



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 119

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 6

celebrada el jueves 30 de mayo de 2024

	<u>Página</u>
ORDEN DEL DÍA:	
Modificación del orden del día	2
Proposiciones no de ley:	
— Para la reducción de la huella de carbono en el sector sanitario en España y la recomendación de uso de inhaladores de polvo seco y niebla fina. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000522)	2
— Relativa a la materialización de medidas de atracción y fidelización para médicos en Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000219)	6
— Relativa a la mejora de la prevención y la reducción de la obesidad desde los ámbitos sanitario, social y educativo. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000372)	10
— Relativa a agilizar desde la calidad y la seguridad la homologación de títulos extracomunitarios de especialistas en Ciencias de la Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000376)	14
Comparecencia de la comisionada de Salud Mental (González Callado):	
— Para informar sobre el objeto de la subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 212/000200)	18

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 2

— Para informar sobre las líneas generales de la política de su área de actuación. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente 212/000172)	18
— Para dar explicaciones sobre sus prioridades y objetivos al frente del Comisionado. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/000018)	18
Proposiciones no de ley. (Continuación):	
— Relativa a la consecución de avances reales en el ejercicio del derecho a la educación sexual de las personas menores, así como su monitorización y cumplimiento en las diferentes comunidades autónomas. Presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. (Número de expediente 161/000433)	33
— Sobre la prevención y atención de las infecciones por el VIH y las ITS. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000500)	37
— Relativa a la implantación de un Sistema Nacional de Salud que acabe con las desigualdades entre los españoles. Presentada por el Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente 161/000637)	41
Proposiciones no de ley. (Votación)	44

Se abre la sesión a las once y cincuenta minutos de la mañana.

MODIFICACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

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

Tenemos que tomar una decisión, si les parece bien. Tenemos la solicitud de modificación del orden del día para cambiar el orden de debate de las PNL, de tal forma que la que aparece como punto 6.º en el orden del día pase a ser tratada en primer lugar; así, los invitados que han acudido podrán marcharse cuando pasemos a debatir el resto de las PNL. ¿Les parece bien? (**Asentimiento**). El resto se debatirá en el orden previsto.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **PARA LA REDUCCIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO EN EL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA Y LA RECOMENDACIÓN DE USO DE INHALADORES DE POLVO SECO Y NIEBLA FINA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000522).**

El señor **PRESIDENTE**: Abordamos el debate de la proposición no de ley para la reducción de la huella de carbono en el sector sanitario en España y la recomendación de uso de inhaladores de polvo seco y niebla fina, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. La ponente dispondrá de un tiempo de cinco minutos y los portavoces de los grupos dispondrán de tres minutos.

Tiene la palabra la señora Martínez.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Muchas gracias, presidente.

Buenos días, señorías. La PNL que presentamos propone avanzar, por una parte, en la implementación de un plan global de sostenibilidad del sistema sanitario español, que, si recuerdan, se inició cuando José Miñones era ministro de Sanidad. Es un plan —coincidirán conmigo— que es imprescindible para avanzar en la descarbonización de nuestro país. Se calcula que casi el 5 % de las emisiones de CO₂ a la atmósfera lo son consecuencia del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La voluntad del Gobierno sigue intacta, y el asesor de salud y cambio climático, figura pionera en nuestro país, ha anunciado acciones como la compra de medicamentos que dejen menos huella de carbono. Para avanzar en esta cuestión, también se ha creado el Observatorio de Salud y Cambio Climático de manera transversal entre los ministerios de Transición Ecológica, de Ciencia e Investigación y de Sanidad, para, de manera

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 3

interdisciplinar, proveer de herramientas técnicas y soporte de innovación a toda la Administración, local, autonómica y estatal, a la hora de tomar decisiones, con una participación activa, cogobernanza y el consenso en el desarrollo de ese plan.

La proposición no de ley concreta que una de las medidas que se recomienda, en consonancia con la mayoría de las organizaciones científicas y de pacientes, es que, siempre —y remarco— que sea clínicamente posible, los inhaladores sean en polvo seco y niebla fina. En España, los inhaladores contaminan más que los vuelos de corto alcance: 440 000 toneladas de CO₂ frente a las 300 000 de los aviones. Y los de polvo seco no solo son más sostenibles, sino también más eficaces, aumentando la adherencia al tratamiento, puesto que reduce entre mil y dos mil las dosis sin incrementar en ningún caso el coste del tratamiento. La opinión de los pacientes es importante, la valoramos y la agradecemos; agradecemos las aportaciones que nos han hecho llegar. La única encuesta de pacientes que existe así lo refleja. Esa encuesta —como les digo, la única que existe— dice que el 60% de los pacientes están a favor de cambiar por motivos ecológicos, además de por los motivos clínicos, y es más fácil su administración.

Queremos dejar claro de nuevo que la PNL no implica ninguna limitación al uso de ningún inhalador en ningún caso; implica una recomendación que está avalada por la Agencia Española del Medicamento; por los servicios autonómicos de Salud que ya están trabajando en esto, como el de Galicia o el de Castilla-La Mancha; por sociedades científicas como la semFYC, la Sociedad Española de Medicina de Familia, que agrupa a casi 22 000 médicos; por la SEPAR, en cuya editorial de archivo de bronconeumología pueden leer esa recomendación; por la Alianza Médica Contra el Cambio Climático, que es, como saben, la Organización Médica Colegial y su consejo general de médicos oficiales, que representa a más de 308 000 profesionales en España; también por la Guía Española para el Manejo del Asma, que está avalada por veintiuna entidades; NeumoMadrid; Neumosur; Sociedad Canaria de Neumología; países como Reino Unido, como Dinamarca, como Suecia, como Noruega. Y no olvidemos la legislación europea que entró en vigor el 11 de marzo, el Reglamento de la Unión Europea 2024/573, que obliga a una reducción de emisiones del 15% de los gases fluorados, incluidos los nuevos propelentes, en el año 2027.

Será complicado cumplir este objetivo en España, donde el sobreuso de esta tecnología supera la media europea, con un 55% de uso frente al 13%, por ejemplo, de países como Suecia. Además, todos los inhaladores presurizados son PFAS, los famosos químicos eternos, que se llaman así porque existen evidencias de que la exposición a estos químicos puede causar, a su vez, efectos perjudiciales para la salud. La Agencia Europea de Sustancias Químicas está valorando en este momento su prohibición.

Señorías, creo que hemos dado suficientes razones para apoyar la PNL y recomendar inhaladores en polvo, siempre que clínicamente sea posible. Es nuestra obligación compatibilizar el mejor tratamiento a los ciudadanos, a los pacientes, pero también la protección de la salud, de su salud, mediante la protección de nuestra atmósfera, de nuestra tierra.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora Martínez.

A continuación, para la defensa de la enmienda, tiene la palabra, por tres minutos, el Grupo Popular.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Gracias, señor presidente.

Buenos días a todos. En primer lugar, quiero dejar claro que el principal argumento que vamos a defender en esta PNL es el criterio clínico. El Partido Popular está y siempre estará con las políticas que más benefician al medio ambiente, nuestra ocupación será defender las más eficientes e impulsar aquellas que sean estudiadas con todos los agentes responsables y sean puestas a disposición de todos los españoles. Pero nunca vamos a estar a favor del aprovechamiento ilícito que, en muchos sectores de la sociedad, y fundamentalmente los partidos de izquierda, quieren hacer de lo social, de la cultura, de la mujer o de lo verde, es decir, del medio ambiente. Porque no es exclusivo, no pertenece a ninguna ideología ni a ningún partido, es de todos y nos pertenece a todos su respeto, su atención y su cuidado.

Por supuesto, tenemos la disposición de emitir un voto positivo a esta PNL, pero nos gustaría comunicar una serie de cuestiones previas. Estamos de acuerdo con la progresiva reducción de los inhaladores de cartucho presurizado que contaminan el medio ambiente, pero siempre que existan alternativas sustitutivas en el mercado que generen, al menos, el mismo beneficio que el actual. Un ejemplo de lo que estoy comentando lo tenéis en mi tierra, en Extremadura, con la posibilidad del cierre de la Central Nuclear de Almaraz, planta que más energía produce en España y abocada al cierre en 2027, si el Gobierno de España no lo evita, y sin haber una energía alternativa que actualmente pueda sustituirla.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 4

Por lo tanto, a las energías limpias y verdes, sí, pero de introducción paulatina y eliminando aquellas contaminantes o peligrosas en el momento en que puedan ser claramente sustituidas. Pero, como indica también en su PNL, no van a poder ser eliminados o sustituidos de manera directa los inhaladores de cartucho presurizado por la necesidad de tratamiento, en algunos casos, pero también por las características del paciente tratado e, incluso, cuando se tienen en cuenta sus preferencias.

