



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 166

Pág. 1

## SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 10

celebrada el lunes 23 de septiembre de 2024

Página

### ORDEN DEL DÍA:

Inclusión en el orden del día:

— Elección de vacantes en la Mesa de la Comisión:

— Elección de la Secretaría Primera de la Comisión. (Número de expediente 041/000031) ..... 2

Elección de vacantes en la Mesa de la Comisión:

— Elección de la Secretaría Primera de la Comisión. (Número de expediente 041/000031) . 2

Celebración de la siguiente comparecencia en relación con la Proposición de ley de modificación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en materia de participación en el coste de las prestaciones y servicios de las personas beneficiarias (número de expediente 120/000001):

— Del señor Pérez Bueno (representante de la comisión promotora de dicha iniciativa), para que exponga los motivos que justifican la presentación de la iniciativa legislativa popular. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000142) ..... 2

Celebración de la siguiente comparecencia en relación con la Proposición de ley sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos (número de expediente 120/000003):

— De la señora Villaseñor Roa (representante de la comisión promotora de dicha iniciativa), para que exponga los motivos que justifican la presentación de la iniciativa legislativa popular. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000143) ... 11

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 2

Se abre la sesión a las tres y treinta minutos de la tarde.

### INCLUSIÓN EN EL ORDEN DEL DÍA:

#### — ELECCIÓN DE VACANTES EN LA MESA DE LA COMISIÓN:

##### — ELECCIÓN DE LA SECRETARÍA PRIMERA DE LA COMISIÓN. (Número de expediente 041/000031).

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión.

Muchísimas gracias por estar con nosotros. Tendremos una tarde dedicada a las iniciativas legislativas populares, a las dos que tenemos pendientes y que tenemos que abordar antes de que acabe el mes de septiembre, pero antes quiero comunicarles que con efectos del día de hoy causa baja como secretaria primera de la Mesa doña Carmen Martínez Ramírez. Muchísimas gracias por la labor desarrollada durante estos meses, un año ya.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Gracias a todos.

El señor **PRESIDENTE**: Y ahora someto a la Comisión la eventual alteración del orden del día, de conformidad con lo establecido en el artículo 68.2 del Reglamento del Congreso de los Diputados, en el sentido de incluir la elección de la secretaria primera de la Comisión, de tal manera que se pueda incorporar ya. ¿Se aprueba por asentimiento? (**Asentimiento**). Muchísimas gracias.

#### ELECCIÓN DE VACANTES EN LA MESA DE LA COMISIÓN:

##### — ELECCIÓN DE LA SECRETARÍA PRIMERA DE LA COMISIÓN. (Número de expediente 041/000031).

El señor **PRESIDENTE**: Se nos ha comunicado a la Mesa la candidatura de María Sainz Martín para su elección como secretaria primera. ¿Están de acuerdo en que se elija por asentimiento? (**Asentimiento**). ¿Todo el mundo dice sí? (**Asentimiento**).

Pues bienvenida a la Mesa. (**Aplausos**). Por favor, puede ocupar su puesto en la Mesa. (**Así lo hace la nueva miembro de la Mesa**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

#### CELEBRACIÓN DE LA SIGUIENTE COMPARECENCIA EN RELACIÓN CON LA PROPOSICIÓN DE LEY DE MODIFICACIÓN DE LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, EN MATERIA DE PARTICIPACIÓN EN EL COSTE DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS. (Número de expediente 120/000001):

##### — DEL SEÑOR PÉREZ BUENO (REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN PROMOTORA DE DICHA INICIATIVA), PARA QUE EXPONGA LOS MOTIVOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTACIÓN DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA POPULAR. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000142).

El señor **PRESIDENTE**: Doy la bienvenida a don Luis Cayo Pérez Bueno, representante de la comisión promotora de la Proposición de ley de modificación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en materia de participación en el coste de las prestaciones y servicios de las personas beneficiarias.

Cuando esté listo, tiene la palabra.

El señor **PÉREZ BUENO** (representante de la comisión promotora): Gracias. Buenas tardes.

Señor presidente, componentes de la Mesa, portavoces, señorías, personal al servicio de la Cámara, como bien conocen, la legislación reguladora de las iniciativas legislativas populares —en adelante, ILP— exige que los promotores sean personas físicas, particulares, ciudadanos, ciudadanas, pero, en este caso, en la ILP que se va a tomar o no en consideración ahora y cuya defensa voy a acometer, el verdadero impulsor de esta iniciativa ha sido el movimiento social de la discapacidad articulado en torno al CERMI,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 3

lo que resumidamente podemos presentar como la discapacidad organizada, la expresión de la sociedad civil articulada en torno a la discapacidad global y unitaria.

Es, señorías, la cuarta vez que comparece esta Comisión promotora ante esta Comisión para defender la ILP. Son casi diez años de demora —nos tenemos que remontar a 2015, que fue cuando materialmente se recaban las firmas, y a 2016, que fue cuando se inicia la tramitación conforme al Reglamento de la Cámara y las previsiones de la ley orgánica reguladora, que recuerdo que es la 3/1984— por falta de impulso, de compromiso político e institucional. Las tres veces anteriores se ha tomado en consideración, ha comenzado su trámite, pero no ha visto culminación, bien estimándola, bien desestimándola, bien modificando la propuesta que hacía la comisión promotora, avalada por nada más y nada menos que 740 000 firmas de ciudadanos y ciudadanas españoles. Esperamos que esta sea la definitiva y que no tenga que volver. Recuerden que las ILP no decaen cuando se disuelve o cesa la legislatura y, por tanto, estamos siempre en el eterno retorno de lo idéntico, que decía el filósofo.

Antes de pasar a exponerles las razones y motivos por los que solicitamos encarecidamente el apoyo de todos los grupos de esta Cámara a la toma en consideración de esta ILP cuando se debata próximamente en Pleno, deseo expresar la gratitud y el reconocimiento más efusivos a esos casi 740 000 ciudadanas y ciudadanos españoles mayores de 18 años y en posesión de sus derechos políticos de sufragio que suscribieron con su firma la misma. Es la primera vez que en más de cuarenta años largos ya de vigencia de la Constitución llega a este Parlamento una ILP sobre cuestiones estrictamente sociales —de servicios sociales, más en concreto— y hemos de congratularnos por ello. Se trata de un hito en nuestra reciente historia social que no puede ser ignorado ni, creemos, desconsiderado. Solo por ello debería merecer el respaldo de esta Cámara la toma en consideración y su tramitación y aprobación sin postergarla ni dejarla dormir en el limbo, como ha ocurrido durante estos nueve años.

Paso a exponer ante sus señorías las razones y motivos que respaldan esta ILP. El movimiento de la discapacidad fue el actor cívico en el proceso de aprobación de la Ley 39/2006, la conocida como ley de autonomía personal y dependencia, y la creación subsiguiente del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como nuevo dispositivo de protección ante perentorias necesidades sociales no cubiertas hasta ese momento. En aquella época, saludamos especialmente que se configurara como un derecho subjetivo, universal y exigible, pues no existía ni existe tradición de que las necesidades de tipo social, las que vienen vinculadas a los servicios sociales en nuestro país, alcanzaran hasta ese momento ese rango. A pesar de nuestro empeño —y fuimos actores de incidencia notable en el proceso de aprobación de aquella legislación de 2006—, no logramos apoyo político para que esta nueva arquitectura de protección social fuera gratuita para las personas beneficiarias —fundamentalmente personas con discapacidad, con grandes necesidades de apoyo y personas mayores que por el curso de la edad pierden su autonomía personal y necesitan acompañamiento y recursos muy intensos—, para que fuera sin coste para la persona usuaria, y transigimos con el copago como un mal menor y necesario para el lanzamiento y puesta en marcha del sistema, siempre que se regulara reglamentariamente en condiciones al menos aceptables.

Casi veinte años después de la aprobación de la Ley 39/2006 y de la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, hemos comprobado con tristeza rayana en la desolación que el conocido coloquialmente como copago ha sido uno de los elementos más negativos, paralizantes y perturbadores, así al menos lo perciben las personas usuarias, sus familias y las organizaciones representativas, para el despliegue y la aplicación de la ley y ha llevado a la sensación generalizada de no plenitud, de cierto fracaso del sistema, y también a estimular la decepción entre su grupo de interés preferente; repito, personas con discapacidad, con grandes necesidades de apoyo y personas mayores.

¿Por qué un copago exacerbado, sin regulación estatal? ¿No hay normativa estatal vinculante? Hay un acuerdo que no tiene valor como norma; por tanto, la potestad normativa sobre el copago reside sustancialmente en las comunidades autónomas, lo que da pie a una desigualdad agravante. Es siempre deseable una cierta no uniformidad, puede haber ciertas diferencias de intensidad respecto a la regulación, pero no una ausencia total de normas mínimas de igualdad respecto a algo tan importante como la participación en el coste. Por tanto, la situación actual es que no asegura el ejercicio y la garantía del derecho, sino que a veces obliga a la compra del derecho y, si no se puede comprar, una persona en situación de dependencia se encuentra desasistida, desamparada. Al no poder hacer frente, se expulsa a personas pretendidamente beneficiarias del apoyo de los servicios sociales y se castiga a aquellas personas con discapacidad que generan ingresos propios a través, por ejemplo, de la actividad laboral. No toda persona en situación de dependencia es una persona mayor fuera ya del mercado de trabajo; hay

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 4

dependencias que vienen con el nacimiento y que van a acompañar a las personas con discapacidad a lo largo de toda la vida y que tienen legítima expectativa de trabajar, y si trabajas y generas ingresos propios, por aumento de la capacidad económica, tienes más posibilidades de tener que hacer aportación, que realizar copago. Sería una especie de silogismo perverso: cuanto más ganas, más pagas.

Épocas de grave crisis —y hemos vivido desde 2006 épocas de grave crisis económica, como la financiera de 2008 en adelante— invitan a las administraciones a la perversión de hacer recaer el esfuerzo de sostenimiento del sistema en las personas usuarias, no en los presupuestos públicos. Originan también graves diferencias de trato entre territorios —me he referido a ello—, desde la gratuidad en algún aislado territorio, hasta el 90 % de la capacidad de renta, y las personas beneficiarias y sus familias experimentan como un doloroso agravio esta diferencia tan acusada. El copago en dependencia ha irradiado y contaminado otros servicios y prestaciones sociales distintas de la dependencia que no tenían copago o lo tenían en intensidades y rangos mucho más bajos. Una vez que lo estableces para un sistema de tanta relevancia como el de la dependencia, se extiende a los demás.

