mucho, soy epidemiólogo y me gustan mucho pero no, voy a reprimirme. Son estadísticas que no por conocidas dejan de ser impactantes, porque a veces se nos olvidan. En 2030 —o sea, a la vuelta de la esquina—, se estima que una de cada tres mujeres y uno de cada dos hombres padecerán cáncer. Solo en 2023, según las estimaciones del Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer, se produjeron más de 284 000 diagnósticos, la prevalencia a cinco años representa un total de 840 755 pacientes y la prevalencia total del cáncer, según la Estrategia Nacional del Cáncer, supera las 2 265 000 personas. Las cifras son apabullantes y esto hace que muchos de nosotros estemos motivados para hacer todo lo posible para ayudar a mejorar esta situación.

En 2023 el cáncer quitó la vida en España a 112 173 personas y es la principal causa de muerte prematura entre los treinta y los sesenta y nueve años. No es una cuestión de competir, de qué es más importante, si las cardiovasculares o el cáncer; muchas veces lo importante son las personas, pero eso es para ponerlo en contexto. De todos los tipos de cáncer el de pulmón es el que más muertes causa, casi el 21 %, con una supervivencia de solo un 13 %. Pese a los avances aún es manifiestamente baja, la tenemos que mejorar, sé que los grupos también están preocupados —he leído sesiones anteriores— y agradezco que se ponga el foco en ello. Pero no solo causa cáncer de pulmón, sino también muchos otros tipos de cáncer y enfermedades crónicas que revisaré brevemente después.

Por tanto, el cáncer es una emergencia sanitaria. Aunque parezca que es una cosa muy lenta y que ya lo veremos, en el fondo está ahí y creo que todos los que están en esta sala lo saben. Es una pandemia permanente, pandemia en el sentido de que ocurre globalmente, con muchas personas. Solo tiene una supervivencia, en el momento actual, del 55,3 % en los hombres y del 61,7 % en las mujeres. La Asociación Española Contra el Cáncer se ha fijado el objetivo —que creo que es compartido— de que podemos, con los conocimientos actuales, superar el 70 % de supervivencia, pero estamos en lo que estamos: 55 % en hombres y no llegamos al 62 % en mujeres.

Hasta aquí el mapa del problema. Este es el diagnóstico. Entonces, ¿qué? Junto a ello, sabemos que hay prevención para el cáncer y sabemos —antes el doctor Cofiño hablaba de Ana Diez Roux y podríamos seguir con Richard Peto— que entre el 40 y el 50 % de los cánceres serían prevenibles; directamente no empezarían si siguiéramos unos hábitos más saludables estructural y conductualmente. No solamente porque las personas quieran, sino porque las condiciones lo hacen difícil. Hay diferentes motivos y causas, y entre las causas básicamente el 30 % de la mortalidad por cáncer está asociada directamente al tabaco. Esto quiere decir que, si el tabaco no existiera, directamente tendríamos un tercio menos de muertes, de sufrimiento y de todo lo que hay alrededor del cáncer; por lo tanto, es muy gordo. Me he centrado en una patología, pero antes el doctor Francisco Pascual ha hablado de muchas más, al igual que el director general de Salud Pública, el doctor Pedro Gullón. Esto es así. El consumo de tabaco está relacionado con diferentes tipos de cáncer —antes lo hablábamos— no solo el cáncer de pulmón. Fíjense que he estado

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 28

hablando de que está relacionado con el cáncer de boca —como saben—, de garganta, nariz, senos nasales, esófago, vejiga, riñón, estómago, hígado, cuello de útero —parece mentira, con lo distante que está, pero también por todos los productos tóxicos, carcinogénicos e hidrocarburos alifáticos y policíclicos—, cáncer de ovario, cáncer colorrectal o de intestino y leucemia mieloide aguda. Por lo menos esto está claramente demostrado. Eso no lo discute nadie, hasta la industria tabaquera lo reconoce. Entonces, dato importante, entre el 80 y el 90 % de los cánceres de pulmón, por ejemplo, se dan en fumadores, en personas que estén fumando o que hayan dejado de fumar recientemente; esto es así. Los fumadores tienen un riesgo de diez a veinte veces mayor de desarrollar cáncer de pulmón que los no fumadores y el riesgo es proporcional al número de cigarrillos fumados; eso está ahí.

Los ilustres colegas que me han precedido en el uso de la palabra, los doctores Gullón y Pascual, han dado muchas cifras. Actualmente hay más de 8 millones —no voy a dar los picos— de fumadores diarios y otros ocasionales, que es el 23 % de hombres y un 20 % de las mujeres. Es verdad que hace unas décadas estábamos en una prevalencia del 43 % en hombres y en las mujeres era más bajo. Esto es una pena porque estamos convergiendo, pero, como decía el señor Pascual, no en el sentido que queremos converger. Lo que tenemos que hacer es imitar a las mujeres y bajar, no ir en el otro sentido.

Es importante decir que no existe ninguna manera segura de consumir de tabaco, no la hay, ni hay ninguna dosis. No es que por un pitillo no pasa nada o es que es la boda de no sé quién...; no, no hay ningún umbral de seguridad. Digámoslo claramente: el tabaco es adictivo y tóxico, se vea desde la perspectiva que se vea. Es un veneno, lo hemos integrado, pero es un veneno, como el arsénico; no se debería vender porque es un veneno.