Además de los efectos contaminantes por el propelente utilizado, hay datos que animan a la reducción del tratamiento de estos inhaladores, por un lado, la mala utilización que hacen los pacientes de su uso, los estudios dicen que prácticamente el 50 % o más de los pacientes no saben utilizarlo bien, debido a la dificultad que tiene de coordinación y que conlleva, al menos, la falta de mejora del paciente. Pero, como decía al principio de mi intervención, es fundamental contar con el criterio clínico como fundamento necesario en cada toma de decisiones y les comunico que el resto de los agentes implicados también están de acuerdo con ello, como bien ha comentado la portavoz del Grupo Socialista.

Como nos gusta comprobar todos los argumentos, tenemos una duda sobre los datos que justifican el incremento del consumo de España de inhaladores presurizados frente a otros países europeos, que seguramente nos puedan aclarar. Entendemos, de nuevo, que los inhaladores necesitan prescripción médica y es el profesional sanitario quién recomienda el mejor tratamiento para su paciente; de nuevo, el criterio clínico. Pero lo que nos sorprende en esta ocasión es que, el pasado 23 de noviembre, tras el anuncio en el I Foro de la Alianza Médica contra el Cambio Climático que realizó un mes antes el que era ministro de Sanidad en ese momento, el señor Miñones, en el que comunicaba —y cito textualmente— la próxima presentación de una guía de recomendaciones para la reducción de la huella de carbono en el sector sanitario, el Grupo Popular registró una serie de preguntas sobre el plazo para esta presentación, las medidas a realizar por el Gobierno en esa línea de recursos previstos para invertir, si habrá consenso con comunidades autónomas o con el resto de los responsables necesarios, o los plazos reales de tiempo. Bueno, pues a toda esa batería de preguntas tan solo recibimos la siguiente respuesta, que leo textualmente. Dice así: La guía de recomendaciones para la reducción de la huella de carbono en el sector sanitario la difundirá en su página web cuando finalice la elaboración. Y ahora nos presentan aquí esta PNL, sin haber elaborado dicha guía. Porque, además, hemos comprobado que no está todavía. Voy finalizando, señor presidente. ¿En qué quedamos, en esperar la guía o en aprobar y acabar con la huella del carbono con medidas o PNL de este tipo?

No obstante, por lo anteriormente expuesto, el Grupo Popular ha propuesto una enmienda de modificación al texto presentado.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora, para fijar posición, también por tres minutos, tiene la palabra el Grupo Mixto. **(Pausa)**. Parece que no hay nadie.

¿Grupo Vasco?

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias.

Intervendré muy brevemente, para adelantar...

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, usted es de un grupo vasco, pero de Bildu. Estábamos hablando de EAJ-PNV, pero no hay nadie, así que le toca al grupo vasco de Euskal Herria Bildu. Adelante.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Perdón, ha sido por hacer inconscientemente la traducción del vasco al castellano, porque Euskal Herria es País Vasco.

Intervendré muy brevemente, simplemente para decir que estamos de acuerdo con la PNL y la apoyamos. Lo único es que quiero insistir, porque en el público y fuera de los ámbitos clínicos se ha creado confusión al pensar que desaparecían los actuales inhaladores, y lo que dice esta PNL, y lo que aprobamos todos no solamente aquí por parte de los grupos parlamentarios, sino también por las diferentes asociaciones clínicas y estamentos, es precisamente potenciar los inhaladores en polvo; por tanto, de ningún modo significa que desaparezcan para aquellos pacientes que necesitan los inhaladores presurizados. En ese sentido, creo que podemos dar perfectamente garantías de que esto va a seguir siendo así, y por eso lo apoyamos.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 5

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿Por el Grupo Junts per Catalunya? (**Pausa**). No hay nadie. ¿Por el Grupo Republicano? (**Pausa**). Tampoco hay nadie.

Por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, tiene la palabra el señor Cofiño,

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenos días.

El impacto de los productos sanitarios sobre el medio ambiente resulta indiscutible. Tenemos datos de la OCDE y de Health Care Without Harm de que los sistemas sanitarios son responsables del 4,4 % de las emisiones mundiales de CO₂. La huella climática mundial de los servicios sanitarios es equivalente a las emisiones anuales de gases de efecto invernadero de 514 plantas eléctricas de carbón. Además de la huella de carbono, hay que destacar que entre el 30 % y el 90 % de fármacos orales, como pueden ser antibióticos o analgésicos, se desechan en ríos y suelos como sustancias activas, lo que tiene un impacto negativo en la fauna, en el ecosistema de forma global y en nuestra salud. También, hay un estudio realizado por la Universidad de York hace unos años que destacaba que en casi la mitad de los ríos del mundo hay niveles peligrosos de medicamentos, incluyendo antidepresivos, antihistamínicos y analgésicos, y esto es una clave del impacto ecológico en salud ambiental. Los daños a la fauna y los ecosistemas están contrastados. Además, hay un tema sobre el que hemos hablado ya en esta Comisión, que es la preocupación por las resistencias bacterianas en relación con el tema del uso de antibióticos y la pérdida de eficacia de los antibióticos en la población.

A finales de la anterior legislatura, el Ministerio de Sanidad puso en marcha el primer Plan para la Reducción de la Huella de Carbono en el sector sanitario en España, una iniciativa pionera que recoge conclusiones sobre el estudio sobre consumos y emisiones masivas que se realizan en todas las comunidades autónomas. Ese plan forma parte del programa de actuación 2022-2023, del Plan Estratégico de Salud y Medioambiente y de otras iniciativas, como el Observatorio de Salud y Cambio Climático, para impulsar actuaciones de concienciación en relación con lo ambiental y con la salud.

La iniciativa que hoy discutimos en la Comisión va en esta línea, en la de las recomendaciones sanitarias nacionales e internacionales, de organismos internacionales de probada eficacia científica. Según datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, específicamente en relación con el tema de la PNL de hoy, los propelentes hidrofluorocarbonados que contienen los actuales inhaladores de cartucho presurizado provocan una emisión equivalente a 400 000 toneladas de CO₂ anuales. Como también señala la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, es importante no caer en una responsabilización del paciente y mantener las prioridades clínicas, pero también es importante desarrollar medidas en ese sentido. Consideramos necesaria y oportuna la PNL, por lo que votaremos a favor de ella.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Es el turno del Grupo Parlamentario VOX.

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

Nosotros, en VOX, no nos oponemos, sino todo lo contrario: abogamos por la reducción sistemática, en la medida de lo posible, de todo lo que se ha denominado huella de carbono, que al final no es otra cosa que la emisión de CO₂ que producen las actividades económicas y cotidianas de los seres humanos. Y para poder reducir estas emisiones, la única alternativa real pasa por invertir más en investigación e innovación y por buscar alternativas a tratamientos, sobre todo, menos contaminantes.

Dicho esto, si lo que pretende el Grupo Socialista con esta proposición es, tal y como dice, reducir la huella de carbono sin menoscabo de la salud de los pacientes y la calidad y eficacia de los tratamientos, yo les recomiendo que fomenten, primero, la reducción, por ejemplo, del consumo de energía o de la emisión de gases fluorados que se usan en climatización, que son el 85 % de las emisiones, que, evidentemente, es más de lo que estamos hablando sobre los inhaladores. Por tanto, al final, los inhaladores no son el mayor problema. Siento comunicárselo, pero así es.

Nosotros, como no puede ser otra manera, avalamos las decisiones de nuestros profesionales sanitarios. Si los médicos, por su formación y experiencia, deciden decantarse por un tipo u otro tratamiento, es porque son ellos los que tienen la capacidad de decidir, con base en la fase de la enfermedad, al estado emocional del paciente o, en su caso, dependiendo de las habilidades motoras del paciente, qué modelo de aparato les da más confianza en cada uno de los casos. Si nuestros profesionales

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 6

sanitarios consideran oportuno que otro tipo de inhaladores tienen la misma efectividad y ocasionan un menor impacto ambiental, pues bienvenido sea y esperamos que así lo hagan.