Ante esto, la ILP del movimiento de la discapacidad, cuya defensa hago ante sus señorías, propone y plantea reformar la Ley 39/2006 casi veinte años después en uno de sus aspectos más controvertidos, problemáticos y críticos: el copago, a nuestro juicio, confiscatorio. Llevar a la propia ley, a la sede legal unos criterios básicos sobre determinación de la capacidad económica —son dos dimensiones— y también sobre la participación en el coste, lo que sería estrictamente el copago, iguales y vinculantes para todas las administraciones. Estos criterios serían desarrollados y complementados posteriormente mediante norma estatal de rango reglamentario. La ley vigente habla de que el Gobierno desarrollará mediante norma reglamentaria ciertas previsiones sobre capacidad económica y no se han producido en estos casi veinte años. También pretendemos con la modificación de la Ley 39/2006 permitir que las administraciones territoriales puedan mejorar esos rangos mínimos y dispongan de un margen de ampliación del derecho con el horizonte puesto en la gratuidad del sistema. No renunciamos a la gratuidad en momentos donde la coyuntura económica, el afianzamiento del propio SAAD, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, pudiera llevarnos a esa idea tan anhelada. En concreto, señorías, estos criterios legales mínimos en materia de copago pasan por la exención del 2,5 del IPREM —les recuerdo que el IPREM está establecido ahora mismo, para el año 2024, en 1500 euros para todo tipo de prestaciones y servicios del sistema, incluido el residencial—; limitar la aportación máxima de la persona beneficiaria al 60 % del precio de referencia del coste o servicio que reciben —piensen en el servicio residencial, que normalmente es el de más esfuerzo económico—, que nunca la persona tenga que pagar más del 60 % del coste de ese servicio, del precio de referencia que tenga asignado, y que nunca suponga que gozar de un servicio es desproveerse de cualquier otra capacidad económica para seguir haciendo la multitud de cosas que queremos que las personas con discapacidad y mayores, aparte de estar atendidas en una residencia o en otro dispositivo de protección social, puedan hacer. Esto es, preservar siempre un 40 % del IPREM correspondiente como renta disponible para la persona; dinero de bolsillo, que la persona tenga dinero de bolsillo para que pueda hacer una vida en comunidad gastando aquello que necesita en su socialización, en su participación comunitaria, y que no se quede a veces sin nada fuera de estar en el dispositivo de servicios sociales. También, incluir como nuevos criterios de modulación de la capacidad de renta de la persona —que no existan siempre los mismos y sean únicos— la edad o el momento de aparición de la situación de dependencia. No es lo mismo que la dependencia aparezca, como apuntaba antes, en el inicio de la vida —piensen en una persona con parálisis cerebral, con discapacidad intelectual, con Trastorno del Espectro Autista, que va a llevar esa dependencia siempre con ella— a que la dependencia aparezca en la órbita de los setenta o de los ochenta años, que siempre hay que darle protección pero la persona ha podido tener una vida regular con la posibilidad de generar ingresos, de tener una vida económica intensa que le puede suponer un cierto desembolso a la hora de afrontar las últimas décadas de su vida, así como la prolongación en el tiempo en la vida de la persona. Esto se proyectaría tanto sobre la renta, como sobre el patrimonio, que son las dos esferas, las dos dimensiones que se tienen a la hora de computar y que conforman la capacidad económica que se tiene en cuenta.

Estos, señorías, son en esencia los elementos de esta proposición de ley, que llega por cuarta vez al Parlamento sobre la firme y extensa base social y ciudadana de casi 740 000 firmas de apoyo. En este momento procedimental solicitamos como comisión promotora y como movimiento social de la discapacidad el respaldo de todos los grupos para su toma en consideración, para que pueda debatirse en el Congreso y en el Senado y termine finalmente siendo aprobada. Este apoyo ya se prestó en las tres

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 5

anteriores ocasiones —la toma en consideración— con mayorías diversas y gobiernos de distinto signo. En la tramitación parlamentaria podrá ampliarse, podrá ensancharse y mejorarse, ir más allá, los grupos podrán perfeccionarla, pero será otro momento posterior, ya volveremos sobre ello cuando toque. Ahora lo que corresponde es tomarla en consideración y permitir que inicie su camino legislativo, acelerado para compensar el tiempo perdido, estos casi diez años. Las personas que precisan de apoyos intensos para su autonomía, las personas con discapacidad y personas mayores y sus familias hemos estado históricamente silenciadas, invisibilizadas, no hemos formado parte central ni hemos tenido acceso fácil y fluido a la agenda política y legislativa en la posición que creemos merecer como ciudadanos dignos, respetados y respetables de la familia humana y de la sociedad española.

Los motivos que he alegado para apoyar esta ILP se ven intensificados, aumentados, por un nuevo artículo 49 de la Constitución que esta Cámara, junto con el Senado, aprobaban no hace muchos meses, este mismo año —se promulgaba en febrero—, que establece como derecho elevado ya a rango constitucional la autonomía personal —entronca con la ley que pretendemos modificar—, la accesibilidad universal, el derecho a entornos universalmente accesibles y la inclusión social. Esta ILP es un elevar la voz de estos grupos sociales, que, movilizados cívicamente, llaman la atención sobre sus necesidades y plantean constructiva y cooperativamente lo que desean haciendo uso de los mecanismos constitucionales a su disposición, sus aspiraciones y anhelos.

Concluyo. Pido a los grupos políticos que se hagan eco de esta sonora demanda. Espero y deseo que no desoigan este clamor. Son 740 000 personas las que esperan impacientes, tras años de demora, que no haya más procrastinación.

Muchas gracias. Quedo a su disposición, señor presidente, señorías, para las preguntas, aclaraciones, críticas y contraste de los planteamientos, alegaciones y defensa que acabo de hacer de la iniciativa legislativa popular.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Pérez Bueno.

Pasamos ahora al turno de intervenciones, de menor a mayor.

No hay nadie del Grupo Mixto. Tampoco hay nadie del Grupo Parlamentario Vasco.

Tiene la palabra el portavoz de Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Buenas tardes.

Muchas gracias por su comparecencia. Lamento haber llegado tarde a su exposición, pero tengo que decirle que, por nuestra parte, el aspecto del desarrollo de los cuidados es el reto fundamental de nuestras sociedades, y mucho más cuando estos sectores son de los más vulnerables. En este sentido, nos comprometemos a tomar en consideración su propuesta y a estudiarla en profundidad. Y no voy a hacerle ninguna pregunta porque no he podido llegar a tiempo, discúlpeme, pero muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario Junts per Catalunya no está.

Por el Grupo Parlamentario Republicano, por favor.

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Gracias, presidente.

Senyor Luís Pérez Cayo, li dono la benvinguda. Moltes gràcies per la seva exposició i també el felicito com a president de CERMI per la gran feïna que fan i per totes les esmenes que ens envien.

Sí. Li he donat la benvinguda i li dono les gràcies per l'exposició. També el felicito com a president de CERMI i li agraeixo profundament totes les esmenes que ens fan arribar. També ja li avanço que donarem suport a aquesta ILP, com no podia ser de cap altra manera. I també segurament farem una petició perquè aquesta ILP es pugui fer a través de la Comissió de Drets Socials, que crec que és on hauria d'estar, més que a la Comissió de Sanitat.

Però vostè ho ha dit, l'aprovació de la llei de dependència aprovada el 2006 vam suposar que seria un avenç significatiu en la protecció social i en garantir drets fonamentals per les persones en situació de dependència. La realitat ha estat que l'Estat no ha aportat els recursos que preveia per garantir aquest desplegament adequat d'aquesta i ha traslladat tota la responsabilitat a les comunitats autònomes, però no hi ha traspasat els diners per fer-ho. Li poso l'exemple de Catalunya, que és la comunitat autònoma que jo represento, però sé que d'altres estan igual. En els darrers deu anys, la Generalitat ha assumit el desplegament de la llei amb aportacions molt escasses de l'Estat i, en termes acumulats, la Generalitat gairebé quadruplica les aportacions que ha fet l'Estat. El deute no reconegut ara està sobre els 3150

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 6

millions d'euros entre totes les comunitats autònomes, però els Països Catalans són els que estem més castigats. L'evolució de les necessitats i les demandes de la ciutadania, el gir cap a l'atenció centrada en les persones en les cures de llarga duració i la transformació demogràfica fan que estiguem totalment d'acord en la necessitat d'augmentar el finançament i és ara mateix una urgència vital.

Es necessita una modificació, en primer lloc, perquè hem de recordar qui són els beneficiaris d'aquesta llei, vostè ho ha dit. Són persones amb dependència que en molts casos es troben en situacions de gran vulnerabilitat, ja sigui per l'edat o per les mateixes malalties cròniques o discapacitats, i aquestes persones necessiten una atenció que no és un luxe, sinó que pensem que és un dret fonamental. Amb un infrafinançament com ens passa ara aboquem al copagament o a la contractació privada per unes prestacions i serveis que creiem que són drets. I aquesta mesura regressiva afecta milers de persones, moltes vegades són els qui menys recursos tenen o les més grans.

La llei de dependència va néixer amb un objectiu clar: garantir la dignitat i l'autonomia personal de totes les persones, independentment de la seva situació econòmica i geogràfica. Per això penso que la modificació d'aquesta llei ha de tenir també com a prioritat l'equitat i la redistribució justa dels serveis. Jo soc d'una zona rural i sempre ho reivindico, perquè a les zones rurals estem molt desatesos de tots els serveis que són de drets. No podem oblidar que el sistema de cures també està estructurat actualment de la manera que està estructurat, recau desproporcionadament sobre les dones, a les zones rurals molt més encara, i quan l'Estat no proveeix els serveis adequats, són les dones, especialment de les famílies amb menys recursos, qui estan assumint aquest rol. Assumeixen la major part de la càrrega de les cures. Per tant, aquesta modificació d'aquesta llei no és només de justícia social, sinó que també és de justícia de gènere.

També vull dir-li que dijous passat vam començar la ponència de la Llei d'ELA, que si aquesta llei hagués sigut suficient, potser no hauria calgut arribar a fer la Llei d'ELA, perquè ja s'hauria contemplat. Pensem que és el moment d'enfortir el sistema de dependència, de garantir que les persones puguin accedir a les prestacions que necessiten sense haver de sacrificar la seva dignitat o la de les seves famílies. Per tant, tot el nostre suport i esperem que pugui ser un èxit aquesta tramitació i que, en tot cas, les esmenes que presentem els grups parlamentaris siguin només per millorar-la. Gràcies.

*Señor Luis Cayo Pérez, le doy la bienvenida. Muchas gracias por su exposición, y le felicito también, como presidente de CERMI, por el gran trabajo que llevan a cabo y por todas las enmiendas que nos hacen llegar. Le avanzo que vamos a apoyar esta ILP, como no podía ser de otra forma, y también haremos la petición de que esta ILP pueda llevarse a cabo a través de la Comisión de Derechos Sociales, que creo que es donde debería estar, más que en la Comisión de Sanidad.*

*Usted lo ha dicho, la aprobación de la ley de dependencia de 2006 pensábamos que sería un avance significativo en la protección social y en garantizar derechos sociales para las personas en situación de dependencia, pero la realidad ha sido que el Estado no ha proporcionado todos los recursos necesarios para desplegar la ley y ha trasladado la responsabilidad a las comunidades autónomas, pero no ha traspasado el dinero para llevar esto a cabo. Y pongo el ejemplo de Cataluña, que es la comunidad autónoma que represento, pero sé que otras comunidades están en el mismo caso. En los últimos diez años, la Generalitat ha asumido el despliegue de la ley con aportaciones escasas del Estado; en términos acumulados, la Generalitat casi cuatuplica las aportaciones hechas por el Estado. La deuda no reconocida es de alrededor de 3150 millones de euros. Cataluña somos una de las comunidades más castigadas. La evolución de las necesidades de la ciudadanía hace que necesitemos centrarnos en las curas de larga duración y las transformaciones demográficas hacen que sea necesario aumentar la financiación, que es ahora mismo una urgencia vital.*

*Necesitamos una modificación, porque debemos recordar quiénes son los beneficiarios de esta ley. Usted lo ha dicho, son personas con dependencia, que en muchos casos están en situaciones de gran vulnerabilidad, ya sea por la edad o por las enfermedades crónicas o discapacidades que sufren. Estas personas precisan de una atención que no es un lujo, sino un derecho fundamental, y hay una infrafinanciación. Con esto, vamos al copago o a la contratación privada para unas prestaciones y servicios que pensamos que son derechos. Y esta medida regresiva afecta a miles de personas, que muchas veces son las personas que menos recursos tienen y son mayores para tramitar esta ayuda.*

*La ley de dependencia nació con un objetivo claro: garantizar la dignidad y la autonomía personal de todas las personas, independientemente de su situación económica o geográfica. Por eso, pensamos que la modificación de esta ley debe tener como prioridad la equidad y la redistribución justa de los servicios.*

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 7

*Yo vengo de una zona rural y siempre reivindico esto porque en las zonas rurales nos faltan muchos servicios, servicios que son derechos. No podemos olvidar que el sistema de cuidados está estructurado como está estructurado y que recae en las mujeres, sobre todo en las zonas rurales. Cuando el Estado no proporciona los servicios, son las mujeres, sobre todo de las familias con menos recursos, las que asumen esta función y las que asumen la carga de los cuidados. Por lo tanto, esta modificación de la ley no es solo algo de justicia social, sino que también tiene que ver con la justicia de género.*

*El pasado jueves iniciamos la ponencia de otra ley. Si esta ley hubiera sido suficiente, quizá no hubiéramos tenido que hacer la ley para la ELA. Pensamos que es el momento de fortalecer el sistema de dependencia y de garantizar que las personas puedan acceder a las prestaciones que necesitan, sin sacrificar su dignidad ni la dignidad de sus familias.*

*Cuente con todo nuestro apoyo. Esperemos que esta tramitación sea un éxito y que las enmiendas que presenten los grupos parlamentarios sean solo para mejorarla.*

*Muchas gracias.*

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, por favor.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Primero de todo, quiero agradecerle que nos acompañe una vez más y disculparnos en nombre de todos, también de los que nos han precedido, por el extenso tiempo que llevan con esta lucha. Además, quiero sumarme a lo que comentaba mi compañera, pues en mi grupo parlamentario entendemos que esta iniciativa legislativa corresponde más al ámbito de los derechos sociales teniendo en cuenta las competencias del ministerio. Pero, independientemente de desde donde se lleve a cabo, queremos mostrar nuestro apoyo a la toma en consideración de dicha propuesta.