En este punto, quiero detenerme en una población especialmente vulnerable y la que más futuro tiene, presente y futuro, pero por razones biológicas, naturales; son los jóvenes. Cuando uno es joven sabemos que existe un cierto sentimiento de inmortalidad, el tan largo me lo fiáis. Por eso, pensar en que lo que hago hoy me va a causar una enfermedad mañana —porque ya sabemos que, en esto del tabaco, hay una cosa que se llama periodo de latencia o de inducción empírica— es difícil por el comportamiento que tenemos. Nos pasa a los adultos también, que ya nos sabemos menos inmortales, pero decimos que un día es un día. El informe de 2023 sobre alcohol, tabaco y drogas en España —ya ha sido antes citado, con lo cual, voy a intentar resumirlo— nos pone en una situación de urgencia porque prácticamente el 55 % —quitándole los decimales— de los estudiantes de entre catorce y dieciocho años han probado los cigarrillos electrónicos al menos una vez en su vida. Esto es una barbaridad; supone un incremento, además, de 10,3 puntos porcentuales respecto a 2021, por lo que tenemos un problema. Por mucho que se quiera decir reducción de riesgo, etcétera, esto es un problema. La tendencia no es optimista y quiero detenerme en las cifras de la OMS. Los jóvenes que usan cigarrillos electrónicos tienen tres veces más probabilidades de consumir cigarrillos en el futuro; eso para empezar, con lo cual está ahí. Y los nuevos dispositivos relacionados con el tabaco, aunque no contengan estrictamente tabaco, como se ha dicho previamente, también tienen sus riesgos de enfermedades específicas, demostrado científicamente. Y, desgraciadamente, están de moda.

Según el estudio realizado en abril de 2023, antes de ayer, por el Observatorio del Cáncer de la AECC, sobre el humo digital —¡el humo digital!— el 57,2 % de los jóvenes dicen que vapear o fumar la cachimba está de moda porque lo hacen muchas personas famosas: actores, *streamers*, *influencers*. Evidentemente, el ejemplo educa y esto no está bien; y no está bien porque, además, existen unos determinantes comerciales, porque esto no lo hacen por una vocación natural de hacer felices a los demás, sino porque cobran haciendo esas actividades. A veces no son muy conscientes del daño que están haciendo —quiero pensar—, porque si lo fueran, no lo harían, pero no lo deben de saber del todo.

Sin duda, estos números suponen una llamada para la acción de todos: los que estamos cerca de la enfermedad con los pacientes y familiares, las sociedades científicas y, por supuesto, también los políticos. La política es el arte de hacer posible lo que es necesario y es una actividad noble y para eso está. Desde la asociación atendemos a quienes ya no tienen posibilidad de prevenir porque ya tienen cáncer, pero también podemos hacer todo lo posible para que la misión no solamente sea añadir años a la vida, sino también añadir vida a los años, con dignidad. Por otro lado, dar impulso a aquellos jóvenes que quieren tener un mejor presente y un futuro más sano.

Insisto, la lucha contra el tabaquismo es también la lucha contra el cáncer. El tabaquismo de hoy es el cáncer de mañana. Ante esto, ¿qué estamos haciendo en la Asociación Española contra el Cáncer? Trabajamos en equipo con el CNPT, la sociedad científica, la Dirección General de Salud Pública, el ministerio y todas las comunidades autónomas; todos defendemos la salud, aquí no vale la neutralidad o

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 29

defendemos la salud o defendemos otras cosas. Dígase públicamente y lo debatimos desde el terreno de las ideas y del respeto. La asociación, colaborando especialmente con el CNPT y con la European Cancer Leagues, hizo el año pasado, 2023, lo que se llamó la European Conference on Tobacco or Health, Conferencia Europea de Tabaco o Salud, que tiene mucha gracia —lo puedo decir con orgullo, yo no propuse el título, eso venía de hace tiempo— porque es tabaco o salud. Es como una dicotomía, o quieres una cosa o quieres la otra. Esta conferencia se celebró aquí en Madrid y se formó una alianza con diez entidades juveniles para impulsar la formación y consolidación de lo que se llama el movimiento de jóvenes libres de tabaco, con la idea de tener una primera generación libre de tabaco en 2030, porque esto tiene que ser paulatino. Sabemos que no podemos llegar de la noche a la mañana, lo saben ustedes mejor que yo, porque compartimos objetivos, pero tenemos que hacerlo de manera factible.

Además de la Asociación Española contra el Cáncer, de esta alianza forman parte el Consejo de la Juventud de España, los Scouts de España, la Confederación Estatal de Asociaciones de Estudiantes, la Cruz Roja Española, la FAD —Fundación de Ayuda contra la Drogadicción— de la juventud, Plataforma de Infancia, Talento Europa, Red de Universidades Saludables, Fundación Ricky Rubio y Fundación Lo que de verdad importa. Este año la alianza está impulsando el Proyecto Zero y es la primera convocatoria para que sesenta jóvenes participen en una aceleradora de causas sociales. Se llama así para liderar ellos mismos iniciativas dirigidas a lograr la primera generación libre de tabaco en 2030. Es un proyecto que se trata de que los jóvenes puedan liderar un tema tan sensible para su salud. Estamos acostumbrados, incluso en los congresos, a que siempre las personas mayores digamos: no hagáis esto, no comáis esto, no fuméis, etcétera, y queremos que esto sea distinto. Son ellos los que tienen que decir: nosotros somos dueños de nuestro presente y de nuestro futuro y no queremos ser esclavos de una adicción; es que es tan sencillo como eso. Con lo cual son los que tienen la palabra, son los que tienen el protagonismo.