Por todo lo anterior, intentar reducir la huella de carbono sustituyendo por decreto unos inhaladores presurizados por otros de polvo seco o de niebla fina, como queremos llamarlos, sinceramente, creemos que tiene poco margen de actuación en la realidad sanitaria; porque priorizar esta elección en el medio ambiente lo único que consigue es dejar —en algunos casos podría pasar— a los enfermos en un segundo plano, cuando deben ser el eje central de cualquier política pública. La recomendación de inhaladores de polvo seco supone una medida concreta que puede repercutir en el seguimiento de pacientes, y tengamos en cuenta que en esta enfermedad la adherencia al tratamiento es de menos del 50 %.

Por ello —como acabo de decir y continúo exponiendo—, es fundamental invertir en investigación e innovación, tanto en la industria como en la Administración, y de eso poco se habla en la proposición. Pero, mientras tanto, tengamos en cuenta criterios clínicos y garanticemos tratamientos efectivos, y más cuando sabemos que hay algunos grupos de pacientes que no son capaces de utilizar los inhaladores de polvo seco. Entonces, lo fundamental para estos pacientes es aumentar los tiempos de dedicación, sobre todo en las patologías clínicas; reducir los tiempos de espera para las consultas; garantizar la formación de los profesionales y actualizarse en técnicas de inhalación, y reducir los tiempos de acceso a tratamientos innovadores.

Y termino. Todo eso se consigue con una mayor dotación presupuestaria. Pero, claro, cómo vamos a valorar eso —ni este avance ni otros que debatiremos hoy— si, gracias a su política de pactos, señorías socialistas, los presupuestos de 2024, prorrogados, y los de 2025, más que seguro que hipotecados, y más después de la vergüenza que hemos vivido hoy en el Pleno. Así que esa es la única realidad: hace falta dinero y hacen falta presupuestos, pero me da a mí que no va a haber ni una cosa ni otra.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Para aceptar o rechazar la enmienda transaccional, tiene la palabra la señora Martínez Ramírez.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Gracias, presidente.

Intervendré muy rápidamente. Luego le daré los datos que me pedía el portavoz del Grupo Popular. Es la agencia española la que dice que hay un aumento, el 54 % en este momento de consumo de inhaladores presurizados.

En cualquier caso, en el Grupo Socialista hemos hecho una autoenmienda basándonos en algunas aportaciones que nos habían hecho las asociaciones de pacientes, como APEPOC y CNAE. También el Grupo Popular ha hecho una enmienda que nos parece que mejora la redacción y la claridad de la PNL, y hemos hecho una transacción que tienen ustedes a su disposición y que creo que ya ha sido repartida a todos los grupos. Agradecemos a todos el apoyo que están mostrando a esta PNL.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

— RELATIVA A LA MATERIALIZACIÓN DE MEDIDAS DE ATRACCIÓN Y FIDELIZACIÓN PARA MÉDICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000219).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos, entonces, a la segunda proposición no de ley del día, que es la relativa a la materialización de medidas de atracción y de fidelización para médicos en atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, propuesta por el Grupo Popular.

Su portavoz, la señora Pastor, tiene la palabra.

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

Señorías, en nombre del Grupo Parlamentario Popular pido su apoyo para esta proposición no de ley para que, de una vez por todas, se lleven a cabo medidas de apoyo a la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud que resuelvan los problemas tan importantes que están afectando tanto a nuestros profesionales sanitarios como a los pacientes.

El problema, señorías, no es de hoy. Los profesionales de atención primaria, las comunidades autónomas, los pacientes y las sociedades científicas lo vienen reclamando, y con toda la razón, desde hace largo tiempo. Los problemas en los últimos cinco años no han hecho más que incrementarse. Les

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 7

vuelvo a recordar que las comunidades autónomas de todo signo político y por unanimidad llegaron a un acuerdo en abril del año 2018, acordando medidas que reformaran nuestra atención primaria. La Comisión de Reconstrucción Social y Económica aprobó en esta Cámara, con el apoyo de todas sus señorías, reformas en profundidad que hoy todavía siguen sin cumplirse después de los años.

Les quiero recordar una vez más que, a instancias de nuestro partido, introdujimos una resolución, en el último debate del Estado de la nación, que fue aprobada por distintos grupos políticos. Por no hablarles de un hecho muy reciente; les recuerdo que, el 14 de marzo de 2024, aprobamos en esta Comisión una serie de compromisos que siguen sin llevarse a cabo. Hoy, estamos aquí de nuevo para pedir el apoyo unánime de todas sus señorías a unas propuestas que entendemos que son esenciales y en las que todos tendríamos que coincidir. Porque la atención primaria necesita una atención urgente, un abordaje nuevo y constructivo, una acción innovadora que, como ha señalado la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, sea un verdadero compromiso con la atención primaria y posibilite cambios estructurales y disruptivos en el modelo vigente, que aseguren el futuro de esta especialidad que hemos de prestigiar y el futuro de la atención primaria.

Todos —todos, como les he señalado, sociedades y organizaciones colegiales— nos piden una hoja de ruta de consenso y que procedamos a dotar con urgencia de recursos humanos suficientes a nuestro sistema sanitario, comenzando con una convocatoria extraordinaria del sistema mir de mil plazas más anuales; dotarles de más medios financieros y demás medios tecnológicos; un verdadero proyecto que prestigie nuestra magnífica atención primaria.

Tenemos que revisar el modelo de acceso al grado de Medicina. Tenemos que actualizar los contenidos y metodología del proceso de formación sanitaria especializada. Tenemos que aumentar en mil el número de plazas anuales para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Tenemos que incrementar la presencia y el peso de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el grado de Medicina. Tenemos que aumentar el periodo de rotación de todos los estudiantes de Medicina en los centros de salud. Tenemos que incorporar programas académicos de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en materia relativas a la gestión sanitaria y desarrollar adecuadamente la formación continuada. Tenemos que incentivar a los tutores de los médicos residentes, porque de esa forma se contribuirá a una mejor y más atractiva labor desarrollada con alta capacidad por todos ellos.

Hay que poner en marcha un programa integral de incentivos que valore y que contemple esa dedicación tan extraordinaria de nuestros médicos, especialmente en el medio rural. Hay que mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria. Los médicos de familia deberían de participar permanentemente en las sesiones clínicas de los hospitales, con el seguimiento y la valoración de sus pacientes, especialmente pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedicados. Hay que fomentar la investigación desde una mayor autonomía de agendas y desde la generación de sinergias. También hay que rediseñar la carrera profesional; dotarla de mayor estabilidad y hacer plenamente efectiva y accesible una historia clínica única y compartida; entre otras muchas cosas, señorías.

Y termino diciéndoles que, hoy, desde esta Comisión, en la que creo que se está haciendo una buena labor, tendríamos que ser conscientes de que hay que resolver estos problemas que vienen de tiempo, pero sobre los que nosotros tenemos ahora una gran responsabilidad. Como también tenemos responsabilidad en resolver —por eso, se lo pedimos desde aquí al ministerio— el problema de los mir que, como saben, no pueden terminar su último año de residentes hasta septiembre y, por tanto, tenemos que abordar cómo atendemos a nuestros pacientes en atención primaria durante todo el verano.

Por tanto, tomemos medidas estructurales, cuantitativas y cualitativas, y prestigieemos la maravillosa atención primaria que tenemos. Se lo dice una profesional de la atención primaria. Se lo dice una persona que cree firmemente en que si la atención primaria no se refuerza es imposible mejorar nuestro sistema sanitario. Por tanto, les pido a todas sus señorías una hoja de ruta con el consenso de todos, para que nuestra atención primaria salga reforzada y fortalecida.

Muchísimas gracias, señor presidente. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE:** Muchísimas gracias a usted, señora Pastor.

Ahora, para la defensa de sus enmiendas, tiene la palabra el portavoz del Grupo Plurinacional SUMAR, por un tiempo de tres minutos, por favor.