Quiero aprovechar para profundizar y destacar cuáles son los principales problemas que se contemplan en este sistema. Hablamos de vulnerar los principios de equidad, también de la transparencia, de la universalidad. No sé cuáles destacarías tú, a cuáles harías referencia tú. Después, me gustaría también avanzar en esta propuesta, en las alternativas que se plantean y, por lo tanto, destacar las principales orientaciones que se deben dar.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, por favor.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias, señor presidente.

Intentaré ser breve. Efectivamente, nosotros estamos de acuerdo y, por supuesto, vamos a apoyar esta ILP que nos presentan hoy. Pero este es uno de los muchos temas en los que cuando hablamos, a mí personalmente como español, y en la parte que me toca ahora como diputado, me da muchísima vergüenza que estemos hablando una y otra vez de lo mismo, porque al final es un problema de voluntad política. Y digo voluntad política, como bien ha expresado usted, don Luis, porque llevamos veinte años con esto y lo único que todo el mundo que lo sufre tiene claro es que, con todos mis respetos, mucho bla, bla, bla, pero a la hora de la verdad nada de nada.

Usted ha dado datos que son tremendos, y hay alguno que se le ha pasado por alto. ¿Cómo puede ser que ahora mismo, efectivamente, tengamos en algunas comunidades un servicio gratuito y que por el mismo servicio en otra haya que pagar el 90%? ¿Cómo puede ser que no se haya querido hacer un desarrollo normativo reglamentario de algo tan importante como es la dependencia y el cuidado de nuestros mayores? ¿Cómo puede ser que, a estas alturas de partido, insisto, estemos aquí hablando unos y otros y no se nos caiga la cara de vergüenza? Porque todo lo que usted ha dicho incluso creo que hasta se puede quedar corto. Por supuesto que el copago en muchos casos es confiscatorio, sobre todo es confiscatorio en un país como el nuestro, porque somos el segundo país de los Veintisiete con mayor presión fiscal; un país que en lo que va de legislatura ha creado sesenta nuevos impuestos, y para lo importante no hay dinero. Eso es lo que tienen que escuchar los ciudadanos, que para lo importante no hay dinero. Insisto, mucho bla-bla-bla, pero el dinero luego se va a otras cosas, a estructuras, a más ministerios, etcétera. No es demagogia, es la realidad, y eso es lo que ven los españoles. Por tanto, insisto, por supuesto que estamos de acuerdo. Y, unido a todo lo que usted ha dicho, le diré algo más. Por la burocracia y tal y como está montado el sistema, aun pudiendo reunir los requisitos —fíjese lo que le digo, porque conozco casos—, es para volverse loco; en muchos casos, necesitas ser un gestor

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 8

administrativo o tener un amigo que lo sea. No, señores, esto hay que simplificarlo, porque estamos hablando de gente que lo pasa realmente mal y, con todo mi respeto, todo lo demás que digamos aquí son tonterías.

Sobre el tema de la inequidad, lo escucho una y otra vez, pero no hacemos nada, y ya no digo este Gobierno, pero en esta Comisión no hacemos nada. Tenemos dieciocho sistemas sanitarios distintos, dieciocho maneras distintas de ver la dependencia, dieciocho maneras distintas de tratar a nuestros mayores, dieciocho... Pero vamos a ver, esto se lo cuentas a un danés o a un sueco y, claro, la cabeza le da vueltas. Es que esto no hay quien lo entienda. Por tanto, no solamente espero que esta proposición salga adelante, sino que le aseguro que esto está en el eje de nuestro partido y vamos a pelear hasta el final no solo por intentar revertir o plantear el sistema de manera sensata y lógica, sino también para ver si de una vez por todas, al menos en esto, que es importante, todos los españoles somos iguales, sin importar el pueblecito o la provincia de donde seamos.

Insisto, muchas gracias, don Luis, y cuente con nosotros para lo que necesite.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.  
Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

El señor **SÁEZ CRUZ**: Gracias, señor presidente.

Buenos días, señor Cayo Pérez Bueno. Le felicitamos porque hace muy bien su trabajo como representante de casi cuatro millones de personas en este país. Por un lado, es muy gratificante poder trasladar sus demandas a este Congreso de los Diputados, pero, por otro lado, no lo es tanto ver cómo sus demandas pasan a veces mucho tiempo sin ser resueltas. Por tanto, en mi condición de portavoz en esta materia hoy, pido disculpas por la gente que nos ha podido preceder en el Congreso y porque no nos haya sido posible resolver el problema; probablemente, no por no querer sino por no poder, en muchos casos.

Estamos hablando de que en nuestro país 740 000 personas han solicitado que se haga una modificación de esta magnífica ley, que en su momento fue muy bien recibida, pero que, debido a la situación económica y de crisis allá por 2012, se elaboraron decretos que hicieron que se complicaran las aportaciones a toda la estrategia de autonomía personal y dependencia, y creo que ha llegado el momento de que resolvamos de una vez por todas esta problemática.

Me consta que el Gobierno de España está preparando —próximamente la llevará al Consejo de Ministros— una propuesta integral para mejorar y adaptar el nuevo artículo 49 de la Constitución. El mismo señor diputado de VOX que no votó a favor del apoyo a las personas con discapacidad —y qué mejor que se reconozca en un derecho constitucional—, hoy viene aquí a darnos lecciones de cómo hay que gestionar el día a día de nuestro país. Estamos hablando de que si algo recoge la Constitución en ese artículo 49 es la obligación y la necesidad de adaptar la legislación española, en todos sus aspectos. Por tanto, probablemente, en breve podamos visualizar esas leyes de discapacidad y dependencia que recojan todo lo que emana del artículo 49 de nuestra Constitución.

La ley de autonomía personal hay que verla desde el prisma de conseguir tres objetivos claros. El primero, reducir las listas de espera que se producen en las diferentes comunidades autónomas. En este sentido, es fundamental ser capaces de aumentar la prestación del servicio y también, en la medida de lo posible, disminuir los copagos que tienen que afrontar las personas que acceden a la dependencia. La capacidad de ser autónomos —también económicamente, aunque esté vinculada a un servicio público como pueda ser una residencia o cualquier otro servicio— es fundamental para que se pueda seguir teniendo autonomía personal, y para eso se necesitan recursos económicos. Por tanto, tendremos que llegar a acuerdos, tendremos que ver cuál es el porcentaje que se tiene que establecer, pero creo que todos estamos en la obligación de entendernos y de dar una solución definitiva al respecto. No se puede negar que, desde la aprobación de esta ley en diciembre de 2006, la implantación y el despliegue de este nuevo sistema de protección y de derechos sociales ha tenido muchas vicisitudes, y, por tanto, hay que asumir, sin ningún tipo de tapujo, que hay que resolver estos aspectos.

Por nuestra parte, podemos decir que estamos dispuestos a sentarnos con el resto de grupos parlamentarios para poder llegar a un acuerdo, también en el deseo de que podamos contemplar un futuro mejor para las personas dependientes, que son miles, cientos de miles, las que están en nuestro país con esta dificultad. Por tanto, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, mostramos nuestra solidaridad y, por supuesto, nuestro compromiso en lo personal y en lo colectivo para dar una solución al respecto.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 9

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Turno del Grupo Popular, por favor.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Gracias, presidente.

En primer lugar, quiero agradecerle que no haya cedido en el empeño de presentar esta propuesta, en la que ha habido cuatro comparecencias y ha sido tomada en consideración dos veces. Pocas preguntas caben aquí, porque lo que toca es, como se suele decir, meterse en harina y seguir hacia adelante. ¿En estos casi diez años no ha cambiado nada desde que se registró hasta ahora, cuando volvemos a iniciar el trámite? ¿Ha habido algún cambio? Luego, por otra parte, queremos poner en valor esta propuesta que quiere mejorar el dispositivo de acción social y la equidad, cosa que el Grupo Parlamentario Popular comparte como objetivo. Estamos a su disposición, como no puede ser de otra manera.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Ahora le toca al señor Pérez Bueno responder a los grupos.

El señor **PÉREZ BUENO** (representante de la comisión promotora): Muchísimas gracias, señorías de todos los grupos que han intervenido. Tengo la satisfacción de ver —y así lo trasladaré a las estructuras representativas de la discapacidad y, lo que es más importante, a las bases, a las familias, a las personas en situación de dependencia, con discapacidad o personas mayores, porque no dejamos de ser intermediarios— el renovado apoyo en todas las intervenciones a la toma en consideración de esta iniciativa legislativa popular, que esperamos sea la definitiva.

Créanme que cuando planteaba —es un tema sabido, porque ya son cuatro veces— las ideas en los quince minutos asignados —para no saturarles y abrumarles, pero sí intentar ser persuasivo— pensaba, como estrategia táctica y estratégica, reñir a quien le tengo que pedir el apoyo. Les riño porque llevamos diez años de retraso, pero necesitamos su apoyo para que se tome en consideración y se tramite. Era una situación de un cierto conflicto intelectual y de tensión moral. Riños a diputados y diputadas muchos de los cuales no estaban en esos años anteriores, incluso algunos grupos no existían cuando se aprobó la ley de 2006 o no tenían representación parlamentaria cuando esta ILP tomó cuerpo.

Creo que tenemos una deuda con la ciudadanía. Nuestra Constitución, nuestro ordenamiento, establece vías de participación, digamos, más directas en los asuntos públicos —aparte del derecho fundamental de participación en los asuntos públicos— a través, por ejemplo, de la iniciativa legislativa popular. Aplazar *sine die* respuestas de este tipo sin que tampoco te den razones es difícil. En mis periplos por toda España, por todas las comunidades y ciudades autónomas, me preguntan qué pasó con la ILP de 2015, y ya no se sabe qué decir. Es una cierta vergüenza ajena y personal, también cierto fracaso como movimiento de discapacidad, que no hemos sabido darle cuerpo, dar realidad y otorgar efectividad a aquello.