Por ello, también queríamos darles voz hoy. Por el formato no era posible, pero me acompaña Blanca Juste —al fondo de la sala— de la Asamblea de Jóvenes de Lo Que De Verdad Importa. Lo confieso —esto no es muy ortodoxo, pero lo puedo decir—, antes estuvimos tomando un café y hablando con Andrea Henry —la presidenta del Consejo de la Juventud de España— que no ha podido venir, Nuria Masana y Lucía de la Asociación Española contra el Cáncer. Hemos estado hablando y han dicho una serie de cosas y me he permitido, con permiso de ellas, transcribir lo que me han dicho y que, a continuación, resumo de la forma más fiel posible; no es exactamente lo que las profesionales taquígrafas con maestría saben hacer, yo no soy taquígrafo, pero esto es lo que yo he entendido. Me ha gustado y he pensado que, en vez de decirlo yo, por qué no leo lo que me han dicho ellas: Somos de una generación que ha vivido sin haber visto que se fume en los bares. Es muy curioso, la verdad, porque yo sí lo he vivido, pero ellos, directamente, ven normal que no se fume. Y dicen: Hemos sido conscientes de ello cuando hemos viajado a países donde aún se fuma en los bares y restaurantes y hemos pensado qué cosa más rara, qué afortunados somos, porque no nos damos cuenta de lo que tenemos hasta que no lo vemos en otro sitio. Me ha gustado porque hace unos años fumábamos en todos los sitios, hasta en la Facultad de Medicina, en las clases, que me da vergüenza decirlo, en los hospitales, en los trenes, en todos los sitios. Y, ahora mismo, vemos normal que no se fume. Pero es que, además, es una cosa de respeto básico y nadie lo cuestiona ni la hostelería ni nadie; es lo normal. Me decían ellas que los grandes cambios sociales necesitan de valentía —me ha gustado mucho—, abordando normas que hoy parecen imposibles.

Es en lo que estamos ahora mismo. ¿Cómo vamos a prohibir? Qué manía de prohibir, que si la libertad... Es que la libertad empieza en no ser esclavo de una adicción, en liberarnos de un problema. Decían ellas que hoy el vapeo es atractivo, es una forma de socializar. Eso es lo que me han dicho. A mí me ha dado miedo porque, aunque lo sabía, oírlo de las personas que lo están viviendo... Han dicho: Es que estamos en fiestas y la persona que no se une empieza a ser la rara y no están cómodos, y saben que las nuevas formas de fumar son súper atractivas, enganchan y nos conducen a una adicción que nos condiciona. Todo esto está promovido por *influencers* y fuertes intereses comerciales que habría que contrarrestar. Eso decían ellas mismas. Y dijeron: Queremos ser motor de ese cambio para que no nos manipulen. Esto me ha encantado. Entonces, téngasenos presente porque queremos ser parte activa de la construcción de nuestro presente y de nuestro futuro. Estoy seguro de que esta Comisión es sensible a eso y las invitarán en otra ocasión cuando sea pertinente.

Termino con una serie de peticiones concretas y ruegos para promover la salud por la oportunidad de comparecer en la Comisión de Sanidad, que para mí —repito— siempre me emociona. Sé que no está muy de moda, pero parece como si estuviera el mantra este... No, aquí es lo que hay que hacer. Tenemos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 30

que ser parte de la solución, el tenemos que o vamos a; vamos a intentar resolver esta situación cuidando los derechos de la ciudadanía y debe hacerse prioritaria esa lucha contra este tóxico que es el tabaco, lo que también constituye algo vital en la lucha contra el cáncer. Por eso, peticiones concretas: la necesidad de asimilar y aplicar a los nuevos dispositivos en sus distintas variantes la regulación restrictiva del tabaco tradicional. Sé que hay otros puntos de vista, pero yo tengo que defender lo que verdaderamente pensamos, que creo que estamos en la misma línea. Me refiero a los puntos de venta y la regulación de publicidad, como habíamos ejemplificado con datos. La exposición al tabaco digital en sus múltiples formatos tiene una altísima incidencia en la forma en la que se entiende. Todos conocen a algún joven menor de dieciocho años que tiene acceso a estos productos porque se pueden vender en cualquier negocio y sin ninguna restricción. Esto no está bien.

Fiscalidad. Poder subir los impuestos del tabaco y los productos derivados del tabaco no solo es bueno para las arcas públicas, sino que es bueno, sobre todo, para reducir su consumo. Está también demostrado que cuando se sube el precio, se reduce el consumo. Eso no es discutible, está demostrado científicamente y en todos los países del mundo, lo que significa, evidentemente, que es bueno para la salud. Hoy los impuestos al tabaco calentado están en la categoría de otros productos, lo que les permite tener ventajas impositivas, por ejemplo, frente al tabaco tradicional. Antes se ha mencionado. La ventaja fiscal va a la ganancia de las empresas. Peor es con los nuevos productos que aún no tienen ningún tipo de fiscalidad añadida. Por lo tanto, la asociación pide que exista una revisión de la fiscalidad de los nuevos productos, también más ambición para dejar de ser el estanco de Europa, porque sabemos que nuestros precios son los más bajos. Hay gente que se costea sus viajes aquí a base de comprar y luego volver a su país porque les sale más barato. Eso a mí me da vergüenza. Yo tengo afortunadamente muchos colegas y trabajo mucho en el entorno europeo e internacional y me lo recuerdan: Sí, mucho presumir, tú muy orgulloso de España, de su dieta y demás, pero sois el estanco de Europa. Lo dicen. Esto seguro que lo vamos a poder cambiar. Básicamente, necesitamos que la subida no sea gradual, como sugiere la industria porque eso es lo que le interesa, sino que se haga con la mayor determinación.