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

Estamos de acuerdo con la exposición de hechos de la proposición no de ley que se presenta. Estamos de acuerdo con la plena importancia que tiene en nuestro sistema sanitario la atención primaria, que es el eje vertebrador de nuestro Sistema Nacional de Salud. Lo que da identidad a nuestro Sistema

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 8

Nacional de Salud no solamente es la red hospitalaria, porque entonces hablaríamos de un sistema hospitalario de salud, sino esa atención primaria que tiene que vertebrar nuestro sistema sanitario. Y estamos de acuerdo también con la dejadez que ha habido durante muchos años de nuestro sistema sanitario y de las atenciones primarias. Sin olvidar un elemento fundamental que es que, más allá del marco estratégico que viene delimitado claramente por los hechos que señalaba en su presentación y donde tiene competencias el ministerio, la gestión es autonómica y tenemos una variabilidad de prácticas entre diferentes comunidades autónomas. Sé que la señora Pastor es una plena defensora de la atención primaria, pero sí sé también que su partido no lo es en algunas comunidades autónomas donde hay variabilidades importantes. Creo que puede haber errores o deficiencias en la gestión de la atención primaria en algunas comunidades autónomas, sea cual sea su signo político, pero sí sé que hay algunas comunidades autónomas identificadas por el Partido Popular donde, claramente, lo que hay es un intento de desaparición del modelo de atención primaria e ir hacia modelos de gestión privatizadora.

Estamos de acuerdo con las propuestas; creo que son propuestas que defienden casi todas las sociedades científicas de medicina de familia de nuestro país. Hemos hecho algunas matizaciones en las enmiendas, concretamente, del número simbólico de los mil médicos de familia. El problema que tenemos ahora mismo con las plazas de medicina de familia no es solamente garantizar que las plazas acreditadas se puedan cubrir, sino, sobre todo, es garantizar las condiciones de trabajo que tienen nuestras médicas de familias. Hemos generado muchísimas plazas. Yo soy un médico de familia que me marché en 1997 porque mis condiciones de trabajo no eran adecuadas, no se me ofrecía estabilidad en la plaza de trabajo, y ahora estoy aquí. Lo que creo que tenemos que garantizar es no solamente tener una buena planificación, sino que las plazas estén en las mejores condiciones para captar a los mejores profesionales para nuestro sistema sanitario. Creemos en una atención primaria con más poder, con más prestigio, con más personal y con mejor presupuesto, y no en un modelo hospitalocéntrico,

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

A continuación, el grupo VOX, por favor.

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

Pues sí, efectivamente, estamos de acuerdo en que la situación de la falta de médicos de familia en España es terrorífica. Pero no es una situación nueva, porque llevamos hablando de crisis en la medicina de familia desde hace más de una década. La realidad es que, cada año que pasa, la situación va peor y lo cierto es que, en estos momentos, no me atrevería a aventurar dónde puede estar el fondo del problema.

Como bien dice esta proposición, es cierto que en los últimos cinco años se han intentado impulsar desde el Ministerio de Sanidad —y es verdad— algunas iniciativas para revertir esta situación, pero su fracaso lo explica un simple dato: en el mir de este año 2024 se han dejado sin cubrir 459 plazas de médico de familia, más del 20%. O sea, está muy bien esforzarse y tomar medidas, pero no funcionan. El doble que el año pasado, que ya fue malo; insisto, el doble este año que el año pasado, casi 500 plazas sin cubrir. Es más, me consta que muchos de los candidatos —y lo sé de buena mano— que han obtenido esta plaza, que solo les permitía escoger esta especialidad, han decidido no hacerlo; han decidido perder un año de sus vidas y el año que viene ver si tienen más suerte y no se ven obligados a ello. Creo que estos son datos significativos del problemón que tenemos. Aun así, preguntan si puede ser peor. Mucho peor. Lo peor puede estar por llegar porque, si no tenemos médicos suficientes para las plazas que necesitamos en la actualidad, y en los próximos cinco años se van a jubilar unos 50 000 médicos, ya no tenemos un problema, tenemos problemón. Y, señores, ahora mismo no existen previsiones de que vayamos a tener suficientes candidatos ni siquiera para cubrir la mitad de estas vacantes.

La proposición del Grupo Parlamentario Popular propone medidas que consideramos interesantes, pero creo que no llega a la base de donde está realmente el problema. Porque, en principio, contempla las regiones como actores clave para resolver esta cuestión. No, siguen ustedes equivocados, esto no va de regiones. Ya se lo dije en el Pleno, se sienten muy cómodos con los diecisiete sistemas sanitarios y con las diecisiete legislaciones. Es que esto no va de eso. El problema es que ustedes, señores populares, siguen equivocados, no se plantean una revisión del sistema, que es donde está parte del problema. Pero lo que sí está claro es que esto no se arregla solamente aumentando el número de plazas. Eso ya se ha intentado durante los últimos años. ¿Y cuáles son los resultados? Lo ha dicho, además, el portavoz de SUMAR: precariedad de los contratos; remuneraciones inferiores, por los que algunos se han tenido que ir; problemas de conciliación; poco prestigio social y profesional, y consultas atestadas. Son problemas estructurales de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 9

esta especialidad, que necesitan una profunda reflexión por parte de todos, si lo que queremos es revertir y evitar el colapso que se está produciendo en el sistema nacional. Por esa razón, hemos presentado una enmienda, que espero que la acepten, porque intenta resolver alguna de estas cuestiones. Porque la calidad de la atención primaria es esencial, sobre todo para detectar enfermedades de forma temprana —el otro día también se comentó en el Pleno—, que ahorra mucho dinero, y prevenir complicaciones mayores.

Miremos hacia algunos países europeos, pero, eso sí, con sanidades únicas, centralizadas; no la que tenemos liada, insisto, en este país. ¿Qué han hecho con algunos problemas? Ofrecen bonificaciones, ofrecen viviendas y ofrecen programas de formación continua que prestigian al médico. Así que algo tenemos que hacer porque o se revaloriza la profesión, o no se van a cubrir las plazas. La atención primaria es fundamental para asegurar nuestro sistema óptimo de salud, y no tengan la duda de que es la una de las piezas insustituibles porque, sin atención primaria, difícilmente tendremos una sanidad adecuada.

Gracias, señor presidente. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

A continuación, interviene el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **MORENO FERNÁNDEZ**: Muchas gracias, presidente.

Buenas tardes, señorías. Nuestro grupo también ha presentado una enmienda a esta proposición no de ley, conscientes de la dificultad por la que atraviesa la atención primaria y, además, como buenos conocedores de lo que sucede en cada uno de los municipios y comunidades autónomas que están sufriendo este deterioro tan importante para nuestro sistema sanitario. Ya le digo que es muy preocupante. En concreto, en mi municipio, en unos días, nos quedaremos sin médico porque ha salido en busca de destinos más atractivos y con mejores incentivos, no vamos a tener atención primaria en un municipio de 700 habitantes. Por tanto, señorías, no podemos perder ni un minuto más en asumir cada uno la responsabilidad que nos toca. Nos preocupa, nos preocupa mucho, y por supuesto que vamos a intentar llegar a un acuerdo en esta proposición que viene de la mano de la sociedad científica y de los sanitarios. Entendemos que hay un problema estructural, que es nuestra obligación atajar.

Señores del Grupo Parlamentario Popular, entre sus propuestas están las 1000 plazas mir. Nosotros planteábamos en nuestra enmienda que tiene que ser conforme a la oferta-necesidad de especialistas médicos, teniendo en cuenta también la morbilidad y los determinantes sociales de poblaciones. No es lo mismo una población rural que una urbana, porque tiene atención hospitalaria y también otros medios de atención mayores. Por tanto, en ese sentido, nosotros presentamos la enmienda para que hubiese una mayor participación de la ciudadanía a través de los consejos de salud. También, por supuesto, dar mayor estabilidad a las plantillas —estamos teniendo condiciones laborales muy precarias entre los profesionales sanitarios de las diferentes comunidades de autónomas—. Por tanto, no vamos a ser autocomplacientes, vamos a seguir avanzando y tomando medidas. Así, nuestro grupo se quiere sumar a cambiar ese modelo de atención primaria.

En cuanto a VOX, no podemos estar de acuerdo con el centralismo en sanidad que ellos proponen. La falta de cercanía en los modelos sanitarios no es buena. Nunca ha funcionado porque tenemos que ser garantistas y que, se viva donde se viva —más alejado del centralismo o menos—, tenemos que defender una sanidad pública y de calidad, garantizando un sistema que llegue a todos y a cada uno de los territorios. Por tanto, no estamos a favor de la propuesta.