Voy respondiendo a alguna de las preguntas que se han deslizado en sus intervenciones. En materia de copago, no ha cambiado nada en estos diez años. En materia de copago no, en otros aspectos de la Ley 39/2006 sí, y cosas relativamente importantes se han producido en los últimos años, como que se hayan puesto de acuerdo sobre criterios mínimos de la prestación de asistencia personal, que para las personas con discapacidad es la prestación más inclusiva del sistema, la más comunitaria, y, a la vez, la menos desarrollada. Si vemos las estadísticas oficiales, apenas es un 0,5 del más de un millón y pico de prestaciones de personas en situación de dependencia y de prestaciones reconocidas en el acumulado histórico. También se ha producido —ahí hubo que transigir mucho, pero creo que fue un avance— un acuerdo sobre la acreditación de los centros y servicios, que hubiera un mínimo y que fuéramos a centros más inclusivos, de menos dimensiones, más humanos y pensados en la participación de la persona en su entorno. Ahora, por ejemplo, se ha aprobado una estrategia de desinstitucionalización, que son políticas públicas de gran aliento, que no van a ser inmediatas y que buscan dar una respuesta más en términos de participación en la comunidad, para que nadie tenga que abandonar su domicilio si no quiere o se vea obligado, por necesidad de atención, a desarraigarse o a no pertenecer allí donde ha nacido o donde ha querido desarrollar su proyecto de vida.

En términos de copago, salvo la actualización del IPREM, cuando se produce, que no es automática y que se decide en la Ley de Presupuestos Generales del Estado, quiero recordarles que el IPREM y el SMI cuando se unificaron —antes no existía el IPREM— partieron, en 2006 o 2007, de la misma cuantía. Si ahora comparamos el IPREM y el SMI, vemos que hay una diferencia atroz. El IPREM se

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 10

utiliza como elemento para determinar la capacidad económica y la participación en el coste no solo de las prestaciones de dependencia, sino de todas las prestaciones sociales y, por tanto, el IPREM, si no se actualiza, castiga fundamentalmente a las clases medias, que son muchas en nuestro país, que han sufrido y han visto deteriorada su economía con las últimas crisis, porque están en una situación de necesidad, quizá no de necesidad extrema, pero no pueden contar con los dispositivos del Estado porque no cumplen los umbrales de renta económica; quedan fuera o se les imponen copagos exacerbados. Pensemos también en la mayoría de las situaciones familiares que hay en nuestro país.

En este sentido, no ha cambiado la situación, por desgracia. Ojalá se hubieran resuelto por otras vías fácticas o legislativas o por las propias comunidades autónomas. La situación es la misma que hace diez años. El llamado limbo de la dependencia se refiere a esas personas con prestación reconocida, con resolución a su favor, que no reciben nada. Traslademos esto a la Seguridad Social, que hubiera trescientas mil personas con derecho a pensión por jubilación, por incapacidad, por orfandad, por viudedad, o prestaciones familiares y que no recibieran nada. Sería inconcebible. La Seguridad Social, que, con sus dificultades, funciona en nuestro país, te reconoce una prestación y al mes o a los dos meses la tienes ya efectiva. Pues aquí pasan años, hay personas que mueren, y no quiero darme a la fácil demagogia, pero son hechos que ocurren. No hemos conseguido que ese derecho subjetivo se traslade a la realidad de las personas en situación de dependencia y de sus familias. Se necesita inversión.

Hay otro elemento que también se ha suscitado por parte de sus señorías, que es el de las dimensiones; por ejemplo, no conocemos, no hay datos, no hay transparencia. En la época del *big data*, de las nuevas tecnologías aplicadas al conocimiento de todas las políticas públicas, de su impacto o de sus efectos, no sabemos cuál es la aportación en copago que hace la ciudadanía española en términos de dependencia. En el Libro Blanco de la Dependencia 20032004, que fue la base de la ley, se ponía como horizonte que fuera un 33 % aportación privada, un 33 % aportación del Estado y un 33 % aportación de las comunidades autónomas. Esto no es legal; esto era lo que decía el libro blanco. Ahora no sabemos si es un 33 %, si es un 40 % o si es un 20 %; no lo sabemos, pero sí que nos consta el efecto terrible que el copago tiene en muchas familias con personas con discapacidad.

Por ejemplo, la ley estaba pensada y concebida para que lo preferente fueran las prestaciones profesionales, porque si en los cuidados en el entorno del hogar proporcionados por la familia —y ahí está el factor y la brecha de género— la mayor intensificación de la atención recae en las mujeres del entorno de la persona en situación de dependencia, ¿qué hace, entonces, si hay copago? Que no se piense en un centro de día, en un centro residencial, en un tipo de dispositivo que signifique copago; que la persona se quede en casa, porque así entra la prestación por cuidado en el entorno familiar. O sea, no se está pensando en lo más conveniente para la tipología de la persona, sus necesidades y su realidad, sino que, para librarse del copago, se queda con otro tipo de prestación, con lo que se desvirtúa, quizá, el programa individual de atención que más necesitaría o que fuera más idóneo para esa persona. O sea, tiene elementos perjudiciales, disolventes, más allá de lo que significa la extracción económica para familias en situación precaria o no demasiado boyante.

Las propuestas que hacemos creemos que son razonables: que haya una regulación estatal, que haya unos mínimos exentos, que se pueda tener en cuenta la edad a la hora de modular y diferenciar, y que haya un dinero de bolsillo asegurado, porque la persona en situación de dependencia, cuidada en el recurso paradigmático, que es la residencia, digamos, el más caro, vale, sí, tiene lecho, duerme, tiene techo, no está a la intemperie, tiene comida, pero también tiene una vida fuera y puede querer viajar, puede querer practicar deporte y tendrá que comprar gafas u otro tipo de elementos necesarios que no provee el Sistema Nacional de Salud, y en esta Comisión de Sanidad saben ustedes hasta dónde llega y hasta dónde no llega. Por ejemplo, los audífonos, para alguien que pierde la audición, solo están financiados hasta los veintiséis años; a partir de los veintiséis años el esfuerzo es de la familia o de la persona. Todo eso se lo tiene que comprar y se lo tiene que comprar con su dinero. Si además se lo arrebatan a través de un copago exagerado, pues esa persona se queda con una participación comunitaria muy muy limitada. Lo dejo ahí.

No sé si tengo tiempo, presidente, pero quería hacer una reflexión más amplia. Les decía que la legislación reguladora es una ley orgánica de 1984; es una ley muy pensada en esa época; se admite la firma electrónica por interpretaciones posteriores que ha hecho la Junta Electoral Central, pero, curiosamente, para recabar esas 740 000 firmas necesitan un notario o un fedatario que dé fe de que a la persona que ha puesto la firma en ese DNI, le corresponde su nombre y su edad. Muchas veces había personas que no querían poner su edad —¿por qué tengo yo que dar mi edad?— y es un dato necesario;

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 11

si no viene la fecha de nacimiento, no vale la firma. Bueno, pues eso disuade a algunas personas de firmar. Tenemos también el caso de una persona con discapacidad que no tiene manos y no puede firmar, porque está amputada. Bueno, pues había problemas para considerar la validez de la firma de esa persona, porque la ley está pensada en los años ochenta.

Pero, más allá de eso, sí que podía haber algún tipo de reflexión sobre esa legislación, que fue muy avanzada en su época, como nuestra Constitución cuando la recoge, pero habría que actualizarla. Por ejemplo, que las ILP —creo que después viene la defensa de otra ILP sobre ratios de enfermería, y espero que también la apoyen; me solidarizo con su comisión promotora y con lo que plantean— se debatan y se estimen; no solo que se tomen en consideración, sino que se debatan y no queden en este limbo permanente, recurrente, en el día de la marmota, y volver y volver; que en la legislatura en la que se tome en consideración, que se acuerde o que no se acuerde, que se mejore o que se desestime, pero que no quede en esta situación. Quizá, algún tipo de previsión en el Reglamento de la Cámara sería bueno para que estas situaciones no se produjeran.

Por mi parte, nada más, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Pérez Bueno, por sus explicaciones y muchas gracias por estar aquí con nosotros.

### **CELEBRACIÓN DE LA SIGUIENTE COMPARECENCIA EN RELACIÓN CON LA PROPOSICIÓN DE LEY SOBRE RATIOS DE ENFERMERAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS SANITARIOS Y OTROS ÁMBITOS (número de expediente 120/000003):**

— **DE LA SEÑORA VILLASEÑOR ROA (REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN PROMOTORA DE DICHA INICIATIVA), PARA QUE EXPONGA LOS MOTIVOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTACIÓN DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA POPULAR. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000143).**

El señor **PRESIDENTE**: Ahora recibimos a doña Laura África Villaseñor Roa, representante de la comisión promotora de la Proposición de ley sobre ratios de enfermería para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos.

Si es tan amable, cuando esté dispuesta, tiene la palabra.

La señora **VILLASEÑOR ROA** (representante de la comisión promotora): Muchas gracias, señor presidente. Buenas tardes, señorías.

Hoy comparezco ante esta Comisión para defender la proposición de ley de seguridad del paciente; una ley que no solo garantizará una mayor seguridad y calidad de los cuidados en nuestro sistema sanitario, sino que también busca mejorar las condiciones laborales de miles de enfermeras. La actual situación de mis compañeras es insostenible y esta ley es un paso clave hacia una solución efectiva y duradera. Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han hecho posible este proyecto: los ciudadanos que firmaron la iniciativa, las asociaciones de pacientes que la apoyaron y los profesionales sanitarios que a través de SATSE impulsaron su desarrollo.

Esta proposición de ley tiene una larga trayectoria, como ustedes saben. Fue en diciembre de 2019 cuando la Mesa de la Cámara acordó trasladar la iniciativa legislativa popular a la Comisión correspondiente, después de haber sido avalada por 660 000 firmas de ciudadanos que apoyaban una reforma urgente en la atención sanitaria. Ya en 2020 comparecimos ante esta Comisión. La propuesta fue tomada en consideración y aprobada en el Pleno con 312 votos favorables. Desde enero de 2021, cuando se abrió el plazo de presentación de enmiendas, esta ILP ha sufrido ochenta y tres prórrogas de ampliación del plazo de presentación de enmiendas —señorías, si ustedes me disculpan—, lo nunca visto. Han pasado cinco años y nuestro sistema sigue sin garantizar unos cuidados seguros y de calidad.

Hoy volvemos al punto de partida. Acudimos por segunda vez para defender en esta Comisión esta proposición de ley que, tras agotar la anterior legislatura, comienza en esta de nuevo su andadura. La iniciativa que abordamos no es nueva, hay otros países que ya han implementado una norma similar y que ya la han evaluado. Tenemos ejemplos en Australia y en Estados Unidos, donde dos estados, en concreto California y Maine, han decidido garantizar asignaciones adecuadas de enfermeras tituladas de atención directa en centros de atención sanitaria.

Los estudios muestran que estas proporciones reguladas mejoran la atención al paciente y reducen la mortalidad. Cuando las enfermeras nos vemos obligadas a atender a demasiados pacientes a la vez, los

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 12

pacientes corren un mayor riesgo de sufrir errores sanitarios evitables, complicaciones evitables, úlceras por presión, mayor duración de la estancia hospitalaria, mayor número de reingresos e, incluso, fallecimientos.

Una extensa y rigurosa literatura científica avala la necesidad de regular las proporciones enfermera/paciente. Entre los estudios más destacados se encuentra el trabajo liderado por Linda Aiken, que abarca más de treinta y cinco años de investigación en este campo. Estos estudios concluyen, sin lugar a dudas, que cuantos más pacientes atiende una enfermera, peores son los resultados en términos de salud y seguridad. Entre los hallazgos más importantes, se ha demostrado que, por cada paciente adicional asignado a una enfermera por encima de 7 pacientes, la mortalidad aumenta en un 4%. La falta de enfermeras en los hospitales incrementa el riesgo de muerte en un 13%, y en las unidades de cuidados intensivos, cuando las enfermeras atienden a más de 2,5 pacientes por turno, el riesgo de muerte se triplica.