Por último, pido que se invite a las jóvenes y a los jóvenes que integran la alianza a que den su testimonio, que el Congreso de los Diputados pueda dar visibilidad y ser el altavoz del movimiento que impulsan para alcanzar la primera generación libre de tabaco porque tienen mucho que decir. En la asociación damos atención a quienes ya enfermaron, pero dentro de las acciones de prevención también promovemos que la juventud tenga la posibilidad de elegir su futuro con más salud y más libertad, menos cáncer y, por lo tanto, más posibilidad de desarrollar su proyecto vital, que yo creo que eso es lo que todos buscamos.

España tiene la responsabilidad de volver a liderar las políticas contra el tabaquismo para poder tener una sociedad más sana. El reto es complejo, pero merece la pena por bien de todos.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctor Martín Moreno.

Comenzamos. Voy a citarles simplemente para el *Diario de Sesiones*. Grupo Mixto, Grupo Vasco, Euskal Herria Bildu, Junts per Catalunya y Grupo Republicano no están.

Tiene la palabra el Grupo Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes.

Muchísimas gracias por la participación y por la comparecencia. Gracias por el trabajo, por su trabajo en particular y por el trabajo de las entidades que representan, que han sido claves en marcar líneas políticas estratégicas en este país en los últimos años.

Es una pregunta muy sencilla, ya que lo han mencionado en las dos exposiciones, pero para que nos quede como resumen, como *tips*, como hitos claves. ¿Qué propuestas legislativas claves plantearían para este país en los próximos años en relación con el tabaco?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Grupo Parlamentario VOX.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, señor presidente.

Muchísimas gracias a los dos comparecientes no solamente por su exposición, sino también por el trabajo que llevan ustedes desarrollando durante muchos años, incluso décadas, a través de trabajos a nivel particular y también dentro de asociaciones, que es mucho. Además, estamos de enhorabuena

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 31

porque la Asociación Española Contra el Cáncer en la lucha contra el tabaco es, como bien ha dicho, pionera y un referente, y tenemos una cantidad enorme de profesionales de reconocido prestigio a nivel internacional a la hora de luchar contra el tabaco y contra el cáncer. Les agradezco de verdad, con sumo respeto y admiración, su trabajo y dedicación.

Yo he estado muy preocupado porque hemos estado hablando del tema de los vapeadores. De igual modo, hay un acceso descontrolado de los niños a las bebidas energéticas con caféina, por su facilidad, pues es habitual ver a menores de once o doce años con una lata de Monster o de Eneity, que está incluso mucho más barato, a 1 euro muchas veces. Ves esas vitrinas con colores y con todo lo llamativo, y con los vapeadores pasa exactamente lo mismo, a pesar de que no exista una gran publicidad porque está más o menos regulado, pero no completamente. Simplemente si uno entra en Google y lo busca puede encontrar perfectamente una página de vapeadores para niños, ideados directamente para niños de nueve u ocho años con motivos como cualquier tipo de dibujo que pueda facilitar esa venta a esos niños. Eso es una cosa muy grave.

No quiero extenderme mucho más porque, como bien ha dicho uno de los ponentes tiene que coger el tren y, además, creo que escucharlos es lo más importante en estas comisiones. Simplemente, aprovechando que están ustedes aquí en nombre de la Asociación Española Contra el Cáncer y del Comité para la prevención del tabaquismo, pero también como método personal en la lucha contra las adicciones, ¿qué opinan ustedes de que se esté intentando promover por parte del Gobierno de España el consumo de marihuana? Ya que hemos hablado de la imitación que te puede llevar al consumo del tabaquismo, respecto a las conductas adictivas como el THC y demás, ¿qué opinan ustedes en la Asociación Española Contra el Cáncer y el Comité para la prevención del tabaquismo? O, ya que no es competencia directa del tabaquismo, usted como médico profesional en el tema de las adicciones, ¿qué le parece que se promueva, se liberalice, el consumo de marihuana en España?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **SÁEZ CRUZ**: Vamos a repartirnos el tiempo, señor presidente. Muchas gracias.

La verdad es que ha sido muy gratificante escucharlos. Concluimos que el consumo de tabaco, como bien saben sus señorías, tiene consecuencias que son devastadoras. Ha quedado clara, por los datos que se han ofrecido, la dificultad social no solo sanitaria, sino en todos los ámbitos que afecta. Sabemos que es posible reducir esta amenaza y el impacto del consumo del tabaco y de todos los derivados que están saliendo, pero o lo hacemos mediante una conjura, asumiendo el concepto de que no hay medias tintas en esto y que hemos de tener una posición claramente definida o va a ser muy difícil porque enfrente hay unas posiciones de *marketing* y de intereses económicos que hacen que sea complicado.

Hay una amplia gama de productos nuevos, emergentes, con nicotina o sin nicotina, pero que, en definitiva, afectan de manera clara. Debemos estar implicados todos y, en especial, implicar a los jóvenes en esta área. Igual que en los años cincuenta o sesenta fumar estaba de moda, estaba bien, hoy voy con mis dos hijos a una cafetería y allí, aparte de que pueden tomar el Red Bull o el Monster, les ponen el vapeador, les ponen las pastillitas y están allí injiriendo vapor de manzana o de fresa. Al entrar tienes la misma sensación que cuando hace cincuenta años entrabas a los sitios con una humareda y un vapor dentro de esa sala, con lo cual algo estamos haciendo muy mal. Es clave que las redes sociales y todos los canales de publicidad tengan un control férreo con respecto al tabaco. Y, sobre todo, hay que tener un mayor control, en especial con los jóvenes.