El Gobierno tiene el compromiso de resolver los problemas que competen al ministerio y está haciendo su trabajo. Vamos a hablar del trabajo que están haciendo los consejeros de Sanidad de las diferentes comunidades autónomas donde gobierna el PP con VOX. Nuestro grupo ha presentado unas enmiendas y nos gustaría que se incluyeran, porque estos cambios estructurales tienen que venir de las manos de las comunidades autónomas, en coordinación con el ministerio, para que se garanticen los compromisos que se tratan también en las mesas sectoriales de los sanitarios y que en comunidades autónomas como la de Andalucía se están incumpliendo en materias como las carreras profesionales. Por tanto, la consejera de Salud de nuestra comunidad autónoma no ha cumplido ni una de las reivindicaciones de los profesionales sanitarios que, además, ustedes traen en esta proposición no de ley.

España ha aumentado el gasto en estos últimos años en más de 7049 millones —termino, señoría—, y le digo es que sí es posible construir una nueva atención. Trabajaremos juntos para que los sanitarios se sientan valorizados y que los pacientes también entiendan que estamos aquí para atender una atención primaria de calidad, y en eso nos van a encontrar.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 10

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Para fijar posición, no está el Grupo Parlamentario Mixto.
Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

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

Intervengo muy brevemente para decir que estamos de acuerdo con parte del diagnóstico que se presenta en esta proposición no de ley, con que hay que tomar medidas y anticiparse, sobre todo, a aquellas necesidades que va a tener el sistema de salud de cada comunidad autónoma. Sin embargo, en esta proposición no de ley hay algunas medidas que ha adelantado también la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, que corresponden a las comunidades autónomas y, por lo tanto, nosotros creemos que son demasiados puntos y en alguno, como siempre, teníamos que caer en la invasión competencial. Iba bien en el inicio de lo que se proponía en la proposición no de ley, pero, finalmente, siempre parece que desde el Gobierno del Estado se tiene que interferir en aquello que tienen que hacer las comunidades autónomas porque el tema de las plantillas y la gestión de las plantillas, por ejemplo, es competencia de las comunidades autónomas.

Nuestro grupo se va a abstener en esta PNL.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Euskal Herria Bildu, Junts per Catalunya y el Grupo Parlamentario Republicano no están en sala.
Por lo tanto, señora Pastor, como ponente, si es tan amable, puede decirnos si acepta las enmiendas.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Señor presidente, hemos redactado una transaccional, que voy a distribuir a los grupos que han intentado enriquecer esta iniciativa.
Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias a usted, señora Pastor.

— RELATIVA A LA MEJORA DE LA PREVENCIÓN Y LA REDUCCIÓN DE LA OBESIDAD DESDE LOS ÁMBITOS SANITARIO, SOCIAL Y EDUCATIVO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000372).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos, entonces, a la siguiente proposición no de ley, relativa a la mejora de la prevención y la reducción de la obesidad desde los ámbitos sanitarios, social y educativo, del Grupo Parlamentario Popular.

Tiene la palabra.

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

Señorías, buenas tardes. Las tasas de obesidad, según la definición que todos aceptamos de la Organización Mundial de la Salud, han alcanzado proporciones epidémicas y han aumentado casi cinco veces desde el año 1975 en niños y adolescentes. Además, el pronóstico lleva a que una de cada cuatro personas en el mundo, es decir, 1900 millones de personas, vivirán con obesidad en el año 2035. Según el informe regional europeo del año 2022, de la propia OMS, se plantea que la obesidad y el sobrepeso afectan ya al 60 % de los adultos y a uno de cada tres niños en Europa. Esto hace que el 7 % del total de años vividos con discapacidad sea atribuido a la obesidad y, además, en la epidemia de la COVID-19 se comprobó que aumentaban la morbilidad y la mortalidad en los casos que coincidía la infección con obesidad.

En España, de acuerdo con las cifras contempladas en la Estrategia de Salud Pública de 2022, del Ministerio de Sanidad, el porcentaje de hombres y mujeres de 18 y más años que presenta obesidad ha pasado del 36 % en los años ochenta al 47 % en la actualidad. En la referida estrategia se explica, además, que la obesidad abdominal en hombre y en mujeres es del 68 % y del 61 %, respectivamente. En la población concreta de 6 a 9 años ya se aprecia un 17 % de obesidad. Dentro de esta, el 4 % es considerada como grave. En este contexto y teniendo en cuenta las diferentes iniciativas que se han ido desarrollando en nuestro país —tanto para conocer mejor la realidad del problema, incluyendo los condicionantes sociales, los educativos y los económicos, como para procurar avances en términos de prevención y abordaje de la obesidad en todas las etapas de la vida, en mayor medida también durante la infancia—, hay ejemplos muy representativos. Partimos del año 2004 con la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS.

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición impulsó la Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, la Estrategia NAOS, y el código PAOS, que va hacia la regulación de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 11

la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas, sobre todo, a menores para prevenir la obesidad y promover la salud. Esto fue reforzado en 2009 y en 2012 con mejoras en esta estrategia. Más reciente, y también alineado con estas iniciativas, tanto las internacionales como las nacionales, es el Plan de acción de la Unión Europea contra la obesidad infantil, Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012. Se contemplan específicamente acciones contra la obesidad en el apartado relativo a la promoción de los estilos de vida saludable y de la prevención primaria.

Hay otro plan, el Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas del año 2020. Este ya se inició en 2017 y en él hay en torno a unas cuatrocientas empresas ya implicadas del sector de la alimentación, fabricación, distribución y restauración. Luego, tenemos el Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil, vigente hasta 2030, y el Convenio Marco de Colaboración suscrito por la Fundación Estatal Salud, Infancia y Bienestar Social con la Fundación Gasol en 2023.

A pesar de todos estos planes y estrategias que he relatado aquí —y los he relatado para poder poner de manifiesto la cantidad de iniciativas que hay, porque es un tema que preocupa mundialmente—, la obesidad sigue siendo uno de los problemas de salud pública de mayor calado. Lo digo recogiendo las palabras que el propio ministerio expresó en octubre de 2023. Esto supone, en términos económicos, que, si no se modifica la tendencia de los hábitos y de la obesidad, en el 2030 supondrá un sobre coste de 3000 millones de euros y, en 2060, de acuerdo con lo coordinado con World Obesity Federation —publicado en el *British Medical Journal*—, habrá un incremento de gasto atribuido a la obesidad del 2,4 % del PIB nacional.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Popular pensamos traer de nuevo iniciativas, una proposición no de ley, para invitar al resto de grupos a buscar nuevos mecanismos, nuevos acuerdos y nuevas medidas que puedan acabar con esa tendencia al alza de la obesidad de la población, destinando los recursos humanos, materiales, estructurales y tecnológicos que resulten necesarios para potenciar la prevención, impulsar la investigación, desarrollar la sensibilización y la concienciación social, y garantizar el tratamiento integral, multidisciplinar de precisión y humanizado que la obesidad requiere en todas las etapas de la vida en toda España.

Se hace necesario, junto con estas medidas, continuar profundizando y desarrollar y actualizar la Ley 17/2011, de Seguridad Alimentaria y Nutrición, desde el Ministerio de Sanidad, en coordinación, inevitablemente, con otros ministerios —con el Ministerio de Educación y Formación Profesional, el de Ciencia, Innovación y Universidades, el de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030—, con el consenso —no puede ser de otra forma— de las comunidades autónomas y los entes locales, y generando sinergias entre profesores, sociedad civil, padres de alumnos, profesionales sanitarios y todos los colectivos implicados para promover mejoras tanto en la alimentación como en la industria farmacéutica y en la actividad física.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Vázquez, a menos que sea algo nuevo, perdóneme que la corte aquí.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Solo quiero terminar agradeciendo a los grupos parlamentarios SUMAR, Socialista y VOX las aportaciones que han hecho a esta PNL. Actualmente, hemos llegado a una transaccional con los grupos SUMAR y Socialista, y estoy terminando de negociar con el Grupo VOX sus enmiendas.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

A continuación, el Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Crecer sanos y sanas no siempre es fácil. Existen obstáculos que dificultan que niños y niñas adolescentes crezcan de forma saludable: no siempre tienen acceso a una alimentación adecuada, a veces no tienen tiempo o no cuentan con espacios adecuados para jugar o hacer deporte y, en ocasiones, no se dan las condiciones ideales para su bienestar emocional o para dormir lo necesario. Cuando esto ocurre, crecer sano o sana se complica. Y aquí empieza todo lo que comentaba la ponente. Por lo tanto, en SUMAR queremos remarcar la importancia que un tema central como la obesidad tiene en el ámbito de la salud y el compromiso del Gobierno y del Ministerio de Sanidad en abordar dicha situación. Lo realiza a través de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, promocionando entornos y estilos de vida saludable, poniendo el foco especialmente en la infancia, trabajando, siempre desde el consenso, con el consejo interterritorial y también en colaboración con las administraciones locales, que también tienen un papel importante en este desarrollo, analizando cuáles

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 12

son las poblaciones que hay que priorizar, cuáles son los entornos, cómo abordar desde los diferentes entornos —sanitario, educativo y comunitario—, y también cuáles son los factores a abordar en temas tan claros como la alimentación saludable, la actividad física y la prevención del sedentarismo. Todo esto desarrollado en diferentes líneas de trabajo que el ministerio ha puesto en marcha para acabar dando herramientas, materiales y recursos para seguir trabajando este tema.