Un reciente estudio de la Universidad de Sevilla desarrollado en once hospitales del sistema sanitario público andaluz, donde se han realizado 3821 valoraciones en 1004 pacientes, también determinó que cada paciente adicional asignado a una enfermera incrementa la mortalidad en un 19%. Estos números no son abstractos, representan vidas humanas que podrían haberse salvado si se hubiera dispuesto de los recursos necesarios.

Los efectos de la sobrecarga asistencial no se limitan a la mortalidad. También hay un impacto significativo en la morbilidad y en los costes sanitarios. Se ha demostrado que una carga alta de pacientes por enfermera provoca el aumento de las infecciones intrahospitalarias y mayor probabilidad de reingresos hospitalarios; en atención primaria, una peor gestión de los pacientes mayores de 65 años, que son el grupo más vulnerable. Todo ello conlleva incrementos de los costes sanitarios debido a estancias hospitalarias prolongadas, reingresos y tratamientos adicionales.

El concepto de seguridad del paciente no es nuevo. En los últimos años ha adquirido mayor relevancia debido a la creciente evidencia que muestra cómo los errores y las complicaciones evitables son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los hospitales. Según la OMS, la Organización Mundial de la Salud, cada año millones de personas sufren daños evitables relacionados con la asistencia sanitaria. Estos eventos adversos, que incluyen desde errores de medicación hasta infecciones hospitalarias, tienen un coste humano incalculable y un coste económico devastador. Cuando hablamos de seguridad del paciente, estamos hablando de prevenir complicaciones que pueden evitarse si los profesionales tienen las herramientas y el apoyo adecuado para hacerlo. Esto incluye, por supuesto, recursos humanos suficientes para gestionar la carga de trabajo de manera adecuada.

De otra investigación llevada a cabo en nuestro país durante año y medio, donde se analizó *in situ* la situación de más de 300 hospitales, más de 9000 unidades y servicios, más de 2500 centros de salud, 170 centros sociosanitarios y analizándose un total de más de 100 000 puestos de enfermeras y enfermeros, se desprende que en nuestros centros sanitarios es habitual que una enfermera tenga asignada a diario más de 15 pacientes e, incluso, hasta 20 a su cargo en unidades de hospitalización, cuando la asignación segura acreditada científicamente dice que no se debe exceder de 6 u 8 pacientes. En las UCI de nuestros hospitales no se respeta habitualmente la ratio segura de un máximo de 2 pacientes asignados, superando con frecuencia los 3 y hasta los 5 pacientes por enfermera. En atención primaria, la asignación de pacientes por enfermera —atendiendo a criterios del propio Ministerio de Sanidad— no debería superar los 1000 habitantes y, sin embargo, la asignación habitual es de 1600 personas por enfermera y, en ocasiones, hasta 1800. En los centros sociosanitarios una sola enfermera, en caso de que el centro disponga de ella —que no siempre—, ha de atender a 100, 130, 150 o incluso 200 residentes.

Tenemos otro estudio, este a nivel europeo, seguro que lo conocen más, el RN4CAST, cuyos resultados fueron publicados en revistas de gran impacto, como *The Lancet* o *The BMJ*, en el que se analizó la situación de la enfermería hospitalaria en doce países. España resultó ser el país europeo con más pacientes asignados por enfermera, 12,7 de media, con un rango entre 9,5 y 17,9; mientras que Noruega tenía 5,2, Irlanda 6,9, Holanda 7, y Finlandia y Suecia 7,6. No voy a seguir, pero nosotros, los que peor. España también ocupó el primer lugar en cuanto a peor entorno de trabajo asistencial para la enfermera.

La proposición de ley de seguridad del paciente busca corregir la enorme sobrecarga laboral que hace peligrar la calidad y seguridad de los cuidados, estableciendo que en los hospitales las enfermeras no deberían tener asignados más de 6 pacientes, ampliable a 8 en situaciones excepcionales, o en atención primaria que el número de habitantes por enfermera no debería superar los 1500. Quiero matizar este

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 13

extremo. Evidentemente, al presentar la ILP era necesario redactar una norma y en esa redacción se fijan esos límites, pero entendemos —y así se lo hemos trasladado a todos los grupos políticos en las diferentes reuniones que hemos tenido con ustedes— que esa horquilla puede flexibilizarse para poder materializarse, para que sea viable, de manera que se respete también la autonomía de gestión de las comunidades autónomas y de los propios centros, siempre atendiendo a la complejidad de cuidados y necesidades de los pacientes. También entendemos que puede flexibilizarse su periodo de implementación, dando tiempo a planificar adecuadamente los presupuestos y los recursos.

Este problema ya se ha abordado en otros sectores, como la educación, donde por ley se establece el número máximo de alumnos que un docente puede tener para garantizar la calidad educativa, y recientemente se han vuelto a adaptar estas ratios. A nadie le supone un problema, todo el mundo comprende que es necesario limitar la ratio para que un docente pueda hacer un seguimiento adecuado de sus alumnos y proporcionar una enseñanza lo más individualizada posible y más adaptada a las necesidades de cada alumno. También todo el mundo entiende que un conductor profesional o un piloto no puedan trabajar más allá de un tiempo determinado, ya que representa un peligro para su seguridad y la seguridad de los demás.

Les pongo otro ejemplo mucho más reciente, además aplicado en sanidad. Se acaban de aplicar ratios para los médicos de atención primaria. Los servicios de salud han establecido el número máximo de pacientes que puede atender el médico de atención primaria en consulta durante su turno. Señores, es de sentido común, es lógico. Entonces, ¿por qué resulta tan complicado hacer entender o hacer comprender esta necesidad cuando hablamos de enfermeras? Estoy convencida de que esta resistencia se fundamenta en el profundo desconocimiento generalizado que hay sobre lo que hacemos las enfermeras.

Se nos reconoce por nuestros valores humanos —sí, por supuesto que los tenemos, y sin ellos no podríamos llevar a cabo nuestro trabajo—, pero nuestra labor va mucho más allá. Somos las enfermeras quienes hacemos el seguimiento continuo y vigilamos la evolución de cada paciente. Mientras realizamos una técnica o una cura, también llevamos a cabo una valoración profunda del estado de esa persona: su nutrición, su estado de hidratación, si tiene dolor, su patrón de respiración, de descanso, de eliminación, si presenta signos o síntomas de que no está respondiendo como se espera al tratamiento, signos o síntomas de alguna complicación o efectos adversos.

Para poder hacer todo esto, además de llevar a cabo las técnicas, las curas, preparar y administrar la medicación, planificar intervenciones y educar al paciente sobre cómo autocuidarse ante su enfermedad —por ejemplo, una persona que acaba de ser diagnosticada de diabetes o una persona que se va a su casa con una bolsa de colostomía tras una cirugía—, necesitamos tiempo para dedicar a cada persona. Hay miles de ejemplos y no quiero aburrirles. Lo esencial es que comprendan que para hacer esto y más es indispensable contar con el tiempo necesario y esto resulta imposible cuando se tiene a cargo a dieciocho, veinte o veinticinco pacientes, como, tristemente, es habitual. Las enfermeras y enfermeros solo queremos poder hacer bien nuestro trabajo y creemos que es hora de aplicar estos mismos principios para garantizar la calidad y seguridad de los cuidados.

Por otro lado, el déficit de enfermeras es un problema que ya anticipábamos hace tiempo y que ahora no solo está presente en España, sino que empieza a extenderse por el resto de Europa. La presidenta de la Comisión Europea, Ursula von der Leyen, ya lo resaltó en su discurso sobre el Estado de la Unión, justo hace un año, y también fue un tema preocupante para el Foro Económico Mundial, cuyo estudio, presentado el pasado mes de enero, reveló que enfermería es uno de los sectores con mayor demanda de empleo sin cubrir. En el caso de España es especialmente inquietante. Según el informe *Health at a Glance 2021*, de la OCDE, nuestro país tiene 6,1 enfermeras por cada mil habitantes, muy por debajo de la media europea, que se sitúa en 8,8 enfermeras por mil habitantes. Este déficit nos coloca a la cola de Europa, solo por detrás de Bulgaria, Letonia, Chipre y Grecia. En los últimos años en nuestro país este déficit se ha visto agravado por varios factores. En la última década más de diez mil enfermeras españolas han abandonado nuestro país en busca de mejores condiciones laborales en el extranjero. Actualmente, la emigración al extranjero es menor, pero van trasladándose de una comunidad a otra buscando poder trabajar de manera estable y digna. Y —lo más preocupante— nos encontramos con altísimas tasas de abandono de la profesión motivadas por la frustración que supone la tremenda sobrecarga, la falta de reconocimiento y las malas condiciones laborales.

Sin embargo, las necesidades de cuidados siguen aumentando, desde los más básicos hasta los más complejos, con cifras que indican un aumento significativo en el número de personas que requerirán

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 14

cuidados de larga duración en los próximos años. Solo algunos datos. En España, actualmente, somos más de 48 millones de personas, de las cuales el 20 % son mayores de sesenta y cinco años, con una esperanza media de vida de ochenta y tres años, y se estima que para 2050 el 31,4 % de la población tenga más de sesenta y cinco años y el 11,6 más de ochenta. El 40 % de los hombres y el 44 % de las mujeres de sesenta y cinco años o más declaran padecer múltiples enfermedades crónicas, cifra superior a la media europea, por no hablar de los estilos de vida que tenemos, que siguen siendo poco saludables y no solo en la etapa adulta. Y el 19 % de la población infantil hasta los catorce años tiene diagnosticada alguna enfermedad crónica; en ocasiones, una discapacidad. Sin embargo, la proporción de financiación pública para la salud está 10 puntos por debajo de la media de la Unión Europea. Nos enfrentamos, por tanto, a un futuro desafiante, que requiere una profunda transformación del sistema tradicional de asistencia sanitaria. Necesitamos un sistema sanitario que ofrezca una atención centrada en la persona, en sus necesidades, de una manera altamente cualificada y eficiente, pero humana. Europa ya ha tomado conciencia de este grave problema y prueba de ello es el reciente acuerdo de la Comisión Europea y de la Oficina para Europa de la OMS, por el que se han destinado a todos los países fondos —incluido, por supuesto, España— para invertir en enfermeras y favorecer su protección y retención.

Señorías, la proposición de ley de seguridad del paciente no es solo una medida vital para garantizar la seguridad y calidad de la atención sanitaria en nuestro país; es también fruto de la necesidad que tenemos las enfermeras de mejorar nuestras condiciones laborales y de la convicción de que nuestro sistema sanitario puede y debe mejorar. Somos conscientes —ya termino— de la inversión que supone poner en marcha en España esta ley, pero entendemos que se trata de una apuesta de futuro para nuestra sociedad basada en la evidencia científica, de la que derivará un importante ahorro de costes relacionados con resultados en salud, consiguiendo un sistema sanitario más eficiente, equitativo y sostenible. Por tanto, esta ley aporta para el ámbito de los cuidados y de la salud de nuestra población el enfoque integrador y sostenible que España y Europa necesitan.

Muchas gracias y quedo a su disposición para lo que consideren.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Empezamos con los turnos de intervención de los grupos parlamentarios.

El Grupo Parlamentario Mixto no está, así que tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **VAQUERO MONTERO**: Mila esker, presidente jauna.