España ha ratificado ese tratado universal de salud pública, el convenio marco de la OMS, por tanto, nos compete liderar el cambio estructural que esto conlleva. Sí, hemos hecho cosas, como las leyes de 2005 y de 2010, pero siempre hay derivadas que hacen que no podamos afianzar estas posiciones, sobre todo cuando los datos son tan alarmantes como que en los niños de 18 años la prevalencia del consumo del tabaco está en el 40,9% en las chicas y en el 32% en los chicos. Es decir, es algo que nos abruma. Creo que hay diversas medidas legislativas que se están aplicando en los países de nuestro entorno que son algunas a las que nos tenemos que referir y mirar para poder mejorar en ese sentido.

Quiero agradecerle al señor Pascual que ha sido muy pragmático en su análisis y al señor Martín quiero pedirle que no ceje en su empeño y que sigan siendo punta de lanza. Creo que el compromiso de esta Comisión de manera íntegra está en trabajar y buscar las soluciones que nos permitan mejorar. Les deseo que en su próximo congreso nacional que se celebra en junio en Sevilla puedan sacar unas

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 32

conclusiones positivas y que la Asociación Española no siga en medio millón, sino que podamos llegar al millón de personas vinculadas a la asociación, que eso será una buena noticia.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por último, el Grupo...

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: ¿Puedo aportar yo un comentario?

El señor **PRESIDENTE**: Adelante, señora Andrés.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Un segundo solamente para agradecer también a CNPT, pues tuve ocasión de asistir a la jornada de enero de 2023, que fue muy ilustrativa, y para agradecer también, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, a la Asociación Española contra el Cáncer, que es un referente precisamente en estas cosas, en educar en la salud, en apoyar y acompañar y fomentar la investigación.

Yo, en la Comisión Mixta para el Estudio de los problemas de las Adicciones, como portavoz también, quiero añadirme a ese «algo no estamos haciendo bien, algo nos está pasando». La Asociación Española contra el Cáncer ha hecho referencia a los más de diecisiete tipos de cáncer en los que el tabaco tiene una influencia directa, el más importante de todos sería el cáncer de pulmón, el cuarto más frecuente en nuestro país y el más letal también, y me chocan unas cifras que nos da EDADES. EDADES nos dice que el 92 % de las personas que fuman un paquete diario de cigarrillos en nuestro país percibe los riesgos que tiene fumar, pero, a la vez, EDADES nos dice que el 41 % de los fumadores fuma más de diez cigarros cada día. Por una parte, tenemos una sociedad muy concienciada de lo que está haciendo, pero, por otra parte, hoy hemos visto que no hay un descenso del tabaquismo, sino que además hay un incremento en otros formatos que no es el cigarrillo tradicional, a pesar de ser conscientes de los riesgos. Decía antes el director general de Salud Pública que uno de cada cinco fallecimientos en nuestro país se produce por el tabaquismo, es decir, que abunda en estos datos.

Fumar es una decisión personal, lo decía también el director, es una decisión personal en la que confluyen muchos factores, también determinantes sociales de la salud, pero para nosotros, que estamos en las instituciones públicas, en los poderes públicos, puede ser una cuestión personal a título individual, pero sobre todo es una cuestión de salud pública y tenemos un mandato constitucional que dice que los poderes públicos debemos velar por el derecho a la salud y a la protección de la salud pública. Los poderes públicos no tenemos alternativa. No podemos contemplar la cuestión del tabaquismo desde un punto de vista de decisión personal, porque tenemos este mandato constitucional, porque nuestro Estado ha suscrito el convenio internacional sobre tabaco y porque además tenemos esa meta europea en la que estamos implicados del 5 % de fumadores en 2040. Por tanto, tenemos que actuar. Nuestras leyes van en la senda, como esta en concreto, la de 2010. La acción del actual Gobierno se pone de manifiesto con el real decreto de productos del tabaco y productos asimilados, con el plan nuevo, con consenso de las comunidades autónomas —que ya nos da un bueno cierto respiro porque quiere decir que todos estamos en ello—; y no podemos abandonar ni mirar para otro lado, porque tenemos estas cifras alarmantes de cáncer de pulmón y de fallecimientos, y nuestra obligación constitucional de velar por la salud pública. Así que esperemos que lo puedan entender bien los ciudadanos, que entienden los riesgos, pero siguen fumando.

El señor **PRESIDENTE**: El Grupo Popular, por favor.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Muchas gracias, presidente.

Tener aquí en la Mesa a tantos profesionales y a tantos pacientes y familiares aunados en dos referentes expertos es un lujo. Yo les sigo desde hace mucho tiempo, desde que inicié mi camino en la medicina preventiva cuando era pequeña, y les leo con frecuencia. Hace cosa de un año leí una entrevista en la que decía que era preocupante la inestabilidad del compromiso político. Hoy vienen a visitarnos al seno de la Comisión y han visto una Comisión que lo tiene muy claro. Cada uno tiene sus diferencias y sus posturas, pero todos tenemos un fin común.

En el Grupo Parlamentario Popular tenemos una inquietud, por lo que les pregunto, como partícipes del plan. Como han contribuido y han visto desde dentro la elaboración del plan, les quería preguntar si este plan es lo suficientemente ambicioso o han ido a un pacto de mínimos de lo que se puede cumplir.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 33

Yo me uno también a todas las preguntas que han hecho los portavoces de los otros grupos, porque también nos interesa saber cuál es la legislación, que esperamos que llegue pronto aquí para trabajar, y cómo la priorizarían, pero también quisiera saber si realmente estamos preparados —no en la Comisión, sino en la sociedad— para propuestas que vengan de parte de los jóvenes o de la sociedad directamente. ¿Estamos preparados para abordar unas generaciones libres de humo? ¿Estamos preparados para un *endgame* 2030? ¿Nosotros lo podríamos asumir o sería una osadía enfrentarse a los *lobbies* y la industria tabacalera? Por eso les pregunto, ¿les parece que este plan es lo suficientemente ambicioso y de altura de miras o hemos ido a mínimos y tendremos que reformarlo dentro de poco?