Tal y como planteamos en la enmienda que se comentaba, queremos destacar la importancia de continuar trabajando en esta línea, destinando los recursos necesarios para poder abordar esta situación. La ministra Mónica García se comprometía esta semana, el martes, en Suiza, y anunciaba también la adhesión de España a los países comprometidos en la lucha contra la obesidad, junto a la Fundación Pau Gasol, con quien se comprometía a colaborar en el abordaje del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil del año 2022 al año 2030, en el que colaboran quince ministerios, diferentes entidades y, evidentemente, todas las comunidades autónomas, y que se concreta en doscientas medidas, cincuenta de ellas priorizadas. Estos hechos hacen evidente el compromiso de este Gobierno de continuar trabajando en la misma línea, con el objetivo de construir un país más saludable en el que crecer sano también sea un derecho.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora López.
A continuación, el Grupo VOX, por favor.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias.

La obesidad hoy en día se ha convertido en una auténtica epidemia a nivel global y en un grave problema de salud pública en muchas sociedades, con un crecimiento continuado en el número de casos nuevos cada año, sobre todo, en países desarrollados y en vías de desarrollo. El primer paso que habría que dar —si lo que queremos es, realmente, abordar con garantías este problema— es que las administraciones públicas se conciencien de verdad de esta realidad y traten la obesidad como la enfermedad que es, con todas sus consecuencias, y no como una situación no deseada, una molestia o, a veces, un simple problema estético, como parece que en algunos casos ocurre en algunas instancias en nuestro país. En España casi el 22% de la población adulta manifiesta obesidad, con un índice de masa corporal igual o superior a 30. Esto resulta un drama porque las consecuencias sanitarias inmediatas de este hecho son que la obesidad está matando a muchos pacientes y arruinando al sistema sanitario, produciendo un sobrecoste al erario público de casi 2000 millones de euros al año, lo que supone el 2% del presupuesto total del Sistema Nacional de Salud. A esto hay que añadir también el coste directo que supone la reducción de casi quinientos mil trabajadores que, por distintas circunstancias, no se incorporan o están de baja laboral. Miren, la solución a esta situación a medio y largo plazo pasa por poner en práctica diversas medidas que tienen y deben funcionar de forma coordinada.

La primera, la prevención. Es necesario un abordaje integral comenzando con pediatras y médicos de familia, fomentando campañas de información y promoción de la dieta saludable, principalmente la mediterránea, actualmente en desuso. Claro, para eso la gente tendría que poder comprar, y no como la situación en la que desgraciadamente están muchísimas familias en este país. La segunda, la farmacoterapia en los pacientes con índice de masa corporal superior a 30, y sobre todo en el caso de que haya comorbilidades, añadiendo una medicación adecuada a su dieta junto con el ejercicio. Y la última, la cirugía bariátrica a partir de índice de masa corporal superior a 35 o 40 si se acompaña, como he dicho anteriormente, de comorbilidades, porque la realidad es que la cirugía es un elemento imprescindible a veces para reducir las complicaciones asociadas a la obesidad cuando estas ya alcanzan unos niveles que pueden poner en riesgo la supervivencia de los pacientes. La cirugía bariátrica induce un efecto protector sobre la mortalidad en el paciente obeso, con una reducción del riesgo de fallecimiento del 24%, ofreciendo además resultados satisfactorios en cualquiera de las técnicas que se utilicen, sea *sleeve* o *bypass* gástrico. Son técnicas seguras, viables y, sobre todo, la alternativa cuando otras opciones resultan infructuosas.

En todo caso, lo que es un hecho es que el tratamiento de la obesidad necesita este abordaje multidisciplinar que he comentado, pero, por desgracia, en España ni la medicación ni la cirugía están a la altura deseable, ya que, aun estando reconocida como una enfermedad crónica, no existe todavía en nuestro sistema de salud una estrategia global nacional para su tratamiento y prevención.

Termino, señor presidente. Sirva como ejemplo que en la sanidad pública la cirugía bariátrica está integrada en la cirugía endocrina o en la gástrica, es decir, están asimiladas a otras patologías, mientras que en la sanidad privada sí existen unidades bariátricas específicas que integran cirujanos, psiquiatras,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 13

endocrinos y dietistas. Esta es la razón de la enmienda que hemos presentado y que esperamos que se acepte, porque creo que lo único que hace es reforzar la propuesta, en este caso del Grupo Popular.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Socialista, para defender su enmienda, tiene la palabra la señora Martín Rodríguez.

La señora **MARTÍN RODRÍGUEZ**: Gracias, presidente.

Bos días ás señorías. Estamos de acordo con vostedes, señorías do Partido Popular, en que a obesidade e o sobrepeso constitúen un grave problema de saúde pública no noso país, especialmente na poboación infantil.

A abordaxe actual da obesidade realizase en España dende varios enfoques. España conta coa Estratexia NAOS de prevención da obesidade infantil posta en marcha no ano 2005 e que busca previr a obesidade desde a infancia mediante a promoción de hábitos saudables. E, baixo esta estratexia, son moitas as actividades feitas, son moitos os fitos alcanzados, pero seguen preocupándonos as elevadas taxas de prevalencia da obesidade e sobrepeso na poboación española.

Por iso, pensamos que é necesario seguir avanzando con toda unha serie de iniciativas dirixidas a modificar a contorna alimentaria, a apoiar a transformación cara a modificar os sistemas alimentarios, saudables e sostibles, accesibles a toda a poboación, no marco da Estratexia de Promoción da Saúde e Prevención dentro do Sistema Nacional de Saúde.

Gracias, presidente.

Buenos días, señorías. Estamos de acuerdo con ustedes, señorías del Grupo Popular, en que la obesidad y el sobrepeso constituyen un grave problema de salud pública en nuestro país, especialmente en la población infantil. El abordaje actual de la obesidad se realiza en España desde varios enfoques. España cuenta con la Estrategia NAOS, de prevención de la obesidad infantil, puesta en marcha en el año 2005 y que busca prevenir la obesidad desde la infancia mediante la promoción de hábitos saludables. Bajo esta estrategia son muchas las actividades hechas, son muchos los hitos alcanzados, pero siguen preocupándonos las elevadas tasas de prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la población española. Por eso pensamos que es necesario seguir avanzando con una serie de iniciativas dirigidas a modificar el entorno alimentario y apoyar la transformación hacia la modificación del sistema alimentario saludable y sostenible, asequible a toda la población en el marco de la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad, además de todas las acciones de promoción y estilos de vida saludable que se realizan desde el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las comunidades autónomas y con las entidades locales, se ha aprobado el Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil 2022-2030, cuyo objetivo es generar ecosistemas que promuevan y faciliten la adquisición de estilos de vida saludables en los principales entornos donde viven nuestra población infantil y nuestros adolescentes, incorporando perspectivas de derechos de la infancia, de promoción de la salud, que la salud esté en el centro de todas las políticas, y siempre con un enfoque positivo y no estigmatizante.