Arratsalde on. Buenas tardes. He llegado tarde, por lo que no he podido escuchar toda su explicación en relación con esta ILP. Únicamente quiero decirle que la estudiaremos, pero tendremos en cuenta también a quién corresponde el ámbito competencial, porque ordenar las ratios y el personal necesario en el sistema de salud corresponde a cada comunidad autónoma y para nosotros es un dato muy importante.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias por la comparecencia.

La enfermería es un puntal básico y central y cada vez se demuestra más que es muy importante dentro de los sistemas sanitarios. En ese sentido, resulta precisamente llamativo la escasez de puestos de trabajo, la organización de los trabajos e incluso el sistema de distribución competencial que tenemos. Es una de las apuestas fundamentales a la que vamos a tener que responder desde los diferentes sistemas sanitarios y no solamente en el Estado, sino en general en Europa, pero en el Estado tenemos esa apuesta.

Le voy a hacer una pregunta concreta. ¿Cree que es básicamente por una cuestión económica que estemos aplazando este debate? Lo digo porque es indudable que esta proposición de ley se viene retrasando desde hace años. La tenemos encima de la mesa desde la anterior legislatura y, de primeras, puede parecer que es un tema económico, básicamente. ¿Cree que se trata de una cuestión económica o que también hay otras circunstancias a la hora de calcular ratios, la dificultad de la ley competencial o la falta de consenso que puede haber en muchos aspectos? Ustedes, que han tenido tantos contactos y con diferentes agentes, ¿me podría aclarar algo en este sentido?

Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 15

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario Junts per Catalunya no está, así que interviene el Grupo Parlamentario Republicano.

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Sí, gràcies, president.

Si m'espera un moment... Sí, moltes gràcies per la compareixença. Vagi per davant que nosaltres també donarem suport a la tramitació d'aquesta llei perquè creiem que el sistema públic és una de les majors conquestes socials de la democràcia i ha de ser protegit i reforçat. La manca d'infermeres és cert que posa en risc la qualitat de l'atenció primària i provoca una sobrecàrrega insostenible, i més quan vas a centres d'atenció primària que és on s'hauria de filtrar més i on s'haurien de prevenir més possibles malalties que després es compliquen. Una sanitat robusta és especialment important per atendre els grups més vulnerables de la societat, com poden ser gent gran o gent amb malalties cròniques i infants. Bé, ja ho ha dit. Les infermeres sí, és cert, pateixen una sobrecàrrega de treball crònica deguda a la falta d'aquesta de personal i aquesta situació genera un estrès que fa que augmentin els índexs de baixes laborals i disminueixi la qualitat de servei. Les infermeres de Catalunya durant l'any passat van ser referents en els drets de les infermeres creant la plataforma de «Les infermeres diem prou!». Més infermeres creiem que no només millorarien els hospitals, sinó que també tenen un paper clau en la medicina preventiva i l'atenció primària. Amb més professionals a primera línia es poden prevenir més les malalties, el que li comentava de la prevenció.

A Linda Aiken l'ha anomenada també. Sabem que és una investigadora reconeguda internacional pels seus estudis sobre la infermeria i la qualitat de la cura i la salut del pacient. Té un informe molt extens que sí que recomanaria que entre tots els diputats i diputades ens el llegíssim i el féssim nostre també, perquè en particular les seves investigacions han influït en la política de la salut i la gestió de recursos humans a hospitals. Algunes de les conclusions més importants dels seus estudis revelen que un excés de pacients per infermera augmenta la possibilitat d'errors mèdics i empitjora els resultats en els pacients. Infermeres amb una càrrega laboral més alta tendeixen a reportar més insatisfacció laboral, nivells més alts d'esgotament professional i això provoca que al final causin baixa de la professió.

Ha parlat també de la ràtio d'infermeres. Ja ho han vist: jo tenia un 5,9 i vostè ha dit un 6,1; és igual, continua sent molt inferior a la Unió Europea. A països nòrdics estan superant el 15% de ràtio. Per tant, creiem que l'augment de la contractació d'infermeres contribuiria a enfortir el sistema públic de salut i que seria una alternativa a les privatitzacions.

Un dels punts més importants de les reivindicacions professionals arran de la tercera signatura de l'acord de l'ICS, de l'Institut Català de la Salut, va ser també —que és un canvi necessari—, un canvi en l'assignació de la categoria professional de les infermeres —i aquí és on tinc els dubtes— i d'altres professionals sanitaris com els tècnics superiors o les tècniques en cures d'infermeria. Hi ha infermeres especialistes, sense títol oficial, que no poden acreditar l'especialitat en el marc normatiu vigent competència de l'administració general de l'Estat i voldria saber també la seva opinió sobre aquest tema perquè no se n'ha parlat.

Després, també, una altra pregunta. O sigui, sabem que hi ha una gran mancança d'infermeres i infermers, però mentrestant a les universitats queden molt joves pendents de poder entrar a fer aquest grau. Quin li sembla que és el motiu perquè quedi tanta gent fora, però que després tinguem aquesta mancança? Per una banda, mancança de places i després manca de professionals al servei. Ja està, gràcies.

*Gracias, presidente.*

*Muchas gracias por la comparecencia. Me gustaría decir que daremos nuestro apoyo a la tramitación de esta ley porque creemos que el sistema público es una de las mayores conquistas sociales de la democracia y debe ser protegido. La falta de enfermeras pone en peligro la calidad de la atención primaria y provoca una sobrecarga innecesaria, sobre todo cuando vamos a centros de atención primaria, donde se debería prevenir más posibles enfermedades que después se complican. Una sanidad robusta es muy importante para atender a los grupos más vulnerables de la sociedad, como pueden ser personas mayores con enfermedades crónicas, niños, niñas, usted lo ha dicho. Las enfermeras —sí, es cierto— sufren una sobrecarga de trabajo crónica debido a la falta de personal y esta situación genera un estrés que hace que aumenten los índices de baja laboral y disminuya la calidad del servicio. Las enfermeras de Cataluña, el año pasado, fueron referentes en los derechos de las enfermeras creando la plataforma de las enfermeras diciendo basta ya. Más enfermeras no solo mejorarían los hospitales, sino que tienen un papel clave en la*

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 16

*medicina preventiva y en la medicina primaria. Se puede prevenir más en primera línea las enfermedades, lo que le comentaba sobre la prevención.*

*Usted ha mencionado a Linda Aiken, una investigadora internacional que ha hecho estudios sobre enfermería y la calidad de los cuidados y que tiene un informe muy extenso que recomendaríamos leer a todos los diputados y diputadas y que lo hiciéramos nuestro porque sus investigaciones han influido en la política de la salud y la gestión de recursos humanos en hospitales. Algunas de las conclusiones más importantes de sus estudios muestran que un exceso de pacientes por enfermera aumenta la posibilidad de errores médicos y tiene consecuencias para el paciente. Una mayor carga laboral para las enfermeras significa más insatisfacción laboral y agotamiento profesional y esto provoca que, al final, las enfermeras se marchen de la profesión.*

*Usted ha hablado de la ratio de enfermeras. Yo tenía 5,9; usted ha dicho 6,1. Bueno, estamos ahí ahí, pero continúa siendo muy inferior a la Unión Europea. En los países nórdicos la ratio supera el 15%. Por tanto, el aumento de la contratación de enfermeras contribuiría a fortalecer el sistema público de salud y sería una alternativa a las privatizaciones.*

*Uno de los puntos más importantes de las reivindicaciones profesionales a raíz de la tercera firma del Instituto Catalán de la Salud fue que era necesario cambiar la categoría profesional de las enfermeras —aquí es donde tengo la duda— y otros profesionales sanitarios, como los técnicos superiores o las técnicas en cuidados de enfermos. Hay enfermeras especialistas, sin título oficial, que no pueden acreditar la especialidad en el marco normativo vigente, competencia de la Administración General del Estado, y quisiera conocer su opinión respecto a este tema, porque no se ha mencionado.*

*Y otra pregunta. Sabemos que hay una gran falta de enfermeras y enfermeros, pero entre tanto en las universidades hay muchos jóvenes que no pueden acceder a estos estudios de enfermería. ¿Cuál cree que es el motivo? ¿Por qué tantos jóvenes no pueden acceder a estos estudios de enfermería si después tenemos esta falta de profesionales que puedan dar estos servicios de enfermería?*

*Gracias.*

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.  
Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Buenas tardes.

Lo primero de todo es agradecerle la comparecencia ante un tema que, evidentemente, nos preocupa a todos: defender nuestra sanidad, y eso va acompañado de la dignificación del trabajo y de las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios. Creo que es importante situar el foco aquí. Y cuando hablamos de enfermeras, también hay que hablar de la brecha de género que existe en el sistema sanitario en general en tanto en cuanto hablamos de profesionales.

Quiero valorar de antemano el trabajo que se está desarrollando desde el Ministerio de Sanidad. Me gustaría conocer la valoración que usted puede hacer en relación con el desarrollo de un nuevo estatuto marco que tiene que avanzar en estas condiciones laborales de los profesionales de los cuidados en general, lo cual mejorará las condiciones, pero que también tendrá un impacto positivo en la retención de talento en el sector, que es otra de nuestras preocupaciones, y creo que es un desafío importante identificado por la OMS. Según nos dicen, las negociaciones no avanzan mal, van avanzando, que creo que es lo importante, como lo es que aborden temas como la temporalidad, la carrera profesional, la jornada o la jubilación, fundamentales para las personas profesionales sanitarias. Son una asignatura pendiente desde hace mucho tiempo y se debería avanzar en este objetivo general, más allá de la concreción de la ILP que estamos tratando, de la visión general de estas mejoras de las condiciones. Por tanto, sabiendo que en primera persona usted también forma parte de ese trabajo, nos gustaría conocer su valoración. Evidentemente, en paralelo hay otros trabajos que se están llevando a cabo, como el del Comité de Cuidados en Salud, dentro de esta iniciativa marco de los cuidados.

Con relación a la ILP en concreto, uno de los temas que nos generaba dudas introducirlo como una variable era el tema de la complejidad del paciente y la agudeza de sus cuidados, dos elementos que es importante tener en cuenta a la hora de elaborar estas ratios. Sabemos que desde el Ministerio, en colaboración con la OMS, se están desarrollando algunas líneas de investigación en relación con esto, trabajando en un modelo más detallado que tenga en cuenta esta complejidad de los pacientes, en el que se buscan indicadores de agudeza y complejidad para establecer estas recomendaciones de enfermeras y también de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, y entendemos que reflejan mejor la realidad clínica y por tanto también la seguridad del paciente. Querríamos conocer cómo valoran estas variables a

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 17

introducir y asimismo si se considera la inclusión en otros ámbitos, como podrían ser las residencias de ancianos, donde también se busca mejorar los indicadores de cuidado mediante la incorporación de ratios ajustados a la complejidad de los pacientes y el modelo de perfiles profesionales para definir mejor qué tipo de enfermeras y qué tipo de técnicos se necesitan.

Para ir acabando, la visión global que tenemos es valorar esta complejidad de los pacientes, también este enfoque multiprofesional y este enfoque basado en la evidencia, poniendo el foco en que, viendo positiva y apoyando la iniciativa, queremos resaltar la necesidad de este enfoque integral que priorice la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como de los profesionales.

Muchas gracias por su trabajo, ese trabajo que están llevando a cabo desde hace tantos años y que es tan necesario para preservar la calidad de nuestra sanidad, y nos disculpamos por la procrastinación de esta propuesta.

Muchas gracias.

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

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

Bienvenida a la que es su casa. Antes estábamos hablando de diez años de retraso —en este caso usted ha apuntado que son cinco— y ochenta y tres prórrogas. Por otra parte, hace poco hemos aprobado la ley ELA, que se echó también para atrás sesenta y tres veces. Y luego hay compañeros que se dedican a sacar pecho, pero a cualquier ciudadano que llevemos en política cuatro días, como aquel que dice, esto nos chirría. Nos chirría a nosotros, le chirría a usted, les chirría a los profesionales y a toda la gente que sufre esta procrastinación que ustedes señalan y por la que se pide perdón.