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por lo menos tenemos cuatro o cinco preguntas, así que tienen la palabra para contestar.

El señor **PRESIDENTE DEL COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO** (Pascual Pastor): Voy a ir por orden y así complemento.

El señor **VOCAL DEL CONSEJO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER** (Martín Moreno): Responde tú primero y luego voy yo.

El señor **PRESIDENTE DEL COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO** (Pascual Pastor): De acuerdo.

Propuestas clave. Creo que pocas se han nombrado. Es importante el etiquetado neutro, porque eso disminuye el consumo y está demostrado. Es importante el incremento del precio. Es importante regular los espacios sin humos, y ahora no hablaría de terrazas, sino del entorno sanitario o el educativo; incluso que se fume en la puerta de los colegios creo que es inaudito porque van niños desde tres años hasta dieciocho. Esta es una medida también de ejemplificación. Además, debe haber una prevención basada en la evidencia. A mí no me sirve en la prevención poner un cartel para que alguien se haga una foto, no sé si me explico. La prevención debe tener una consistencia científica y tiene que ser evaluada, que a veces es el problema que tenemos, es decir, hacemos una actividad que ha quedado muy bien y lo único que se evalúa es el nivel de satisfacción de los alumnos que además ese día no han ido a clase.

Luego, hay que ofertar un tratamiento. Creo que hay muchos fumadores que tienen ganas de dejar de fumar, y deberíamos de contemplar todos los medicamentos; habría que estudiar por qué el tratamiento sustitutivo de nicotina no está financiado. Sé que en parte es responsabilidad de la industria farmacéutica también, que no le interesó en su día, pero esto habría que reevaluarlo, porque, lógicamente, ¿cómo trataría yo a una mujer embarazada para que deje de fumar? A lo mejor con tratamiento sustitutivo de nicotina, no le metería un fármaco que no sabemos qué efecto tiene. Esto yo creo que sería básico para empezar: hacer una prevención correcta.

En cuanto a los vapeadores, más allá de la comparativa con el tabaco o el combustible, los vapeadores pueden afectar a la salud de diferentes sistemas: respiratorio, nervioso, circulatorio, digestivo, reproductor, inmunológico y genético, porque no olvidemos que esas sustancias pueden provocar una alteración genética, lo cual es importante. Además, los vapeadores, incluso sin nicotina, tienen acetaldehído, formaldehído, glicerina, propilenglicol, etanol, concentraciones de plata, de hierro, de níquel, de aluminio, de silíceo, sustancias algunas que son cancerígenas. Por tanto, yo creo que lo tenemos claro. Se ha empezado con una medida que yo creo que no está mal en el tabaco calentado, y que se tendrá que poner también a los vapeadores, que es quitar los saborizantes y los aromatizantes. El de fresa está muy bueno. Si tú estás como tomándote un chicle, eso tiene su atractivo; y, si además es para un nene y tiene forma de Bob Esponja, pues es el regalo ideal, aunque no sé para quién. Yo creo que me entienden. Es importante.

No he entendido —y me va a permitir el diputado de VOX— el tema de que el Gobierno esté fomentando el consumo de marihuana. Me explico. Yo, además de ser presidente del CNPT, soy presidente de Socidrogalcohol, la Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, y pude participar en la Comisión mixta, donde se habló de la posibilidad de la utilización del cannabis. Aquello pasó a la Agencia Española del Medicamento para estudiarlo y la Agencia Española del Medicamento lo que ha resuelto es la utilización del THC, del delta-9-tetrahidrocannabinol, solamente para casos específicos donde no haya una respuesta terapéutica con los fármacos que tenemos; a saber: algunos casos de espasticidad muscular, algunos casos de epilepsia resistente en

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 34

niños... Es decir, casos muy concretos y, además, a prescribir por el facultativo que diagnostica el cuadro en cuestión, que puede ser un neurólogo o un oncólogo y con fórmula magistral, para que no sea aquello del autocultivo y el autoconsumo. Si alguien ha dicho lo contrario, ha meado fuera de tiesto, con perdón; es una expresión popular y, como la soberanía popular está aquí, por eso la he utilizado. **(Risas y rumores)**. Yo no le digo que no, pero el tema es quién lo dice, cómo, en qué contexto y dónde está, porque sabemos que en este país hay procannábicos, pero yo lo que le estoy diciendo son las medidas que quiere tomar el Gobierno para hacer un correcto uso.

Otra cosa es cómo regularizaríamos el tema del CBD, del cannabidiol, que hoy por hoy tiene muy poca evidencia científica, a no ser que vaya junto con el THC y con un techo de dosis, pero no *per se*. Me parece muy fuerte esto que venden en los estancos en un botecito de un gramo, que vale 7 euros, y que pone: Esto es para coleccionistas, no es para el consumo. Esto me parece fuerte. Si hay alguien que está apoyando esas medidas —las que usted decía—, estaremos absolutamente en contra, porque sabemos además que el 90 % de los que fuman porros —da igual que sean de marihuana o de hachís— lo consumen con tabaco. De hecho, el CNPT recibe una ayuda del plan nacional para un programa que estamos haciendo para trabajar en la sensibilización del nudo cánnabis-tabaco. Por tanto, si eso es así, estamos absolutamente en contra y yo te daría toda la razón, por supuesto.