Hemos presentado una enmienda con un doble objetivo: un primer objetivo sería reconocer que hay que abordar la obesidad desde una perspectiva integral humanizada y luchar contra el estigma que sufren las personas con sobrepeso y obesidad en todas las etapas de la vida, y un segundo objetivo sería avanzar en la lucha contra la obesidad infantil, desarrollando la ley de seguridad alimentaria y el Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil, en colaboración con todos los actores: los profesionales, las administraciones públicas y la sociedad civil. Proponemos, por tanto, el siguiente texto alternativo: el Congreso insta al Gobierno a continuar destinando los recursos humanos, materiales, estructurales y tecnológicos que resulten necesarios para potenciar la prevención, impulsar la investigación, desarrollar la sensibilización y concienciación social, y garantizar un tratamiento integral multidisciplinar de precisión y humanizado de la obesidad en todas las etapas de la vida y en toda España. Para ello, el Gobierno impulsará, a través del Ministerio de Sanidad, el desarrollo e implementación del Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil, en coordinación con todos los ministerios que participaron en la redacción del mismo, estableciendo los mecanismos de interlocución y coordinación para el desarrollo de las doscientas medidas recogidas en el plan con las comunidades autónomas y las entidades locales, a través de la FEMP y a través de la Red Española de Ciudades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 14

Saludables y, a su vez, con la participación de la sociedad civil, organizada a través del correspondiente comité asesor del plan.

Por último, quería decir que este Gobierno tiene como prioridad absoluta la lucha contra la obesidad y el sobrepeso. Puede que tengan, o no, en algún momento que tomar decisiones valientes, decisiones que a veces son impopulares. Llegado ese momento, nos gustaría que el Partido Popular apoyase al Gobierno, que no se pusiese de perfil o incluso a veces peor, de frente, como ha ocurrido en otras ocasiones.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: No están los grupos Mixto, Vasco (EAJ-PNV), Euskal Herria Bildu, Junts per Catalunya ni Republicano.

Por tanto, si es tan amable la ponente de decirnos si recoge o no recoge las enmiendas...

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Necesito un poco más de tiempo, si puede ser.

El señor **PRESIDENTE**: Ningún problema; como votaremos al final, hay tiempo para que lo haga llegar.

Si les parece bien, tenemos a la comisionada de Salud Mental que ya ha llegado y creo que está esperando fuera. Si comprobamos que es así, podíamos cortar aquí, tener su comparecencia y después seguiríamos con el resto de las PNL. (**Rumores y protestas**). No está todavía. Continuaremos con las PNL, pero hemos suspendido una sesión para poder hoy acomodar dos órdenes del día y todo el mundo sabía que esto era así. Me parece una cuestión de seriedad profesional de todo el mundo adaptarse a los órdenes del día previamente negociados.

— RELATIVA A AGILIZAR DESDE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD LA HOMOLOGACIÓN DE TÍTULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000376).

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos con la siguiente PNL para ir ganando tiempo, si les parece bien. Proposición no de ley relativa a agilizar desde la calidad y la seguridad la homologación de títulos extracomunitarios de especialistas en ciencias de la salud.

Propuesta por el Grupo Parlamentario Popular. Adelante.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidente.

Muy buenos días, señorías. El Ministerio de Sanidad se enfrenta en los últimos tiempos a un problema capital del Sistema Nacional de Salud en donde la escasez de profesionales pone en aprietos a más de un servicio o área sanitarios. Son diversas las causas de este déficit, que parte en definitiva por no disponer de un plan de recursos humanos donde se defina una verdadera planificación. Así, nos encontramos con que este año los médicos residentes acaban su formación en el mes de septiembre en lugar de mayo, como es habitual. No hay disponibilidad de estos médicos para la cobertura de planes de verano. Se observa cómo año tras año cada vez son más las plazas que quedan vacantes de la especialidad de médicos de familia y comunitaria o un 30% cambia de especialidad en la siguiente convocatoria. Además, a finales de 2023, según contestación a una pregunta parlamentaria de mi grupo, había 17 121 solicitudes pendientes de resolución de títulos de medicina para homologar y 3951 títulos de enfermería pendientes de homologar. La Organización Médica Colegial señala que podría haber 36 000 médicos sin título. Señorías, esta situación no ayuda a paliar la cobertura de necesidades de profesionales sanitarios en nuestro país, cuando existe un verdadero problema de déficit.

Los españoles llevamos seis meses ya con la sexta ministra de la era Sánchez, y, en lugar de abordar los problemas de falta de médicos y consensuar medidas con las comunidades autónomas para resolver la situación por la que está pasando la atención primaria de nuestro país, emplea más tiempo en presentar su candidatura a la OMS. Además, hablando de la atención primaria, no quiero pensar que a la ministra le preocupa más la atención primaria de otros países en lugar de la de Ceuta y Melilla, sobre la que tiene competencias plenas.

Son muchas las voces que nos vienen advirtiéndolo de la gravedad de la situación de carencia de profesionales de Ciencias de la Salud y, en particular, de especialidades médicas como Familia y Comunitaria. También lo trasladan diariamente los consejeros de las diferentes comunidades autónomas,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 15

independientemente del color político. Señorías, este no es un problema de ideología política, ni se resuelve sujetando una pancarta. **(Aplausos.—Una señora diputada: ¡Muy bien!)**. Se necesita voluntad y ejercer un verdadero liderazgo en este ámbito, trabajar con las comunidades autónomas y con las corporaciones profesionales. Agradezco a la diputada Moreno que, en una intervención anterior, hablara de compromiso; sí, por supuesto, pero con medidas eficientes y resolutivas.

Centrándonos en las homologaciones de títulos, el trámite administrativo para los títulos de médicos especialistas es arduo y farragoso. En primer lugar, el ministerio evalúa la equivalencia de la duración de la formación acreditada por el médico con la duración exigible en la Unión Europea, es lo que se llama informe de comprobación previa; y, una vez superada esta, se evalúa la equivalencia de los contenidos entre los programas. Estos son los informes del comité de evaluación. Según una encuesta realizada por el Colegio de Médicos de Barcelona, la equivalencia de duración solo se cumple en un 46 % de las solicitudes. Si el médico finalmente supera los filtros, también nos encontramos con que tiene que superar un periodo de formación complementaria, que tiene que realizar un periodo de prácticas evaluadas de tres meses y, posteriormente, pruebas teórico-prácticas —las prácticas de tres meses—.

Tenemos también el Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, que regula las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialistas en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea y que quieran obtener su equivalencia en España. Es evidente que la falta de un número suficiente de médicos en el Sistema Nacional de Salud es un grave problema, acrecentado y dificultado en sus posibles soluciones por los años que tardan en formarse los profesionales y la lentitud de los procesos de homologación. Hay que destacar que un título de especialista validado en el país de origen del médico extracomunitario no es posible homologarlo directamente en España, sino que es necesario homologar primero el título de médico y después el de especialista; aunque nos encontramos que hay gente que está haciendo la especialidad y no tiene homologado todavía el título de médico.

El Foro de la Profesión Médica ha solicitado la creación de una comisión de seguimiento entre el ministerio y la organización colegial para valorar el proceso de homologación de títulos. Desde luego, también vemos cómo hay miles de sanitarios extranjeros que están estancados en el trámite de homologación de ese título por un proceso burocrático engorroso e ineficiente, como he dicho antes.

El sistema establecido actualmente requiere agilizar estos reconocimientos como una herramienta más para solucionar el déficit de profesionales, que afecta a la sanidad en todas las comunidades autónomas. Las homologaciones de títulos de médicos y de otros títulos en Ciencias de la Salud extracomunitarios deben ser una herramienta complementaria para paliar el déficit de algunas especialidades. Y esta situación por la que pasan no se resuelve, desde luego, transfiriendo la competencia a algunas comunidades autónomas por determinados pactos si queremos preservar y garantizar la calidad y la seguridad de nuestros profesionales.

Se ha presentado una enmienda, negociaremos con SUMAR y con el Grupo Socialista para ver si podemos llegar a alguna transaccional y completar y mejorar la iniciativa propuesta.

Muchas gracias. **(Aplausos.—Una señora diputada: Muy bien)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra la señora López, por el Grupo Plurinacional SUMAR, para defender su enmienda.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: En SUMAR somos totalmente conscientes y estamos totalmente sensibilizados con la realidad que viven aquellos ciudadanos que quieren desarrollar su actividad profesional en el país y las consecuencias que supone que dichos trámites se ralenticen, se burocraticen más de la cuenta o se bloqueen, y la desesperación de aquellas personas que llevan años esperando esta homologación. Por eso, en el Gobierno actual, y también en el anterior —en el que tuve la suerte de poder trabajar en el Ministerio de Universidades—, se vienen tomando medidas efectivas para minimizar —si no, muchas veces evitar— dichas situaciones, con diferentes decretos que se han venido aplicando. Se han desarrollado diferentes medidas implementadas por el Ministerio de Universidades, que es el competente en la homologación de los títulos universitarios; y cómo se debe seguir avanzando, también, tras el acuerdo de la Comisión de Ciencia e Innovación, a la que después se hará referencia.