El problema que ha señalado la ponente es que se están perdiendo vidas por el camino y se está generando un mal a la ciudadanía y a los profesionales sanitarios. En este caso estamos hablando del personal de enfermería. Lo tengo que decir bien claro. Muchas veces no nos damos cuenta de lo necesario que es el personal de enfermería hasta que no nos hace falta a nosotros, hasta que no estamos en un hospital o en un centro de salud y necesitamos a nuestros sanitarios. Cualquier ciudadano que vaya a nuestros centros de salud se dará cuenta de que actualmente tiene una demora media de siete u ocho días, el que tiene suerte un poco menos, pero hay alguno que se va incluso mucho más. Le atiende su médico y este le diagnostica entre llamadas de teléfono y salidas a urgencias. Y con el personal sanitario y de enfermería pasa tres cuartos de lo mismo.

Ha señalado muy bien todo el problema que tenemos actualmente por la ratio de enfermera por paciente: más del doble e incluso el triple de pacientes atendidos por enfermeras, como usted ha indicado. Y también ha señalado que somos el país europeo con más pacientes por enfermera. Creo que es algo de lo que no podemos sacar pecho. Muchas veces oímos que nuestro Sistema Nacional de Salud, que nuestra sanidad es la mejor del mundo; sin embargo, yo creo que hace mucho tiempo que hemos dejado de tener la mejor sanidad del mundo porque no la estamos cuidando, estamos poniendo remedios. Se están poniendo muchos taponés para poder conseguir esa ratio de enfermeras o personal sanitario que necesitamos en muchos sentidos y se está haciendo una bola de nieve cada vez mucho más grande.

Estos retrasos, estas procrastinaciones que ustedes señalan al final se están llevando por delante un Sistema Nacional de Salud que era de los mejores del mundo, y digo era porque, por desgracia, cada vez que nos reunimos con cualquier colectivo o con cualquier sector nos lo dicen: no estamos llegando. Hemos creado diecisiete sistemas autonómicos que están siendo generadores de desigualdad y cuando queramos negociar esto nos vamos a encontrar con los partidos nacionalistas, con su ego, como siempre, con su interés por su territorio, porque son incapaces de buscar una solución común para todos. Para ellos es: ¿Qué hay primero de lo mío? Y luego el total. Lo que yo quiero es que de una vez por todas ustedes se den cuenta de que hay que poner en el centro a los pacientes y al personal sanitario, que están por encima de cualquiera de nosotros, porque nosotros pasamos, las urnas mandan, los partidos mandan en las listas, pero los profesionales sanitarios son los que llevan años y años sacándose sus carreras y son las personas que perduran y hacen esto sobre todo con una voluntad de servicio y de poder cuidar a los demás. Yo creo que lo primero que hay que hacer es darles las gracias por el servicio que ustedes prestan a nuestra sociedad, por el trabajo que hacen, por la calidad humana que muestran todos ustedes. Por nuestra parte no vamos a poner ningún tipo de problema; al contrario, vamos a intentar evitar que haya una prórroga ochenta y cuatro, vamos a intentar que no lleguemos al año sexto y vamos a intentar estar a su lado.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 18

No voy a gastar mucho más tiempo porque creo que usted lo ha dicho muy bien y aquí los protagonistas tienen que ser ustedes. Por nuestra parte, tenemos que acabar con los diecisiete sistemas autonómicos y aumentar el presupuesto en sanidad. Tenemos que atajar el problema de una vez por todas y evitar que la bola de nieve siga creciendo. Y ya solamente me queda agradecerle nuevamente su trabajo. Nos ponemos a su disposición y a la de todas las enfermeras de España, y sobre todo tenemos que estar al lado de los pacientes, como hacen ustedes, cogiéndoles muchas veces la mano en los momentos más complicados.

Muchas gracias.

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

El señor **POSE MESURA**: Gracias, presidente.

Buenas tardes. Lo primero es agradecerle la comparecencia y mostrarle la admiración que nos causa su tesón, porque el tiempo que se lleva dedicado a este tema es muy relevante y con resultados más bien escasos.

Quiero trasladarle que el Grupo Socialista ve al personal de enfermería con mucha admiración; nos parece un personal básico en el sistema sanitario, nuclear, imprescindible. Es verdad que en los medios de comunicación y en los debates parlamentarios siempre se habla de la escasez de médicos, pero nunca de la escasez, de la suficiencia o insuficiencia del personal de enfermería. Si nos comparamos con Europa, efectivamente, tiene usted razón: tenemos un déficit de enfermería; sin embargo, no tenemos ese déficit en el personal médico. Por lo tanto, quiero hacer un reconocimiento al papel de la enfermería en los hospitales y también en atención primaria.

En cuanto al tema objeto del debate, comparto bastante la intervención de la compañera de SUMAR. Seguramente, el abordaje debe ser un poco más holístico, un poco más complejo y no solo que sea un tema de ratios, y mucho menos de ratios mínimos. Y también hay que abordar la cuestión del personal de enfermería en el conjunto de los profesionales sanitarios. Yo creo que uno de los problemas que ahora mismo tiene el sistema es evaluar adecuadamente las competencias y el desarrollo profesional de todos los médicos, enfermeras, auxiliares y diferentes técnicos. El personal de enfermería son profesionales muy cualificados y probablemente estén infrautilizados en muchas de las competencias que tienen como tales.

Si no estoy equivocado, creo que mantienen un diálogo casi permanente con el ministerio y que están pendientes del desarrollo del estatuto marco, así como de un enfoque que tendríamos que dar a la situación de todo el personal multidisciplinar, pero, si le soy sincero, ahora mismo carecemos de elementos de juicio suficientes para fijar una ratio. Aquí se ha dicho que la ratio tiene que estar en función de la patología, de la sobrecarga y de la situación clínica de los diferentes pacientes, pero, bueno, tampoco es que haya que oponerse. En el encuentro, en el debate y en la negociación seguramente encontraremos puntos en los que estemos todos de acuerdo para sacar una cosa más global y que pueda satisfacer al personal de enfermería, probablemente una de las profesiones en las que más se nota cuándo el personal está motivado y animado porque eso traslada un entorno a pacientes y a compañeros imprescindible para el desarrollo de la medicina asistencial.

Sepan que nuestro grupo mira la enfermería con mucha simpatía. Nos parece muy importante y esperamos que el camino no sea tan largo como hasta ahora y que podamos hincarle el diente. Sabe usted que, al final, los gobiernos tienen que hacer su tarea también y abordar este tema y nosotros, en la medida de lo posible, impulsaremos que salga adelante un planteamiento global y satisfactorio para todas las partes.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Por último, el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Gracias, presidente.

En primer lugar, quiero darle la bienvenida y las gracias por acompañarnos y por presentarnos una vez más esta iniciativa. Que el debate de las ratios de enfermería tiene que venir es obvio; hay evidencias más que suficientes de las ventajas y del perjuicio que supone no tener una ratio adecuada en seguridad, en mortalidad o en salud mental de las enfermeras. Entonces, no hay que discutir sobre eso.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 19

La ILP es de 2020 y, al leerla, he echado en falta un mayor desarrollo en relación con la ratio sociosanitaria. Probablemente sea donde menos se ha puesto el foco. La regulación de la ratio informal —no legislada, por supuesto— en un centro sanitario está mucho más vigilada que en un centro sociosanitario y las necesidades de la población son muy diversas, necesita muchos cuidados. Echo en falta un mayor desarrollo de este aspecto.

Tampoco se menciona, aunque entiendo que estamos hablando de 2020, la enfermera especialista y aquí le voy a preguntar por su posición sobre determinados aspectos. Por ejemplo, seguro que sabe que estamos trabajando en una subcomisión sobre salud mental dentro de esta Comisión. Nosotros escuchamos a los ponentes, que constantemente nos hablan de las ratios, cada uno de la que le toca. ¿De qué va a hablarnos un psiquiatra? ¿O de qué va a hablarnos un psicólogo? Pues cada uno de la ratio que conoce. Aún no han acudido los ponentes de enfermería, que nos hablarán de su ratio, pero ahora le pregunto por su posición con respecto a la enfermería especializada en salud mental. ¿Qué ratio con respecto a la enfermería no especialista debería haber en esta área? Porque, claro, conseguir el número de especialistas en salud mental va a llevar un tiempo —a la vista están las convocatorias y el tiempo que se tarda en formarlos— y dar esta respuesta va a necesitar de una convivencia de ambos tipos de enfermería. Aprovecho la oportunidad para preguntarle cuál es su visión al respecto.

Y la última pregunta. Desde que se presentó y se tomó en consideración la primera vez hasta ahora, quería preguntarle si se ha llevado a cabo algún tipo de iniciativa, si algún grupo de trabajo o algún grupo de expertos por parte del ministerio o de las comunidades se ha puesto en marcha para trabajar, porque esto no es fácil de conseguir. Requiere mucha evaluación de la evidencia, mucho consenso, mucho estar de acuerdo y mucha planificación, porque con suerte se está cerca del límite, pero no se alcanza la ratio en ninguno de los casos de forma estable. Requiere mucha planificación y por eso le pregunto si desde que se originó esta iniciativa hasta ahora ha habido algún cambio o se ha hecho algún trabajo al respecto.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, para responder, tiene usted el turno de palabra.

La señora **VILLASEÑOR ROA** (representante de la comisión promotora): Muchas gracias.

Voy a intentar no dejarme nada. Por un lado, han hablado del ámbito competencial de las comunidades autónomas. Antes lo he comentado. Una cosa es la redacción inicial de la ley, pero lo que hemos trasladado a todos los grupos es que cuando se tramita una ley existen enmiendas y todo lo que conlleva la tramitación parlamentaria y entendemos que la horquilla se puede flexibilizar, que la horquilla no tiene que ser exactamente la que está recogida en el texto, pero sí necesitamos garantizar unos mínimos seguros. Hablar de mínimos seguros es acercarnos a la ratio que tiene, por ejemplo, Navarra, o casi a la ratio que tiene el País Vasco, que está en segundo lugar, por detrás de Navarra. Ahí estaríamos hablando de unas ratios mínimas. Y, por supuesto, con la suficiente flexibilidad, como decía antes, para dar capacidad de gestión o de autogestión a las comunidades autónomas y a los propios centros, pues entendemos que también hay centros de diferente complejidad. No es lo mismo una unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel que de un hospital de primer nivel. La complejidad de los cuidados no tiene nada que ver y la complejidad de los pacientes tampoco. Entonces, también requieren un cierto nivel de autonomía de gestión.

Me preguntaba el diputado de Bildu si creo que es solo una cuestión económica. No. No. Hay mucho de cuestión económica, pero, como les decía en mi intervención, creo que se debe sobre todo al profundo desconocimiento de lo que hacemos las enfermeras. Porque, en el caso de Educación, no se ha cuestionado este tema, no se ha cuestionado el tema económico. Yo solo quiero decir que España ha recibido 140 000 millones de fondos de la Unión Europea, de fondos Next Generation, de los que se han ejecutado 18 000, según las últimas informaciones publicadas. Creo que se puede aprovechar para destinar estos fondos europeos a lo que de verdad tiene repercusión sobre los ciudadanos y sobre la sociedad, a lo que de verdad les importa a los ciudadanos. Además, como decía antes, en el último acuerdo de la Comisión Europea con la OMS se han destinado unos fondos de 1,3 millones de euros para los países, y eso sí que va dedicado solo a invertir en enfermeras, en su protección y en su retención. Con lo cual, entiendo que no es solo una cuestión económica, sino que es una cuestión de no dar valor al trabajo de las enfermeras, que es lo que más nos machaca y nos frustra desde hace tanto tiempo.