Luego, algún punto más. Gracias por los agradecimientos, pero yo creo que es un compromiso. No solamente hay que ser político y sentarse en una bancada para tener un compromiso con la ciudadanía y me consta que muchos de nosotros ese compromiso lo tenemos.

Y es verdad que la gente no percibe los riesgos. La percepción de riesgo es algo que se ha trabajado siempre en el tema de adicciones. A lo mejor lo hemos hecho mal y, aunque antes también he utilizado esta frase, sabemos que el recurso al miedo no es preventivo. Hay que trabajar de otra forma.

Y, sí, ojalá pudiésemos ir hacia el *endgame*. Creo que el PIT sí que tiene unos máximos, no se ha retrocedido, pero para conseguir el *endgame*, por ejemplo, tendríamos que hacer algo que se llama pedagogía sanitaria a toda la población, y eso no lo hemos sabido hacer.

Es verdad el problema de los *lobbies*. Constantemente ves una noticia de una entrevista que nos pueden hacer o de alguna actividad —por ejemplo, ahora que haremos un congreso en Sevilla sale una nota—, pero luego tienes dos carátulas a doble página en cualquier periódico que te explican las bondades del tabaco calentado y de los vapeadores. En algunos casos se pone publicidad, en otros ni la ponen. Y lo que es una lástima para nosotros es que haya algunos profesionales que se estén vendiendo a la industria. Lo digo así de claro.

Importante —y no lo olvidemos, cuando habéis hablado de los jóvenes— es que el lema de la OMS de este año para el Día Mundial sin Tabaco, el 31 de mayo, indica que debemos proteger a los niños de la interferencia de la industria tabacalera. Algo se mueve cuando la OMS pone ese lema.

Antes de pasarle la palabra a José María, quiero decir que yo le he estado dando vueltas antes de esta comparecencia —sobre todo con el bombardeo que hemos tenido por parte de los medios de comunicación— a qué es el tabaco. No sé quién ha nombrado antes el arsénico, pero ¿al final en el tabaco no tendremos que poner que es un producto no apto para el consumo humano? No lo sé. Yo le estoy dando vueltas, porque ¿qué aporta el tabaco? No es apto para el consumo humano. Provoca enfermedad de muerte, y tú lo has dicho claramente.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **VOCAL DEL CONSEJO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER** (Martín Moreno): Muchas gracias.

Voy a ir respondiendo con todo respeto a diferentes comentarios, afirmaciones y preguntas de los ilustres parlamentarios.

Don Rafael Cofiño, del Grupo Parlamentario SUMAR, nos ha hecho una pregunta muy concreta: qué propuestas legislativas querríamos promover para esta legislatura. Yo sé que muchas veces también la política es el arte de lo posible, porque hay muchas cosas y yo no puedo aspirar a que toda la acción legislativa sea solo sobre este tema —hay muchos otros que también influyen—, pero, como ya dije anteriormente, yo creo que regular de forma restrictiva todos estos nuevos productos del tabaco es una obligación. No va a ser fácil, porque hay muchas personas que están enfrente y también hay que entenderlas: han hecho una inversión, creían en ello —algunas veces de buena fe, otras veces de otras maneras—, hay intereses comerciales porque era algo que podía tener mucho futuro, y, a su vez, se ha montado un mundo de intereses comerciales en torno a eso que va a ser difícil contrarrestar, pero es

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 35

necesario. Lo lamento porque tengo amigos también. Saben lo que ocurre en otros países, por ejemplo, en el Reino Unido, con aquello de la reducción de riesgos y centrándose en grandes fumadores que no quieren dejarlo. Es una puerta de entrada que hace mucho daño en los jóvenes. Me imagino que conocerán la metáfora de que fumar es como tirarse desde el décimo piso, pero estos otros productos son como tirarse desde el tercero. Te fracturas las piernas y tu futuro tampoco es muy bueno. En ningún sentido hay reducción de riesgo y no le veo el lado positivo por ninguna parte, habiendo productos y terapias con evidencia aprobada. En fin, esto es un arte para convencer, persuadir y hacer prevalecer lo que se ha dicho anteriormente, el interés de la ciudadanía. Desde ese punto de vista, creo que aquí estamos arrojando luz sobre eso. Yo estoy aprendiendo y disfrutando de que haya bastante consenso en ese sentido.

Don David García Gomis, gracias también por sus amables palabras. Ha dicho una cosa muy importante: el atractivo de los nuevos productos es perverso atractivo; porque lo que ha citado de la página de vapeadores para niños es que, de verdad, clama al cielo. Para los que nos gustan los niños, para los que tenemos hijos —y yo ya nietos también— eso es algo intolerable. Ahí es cuando ya se les cae cualquier máscara. Yo quiero siempre pensar que hay algo de buena voluntad y que alguien puede estar confundido, pero ya esto no; no está bien.

¿Qué pensamos de que se promueva el consumo de marihuana? Me adhiero a lo que ha dicho el doctor Francisco Pascual. Yo soy consciente de que la marihuana tiene ciertas propiedades, como disipar las ansiedades, e incluso en los pacientes con cáncer en algún momento determinado se usa como antiemético. Por compasión, cuando vemos a una persona vomitar puede entender que pueda haber algún tipo de indicación, sabiendo que existen otras alternativas antieméticas mejores. Yo tampoco voy a enrocarme en que eso fuera imposible, pero siempre esa prescripción debe estar bien hecha, reglada y de forma rigurosa, no fomentando el autoconsumo y el autocultivo. Todo esto creo que sería un enorme error, a mí me parece que sería un enorme error. Lo digo claramente. No deja de ser una droga. ¿Qué es una droga? Una sustancia que afecta al sistema nervioso central, que nos cambia, que produce necesidad de consumir cada vez más, —lo que se llama tolerancia— y que además nos engancha, lo que se llama dependencia. ¿Cumple las tres cosas? Sí. Es una droga. Y el tabaco también: nos acelera, nos modifica el sistema nervioso central, tenemos cada vez necesidad de fumar más y también produce dependencia. Por lo tanto, son dos drogas. Yo no estoy muy por la labor de facilitar el consumo de cannabis y cannabinoides así sin más.