También han hecho comentarios sobre la falta de enfermeras. Quiero agradecer el reconocimiento público que han hecho todos los grupos políticos aquí presentes de nuestra labor, de nuestro trabajo; pero

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 20

es verdad —y en eso coincido con el compareciente anterior— que espero no estar otros diez años como él, espero que este recorrido sea un poquito más corto. Al final, es bastante frustrante.

Las enfermeras, los pacientes y las asociaciones de pacientes y los ciudadanos que han apoyado esta iniciativa están expectantes. Llevamos cinco años, hemos tenido una pandemia de por medio en la que todo el mundo nos ha valorado, nos ha aplaudido, nos ha dicho lo buenas que somos y el gran trabajo que hacemos las enfermeras; pero, a la hora de ponerse manos a la obra, de remangarse y de meter las botas en el barro, vemos que esto se va alargando, alargando y alargando y no se pone ninguna solución sobre la mesa.

Hablaban también de cómo afecta a la salud de las profesionales esta sobrecarga laboral, la frustración. Es un trabajo muy exigente, es un trabajo que exige estar en alerta permanente, tienes que estar en alerta durante todo el tiempo que dura tu turno porque tienes que detectar cualquier complicación, como antes les contaba. Al final, todo eso está generando grandísimos problemas de salud física y emocional en los profesionales. Comentaba antes la diputada las cifras de absentismo laboral y de incapacidades temporales en nuestro colectivo. Somos el colectivo que tiene cifras más altas de absentismo laboral, por no hablar ya de las agresiones. El tema de las agresiones es muy preocupante y todos los profesionales sanitarios estamos afectados; en este caso, enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería somos los profesionales que más padecemos esta lacra y hemos propuesto medidas, incluso elaboramos una proposición de ley que fue trasladada al Congreso pero que finalmente no fue aprobada por la mayoría. Entendemos que al final todo suma, todas son gotas que van colmando el vaso de la paciencia de los profesionales y, sobre todo, de su salud física y mental.

También comentaban el problema de la falta de profesionales y preguntaban cuál creo que es el motivo de la falta de jóvenes que pueden acceder a la universidad. Es verdad que tenemos un déficit de profesionales, sí que hemos hablado en alguna ocasión de aumentar las plazas universitarias, pero sobre todo porque tenemos una fuerza laboral muy envejecida. La media de edad de las enfermeras en España es muy alta y en los próximos años se van a producir muchísimas jubilaciones. No tenemos relevo generacional, no hay recambio para estas profesionales. Entonces, si sumamos las personas que han emigrado y que no quieren volver porque están en mejores condiciones en otros países, si sumamos las enfermeras que están abandonando la profesión y dedicándose a cualquier otra cosa en la que se sienten mucho más reconocidas y valoradas, si sumamos las jubilaciones, al final nos encontramos con que el déficit de profesionales va a ser cada vez mayor.

El problema de las universidades lo hemos trasladado también al Ministerio de Sanidad. Hace poco se ha puesto sobre la mesa la necesidad de una financiación para incrementar las plazas de Medicina de las universidades públicas, pero cuando hemos trasladado la necesidad de incrementar las plazas de Enfermería se nos ha trasladado que no es necesario. Permítanme que discrepe, creo que sí que es necesario, así lo hemos trasladado, porque al final está aumentando la oferta de plazas de Enfermería, pero en la universidad privada, a costa de que sean los propios ciudadanos y las familias quienes costeen esos estudios universitarios, mientras que la universidad pública cada vez tiene más dificultades para ofrecer el Grado de Enfermería. Hace poco estaba en una universidad de Madrid, la Universidad Autónoma, y sus docentes me decían: no pueden cubrir las jubilaciones, no tienen presupuesto, no les dejan contratar. Entonces, tenemos un problema en la universidad pública y es que la universidad privada está adelantando por la izquierda, por la derecha y por encima a la universidad pública. Espero no dejarme nada.

Comentaban también si creemos que la complejidad de los cuidados es un elemento a tener en cuenta. Efectivamente, es primordial tener en cuenta la complejidad de los cuidados, por eso nosotros hablábamos de horquillas. Entendemos que hay dificultad en concretar los ratios, pero para eso proponíamos la creación de una comisión interterritorial de ratios que estudiase las necesidades concretas de cada servicio, porque aquí, en la proposición de ley, hablábamos de unidades de hospitalización, unidades de cuidados intensivos, quirófanos, se hablaba algo de centros sociosanitarios —aunque es verdad que no profundizábamos demasiado—, y es que echábamos en falta una mayor coordinación entre servicios sociales y sanidad, cuando creemos que debería ser un todo, porque, al final, deberían trabajar en objetivos comunes. Pero, efectivamente, tienen que establecerse en función de la complejidad de los cuidados, en función de las necesidades de los pacientes, y sabemos que no es sencillo. Hemos propuesto esta Comisión, pero llevamos cinco años con este tema y no hay visos ni de esa comisión ni de que nadie se haya puesto a trabajar para ver cómo deberían ser esas ratios.

Hablaban también del resto de profesionales. Nosotros hemos propuesto esta proposición de ley porque realmente los estudios y la evidencia científica recogen datos de cómo aumenta la mortalidad y la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 21

morbilidad por la falta de enfermeras tituladas o enfermeras registradas, como se conocen en otros países. No hay estudios sobre otras profesiones, no tenemos evidencia científica sobre otras profesiones. Insistimos en las enfermeras por lo que les decía antes, porque entendemos que son quienes tienen el papel más importante en la continuidad de los cuidados, en el seguimiento, la evolución y la seguridad del paciente. Como os decía, nos hemos basado también en otras leyes que existen en otros países —en Australia o en Estados Unidos— y estas leyes lo que recogen son dotaciones de enfermeras registradas, aunque en el caso de Maine pueden recoger ciertas dotaciones de equipos de soporte a las enfermeras, pero realmente lo que regulan son las enfermeras registradas.

Por otra parte, comentaban las ratios que recomendaba la ley. Como les digo, se hacen en función de la evidencia científica. Y me preguntaban si echo en falta mayor desarrollo de la ratio sociosanitaria. Sí, por supuesto, pero es que el aspecto sociosanitario nos daría para estar aquí una tarde entera. Creo que el compareciente anterior —que tenía mucho que ver con el tema sociosanitario porque hablaba de la dependencia— lo ha expresado muy bien. Ahora mismo los centros sociosanitarios son los grandes olvidados. En la pandemia se centró mucho la atención en determinados aspectos, pero siguen siendo los grandes olvidados y, además, son un sector —me van a permitir que hable con toda la claridad— en el que es difícil meter mano, porque la mayoría están en gestión de fondos de inversión privada y, al final, resulta muy complicado acceder; pero sí hemos recogido una ratio. Es verdad que habría que profundizar, que esta Comisión debería profundizar en esas ratios y analizarlas más concretamente.

Con respecto a las enfermeras especialistas —usted me ha preguntado por la salud mental, pero permítame que yo le hable en general del tema de las especialistas—, antes de fijar una ratio de enfermeras especialistas o qué ratio tendría que haber de enfermeras en los centros de salud mental me va a permitir decir que no podemos empezar la casa por el tejado. Lo primero que hay que hacer es empezar por la base. Lo primero que tenemos que hacer, y así lo hemos trasladado al ministerio, es definir los puestos de especialistas. No tenemos definidos los puestos de enfermeras especialistas, y lo que pretendemos es que se definan, que se decida qué es lo que hacen las enfermeras especialistas que no aportan las enfermeras generalistas, cuál es su aporte de valor, porque solo aportando valor se entiende el reconocimiento de las especialidades. Nosotros no queremos que todos los puestos de trabajo de atención primaria se reconviertan a especialistas; no, entendemos que deben convivir enfermeras especialistas, enfermeras generalistas y enfermeras de práctica avanzada; pero, para poder convivir, necesitamos definir qué hace cada una. Y cuando ya tengamos definido eso y tengamos catalogados los puestos y tengamos designados a quienes ocupan esos puestos, entonces podremos asignar ratios. Pero —vuelvo a repetir— no podemos empezar la casa por el tejado.

En cuanto a si ha habido alguna iniciativa por parte del ministerio o de las comunidades autónomas para trabajar en este sentido, no tenemos ninguna constancia de que nos hayan trasladado o que hayan contado con nosotros para trabajar en las ratios. Nosotros hemos trasladado al ministerio —y nos consta que, además, tienen intención de hacerlo— la necesidad de ese registro de profesionales. El último registro de profesionales se hizo en el año 2010. De profesionales de medicina se hace todos los años; de profesionales de enfermería llevamos catorce años sin un registro. El ministerio nos trasladó su iniciativa o su intención de hacer este registro. Sé que están trabajando en una encuesta que han remitido a los profesionales; pero, a nuestro modo de ver, el registro debería ser algo mucho más riguroso, no solo una encuesta que se remita a los profesionales de enfermería y a las TCAE. Entendemos que hay que hacer un estudio mucho más riguroso; hay que tener un registro de necesidades de cuidados, de qué necesidades de cuidados especialistas vamos a tener en los próximos años y, basándonos en esto, determinar todo el desarrollo de las especialidades, de las ratios, etcétera.

También me comentaba algo —no quiero pasarlo por alto— sobre las negociaciones del estatuto marco. Evidentemente, valoramos muchísimo haber retomado esta negociación. Llevábamos años pidiendo que se actualizase el estatuto marco, pues es una ley de 2005 que entendíamos que en muchas cuestiones requería de una actualización y de una adaptación a los tiempos y a los métodos de trabajo actuales, y estamos en esa negociación. Ahora estamos a la espera de que se nos convoque tras el parón de verano, pero quedan muchas cuestiones importantes por abordar. El tema de la clasificación profesional para nosotros es un tema primordial que hemos defendido y estamos defendiendo intensamente. Entendemos que la clasificación actual no obedece al marco de titulaciones actual, no obedece al Plan Bolonia, no obedece a las actuales responsabilidades, competencias y cualificaciones que tenemos las enfermeras y los fisioterapeutas. En ese sentido, esperamos que, a la mayor brevedad posible, se nos vuelva a convocar y se nos traslade la propuesta que entre Sanidad y Función pública hayan acordado

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 166

23 de septiembre de 2024

Pág. 22

para hacer esta reclasificación, que entendemos que tiene que abarcar todas las categorías; no damos por válido que solo se reclasifique a un determinado grupo profesional.

Espero no haberme dejado nada y haberme ajustado al tiempo. Se lo agradezco mucho y, sobre todo, les pido que nos apoyen en esta iniciativa, que entendemos que es buena para la ciudadanía, es buena para la sociedad y supone una inversión, porque va a suponer un ahorro en costes sanitarios que creo que es necesario. Y, por supuesto, las enfermeras están expectantes porque es algo que necesitan.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias a ustedes por su exposición.

Yo creo que sí, realmente se nota que no habrá problemas con la toma en consideración de la ILP. Esperemos que aquí se abra ese debate que de alguna manera ha ido anunciando el Ministerio de Sanidad paso a paso, incluido el de abrir el pastel del tema de las clasificaciones.

Muchísimas gracias. Se levanta la sesión.

**Eran las cinco y quince minutos de la tarde.**

En el caso de las intervenciones realizadas en las lenguas españolas distintas del castellano que son también oficiales en las respectivas Comunidades Autónomas de acuerdo con sus Estatutos, el *Diario de Sesiones* refleja la interpretación al castellano y la transcripción de la intervención en dichas lenguas facilitadas por servicios de interpretación y transcripción.

cve: DSCD-15-CO-166