En el Grupo Parlamentario Socialista han sido muy amables también. Han reconocido las consecuencias devastadoras del consumo de tabaco. Me ha gustado también mucho lo que ha dicho de la conjura —yo entiendo que como consenso, pero bueno, dicho de una forma mucho más intensa—: la conjura, sin medias tintas o no será factible. ¡No sabe cómo de acuerdo estoy! Hay veces que en este mundo tan crispado en que estamos viviendo no nos damos cuenta de que hay muchas más cosas que nos unen que las que nos separan. En inglés se dice *wherever your focus goes, energy flows*, donde va tu foco, ahí va tu energía. Y si nos centramos en todo lo que estamos en desacuerdo, se nos olvida en lo que estamos de acuerdo.

Decía que vaporizar productos químicos con sabor a manzana, otras frutas y demás nos retrotrae a recuerdos que hemos dejado atrás. Qué importante es eso, es verdad, porque, como decían mis compañeras, eso ya se ha olvidado y es una cosa de la que debemos estar orgullosos. Antes entrabas en un vagón de tren o en un restaurante y el humo nos desagradaba, nos impregnaba la ropa, todo el pelo —los que tienen pelo, yo ahí tengo una ventaja—. Pues bien, esto está volviendo, con lo cual también estoy de acuerdo con el comentario de que eso hay que contrarrestarlo.

Por otro lado, nos conmina a que no cejemos en el empeño. No le quepa ninguna duda, vamos a seguir en el empeño. Asimismo, en relación con la transparencia en la Comisión mixta para la prevención de adicciones, es cierto lo que está diciendo, es muy interesante la reflexión de EDADES de que el 92 % de las personas perciben el riesgo y, sin embargo, consumen. O sea, están enganchadas, y esto es lo que tienen las adicciones. Esto es lo que tiene incluso a veces la violencia de género, lo saben ustedes mucho mejor que yo. ¿Por qué sigues con esa persona que te está destrozando? Hay cosas que no se pueden tolerar, pero a veces está uno enganchado con ese producto que es tan perverso. Por lo tanto, se dice siempre en prevención y promoción de la salud —y hemos podido hablar aquí sobre el tema con personas a las que admiro mucho— que hay medidas estructurales y conductuales. No consiste solo en decir a la gente que no fume, consiste en favorecer un contexto que haga que las opciones más fáciles sean las

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 97

24 de abril de 2024

Pág. 36

más saludables y las menos saludables sean más difíciles. En eso consiste la legislación, en hacer las medidas estructurales.

Y estoy de acuerdo en que hay que resaltar esa obligación constitucional de defender la salud pública. De todas maneras, ahora saldremos y veremos que en Twitter —o como se llame ahora— alguna persona que tiene otra opinión nos pone a caldo por haber hecho alguna afirmación. Pero esa es la vida, no todo el mundo opina igual. Nosotros estamos convencidos de ello, lo siento. Desde el respeto, pero convencidos: esto no está bien, estos nuevos productos no están bien y son más un peligro que una ventaja.

Por último, a la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, María del Mar Vázquez, muchas gracias también por los comentarios. Me ha gustado mucho también el principio, porque ha dicho que tenemos un objetivo común, no tenemos nuestras propias perspectivas. Pero es que esto es un oasis, déjenme que se lo diga, porque yo leo todos los días en varios periódicos digitales —y estoy sufriendo— las noticias que hay y parece como si no hubiera capacidad de entendimiento; y aquí yo estoy viendo entendimiento, o sea que me gusta mucho.

Lógicamente, entiendo que pregunta porque es su papel. ¿El PIT es suficientemente ambicioso o es un pacto de mínimos? ¿Estamos preparados? Evidentemente, la preparación o el hecho de que sea más o menos ambicioso es opinable. A los que estamos metidos en este campo entenderán perfectamente que nos gustaría que fuéramos a máximos; a los que están un poquito más dudosos les gustaría que fuera a mínimos. En eso consiste el arte de respetarse y llegar a un consenso. Yo creo que siempre que se den pasos adelante para hacer que lo más saludable sea más fácil para la ciudadanía y que lo menos saludable sea cada vez más difícil y estructuralmente se disuada —es decir, se persuada para lo bueno y se disuada para lo malo— estaremos en el buen camino. Podría entrar en tecnicismos, en cosas que yo creo que se podrían hacer mejor, pero yo lo veo así. Como pasó en 2003, cuando se llegó a un acuerdo en el Plan Integral de Prevención del Tabaco; como pasó en 2006, cuando, después de eso, se llegó —que yo sepa— a la unanimidad en el Congreso de los Diputados apoyando la ley de ese momento, y, como pasó en 2010, también con un consenso magnífico, espero que esto pase también, porque al final la razón nos avala.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Se me ocurre una pequeña idea, y es que quizás deberíamos sugerir a la Mesa del Congreso que todo el Congreso, no solamente los espacios interiores, se convierta en una zona libre de consumo de tabaco. **(Aplausos).** Tendremos tiempo de tratarlo otro día.

Muchísimas gracias a todos.

Se levanta la sesión.

**Eran las siete y treinta minutos de la tarde.**

cve: DSCD-15-CO-97