Creo que la señoría del Grupo Popular se ha equivocado de Comisión y también de ministerio competente, porque —como decía— para estas homologaciones es competente el Ministerio de Universidades, puesto que la propuesta que hoy se presenta hace referencia a la homologación de títulos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 16

extracomunitarios de especialidades en Ciencias de la Salud, y esta sí que es competencia del Ministerio de Sanidad (**la señora Velasco Morillo hace gestos afirmativos**), el cual en los últimos tres años ha puesto en marcha las medidas que ahora pasaré a nombrar y que ha logrado que ahora mismo no exista ninguna demora en los procesos de reconocimiento. Son medidas como el refuerzo de los recursos humanos, la realización de dos comités de evaluación mensuales para el reconocimiento de los títulos de especialistas extracomunitarios o la realización de las pruebas teórico-prácticas para la obtención del título de especialista extracomunitario. Estas medidas han permitido que, en 2023, ya se hayan reconocido 289 títulos de especialistas obtenidos en otros Estados miembros de la Unión Europea y 226 procedentes de países extracomunitarios.

Por lo tanto, lo que nosotros proponíamos en nuestra enmienda es continuar trabajando en estas medidas y ampliarlas siempre que sea necesario, teniendo en cuenta que ahora mismo las que se aplican por el Ministerio de Sanidad funcionan y están produciendo los efectos que se requieren.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora intervendrá el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **RIVES ARCAINA**: Gracias, señor presidente.

Voy a comentar y a sumarme —valga la redundancia— a lo dicho por la diputada de SUMAR, con la que estoy totalmente de acuerdo en los criterios del Ministerio, que nos informa de que, actualmente, no existe esa demora. Por lo tanto, sí que parece que ha habido ahí una pequeña confusión en cuanto a las competencias de uno u otro ministerio. (**La señora Velasco Morillo hace gestos negativos**). De todas formas, quiero dejar claro —y lo ha expresado muy bien la diputada del Grupo Popular— que se requieren unas exigencias, y que, actualmente, más del 50% de los títulos de especialistas presentados para homologación no cumplen esas exigencias de formación. Estarán de acuerdo conmigo en que debemos garantizar que se exija, como lo hace la regulación de esta materia, que en todo momento los especialistas que piden homologación puedan desarrollar sus servicios asegurando la profesionalidad y formación exigida por nuestro sistema a los especialistas titulados en nuestro país. Por lo tanto, sí es un proceso largo y farragoso, pero que los equipara a los procesos largos y farragosos que tienen que hacer los especialistas en nuestro país. En ese sentido, creo que estaremos todos de acuerdo. Es más, esta normativa fue realizada en 2010, con lo cual, imagino que ustedes estarán de acuerdo con una normativa que hizo su propio partido.

En cualquier caso, la competencia de homologación —como ha quedado claro— del título de Grado de Medicina corresponde al Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, a través de lo establecido en el Real Decreto 889/2022; y es ahí, como saben, donde se encuentra el retraso de homologación, no solo porque cada mes se presentan en torno a 5000 solicitudes, sino que quedan por resolver la mitad de las presentadas antes de aprobarse esa regulación.

Su portavoz en la Comisión de Ciencia, Innovación y Universidades dio un dato: aún están pendientes expedientes de 2014. Por lo tanto, no pueden imputar a este Gobierno todo el retraso y todo el atasco. Lo dijo el pasado 19 de marzo, cuando se aprobó una PNL —a la que usted ha hecho referencia— fruto de una transacción entre una iniciativa presentada del Grupo Socialista y otra suya del Grupo Popular, en la que se recogía el trabajo realizado y se instaba al ministerio a implementar nuevas medidas. Pero, en el caso de los títulos de especialidad, los datos del ministerio nos dicen que se han tomado medidas y que esas medidas han sido positivas. Es decir, en este Gobierno, en el Gobierno progresista, fuimos conscientes de un problema antes de 2022; regulamos para mejorar los procesos cambiando el decreto de 2014 por el decreto de 2022; y estamos poniendo medios para resolverlo. Se están poniendo medios tanto por parte del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades como por el Ministerio de Sanidad. Desde luego, no sé si ustedes podrían decir lo mismo, porque este problema, como ya he comentado, no se ha generado en los últimos seis años.

Por todo ello, lo primero que creo que debemos hacer es reconocer el trabajo de ambos ministerios —en el caso que nos ocupa, el del Ministerio de Sanidad— en la homologación de los títulos de especialistas sanitarios y, pese a todo, pese a que el propio ministerio, como he dicho, nos dice que no hay demora en esta homologación, seguiremos pidiendo que se exija mejorar lo que ya se ha implementado en aras de dar el mejor servicio posible a la ciudadanía. Con ese doble objetivo es con el que presentamos nuestra enmienda.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 17

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

No están en la sala el Grupo Mixto ni el Grupo Vasco ni Euskal Herria Bildu ni Junts per Catalunya ni el Grupo Republicano.

Por lo tanto, le toca el turno al Grupo Parlamentario VOX.

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

Si me lo permite, como una cuestión previa, me gustaría invitar a la reflexión a sus señorías, porque el destino ha querido que después de este Pleno nos encontremos en la sala Constitucional, y yo no puedo dejar de observar los cuadros de Miguel Herrero, Gabriel Cisneros, Jordi Solé, Miquel Roca, Manuel Fraga, José Pérez-Llorca y Gregorio Peces-Barba, que son los padres de la Constitución. Creo que hoy, con libertad, cada miembro del Congreso de los Diputados ha ejercido su voto libremente, pero creo que con el tiempo todos nos daremos cuenta de que hoy se ha escrito una página negra en nuestra historia, se ha cometido un error tremendo y se ha producido el mayor ataque y el mayor atentado a los españoles honrados desde 1978, desde que estos señores nos regalaron la Constitución que hoy nos permite estar aquí hablando en libertad.

En la cuestión que nos acoge, creo que el debate viene siendo habitual. Tenemos un problema sistemático de falta de sanitarios que se está agravando, y echarnos la culpa unos a otros no lleva a solucionar nada, al contrario, es faltar —digamos— un poco al respeto a nuestros sanitarios. Porque tenemos que sentirnos muy orgullosos de tener a los profesionales que tenemos. Creo que es una de las joyas de la corona que tenemos en nuestras universidades en las ramas sanitarias, donde miles de estudiantes españoles tienen que sacar unas notas altísimas para poder acceder, porque la formación que se les da es de una calidad y una excelencia total y absoluta. Es decir, nuestros sanitarios están cotizadísimos a nivel europeo. Ese es el problema, que, en lugar de trabajar en crear las condiciones salariales, de conciliación familiar, evitar esa sobrecarga laboral que muchas veces tienen, esos problemas de *burnout* que tienen muchas veces, que va en detrimento de los pacientes, de los ciudadanos, se intenta cubrir esa falta de médicos que se marchan al extranjero en busca de mejores posibilidades laborales con sanitarios extranjeros, que no soluciona el problema que tenemos, porque sigue habiendo esos bajos salarios, esa falta de conciliación, esa sobrecarga laboral, esa pérdida de calidad asistencial por el *burnout* y el continuo bloqueo que tenemos muchas veces en muchos departamentos. Lo hemos visto en las listas de espera, en datos del propio ministerio, en la atención primaria. Lo hemos estado comentando antes y creo que tenemos que estar muy vigilantes para que la homologación de títulos se haga a un nivel de excelencia, que es lo mismo que se les está exigiendo a nuestros estudiantes universitarios, a nuestros profesionales.

Nosotros no nos vamos a oponer a esta iniciativa. No vamos a entrar en el debate de si pertenece a Sanidad o a Universidades, pero sí creo que tenemos que seguir con la sintonía que tenemos en esta Comisión de Sanidad de poner soluciones, porque no vale para nada traer sanitarios de fuera cuando no somos capaces de retener el talento que tanto y tanto nos cuesta formar y la inversión tan ingente que hacemos en nuestras universidades, porque, al final, muchos de esos sanitarios extranjeros ya no querrán ni siquiera venir a España si no ponemos solución.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para aceptar o rechazar enmiendas, por favor.

La señora **VELASCO MORILLO**: Vamos a ver si hay posibilidad de presentar alguna transaccional, que haríamos llegar a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Si les parece bien, hacemos una pausa aquí, recibimos a la comisionada y después continuaremos con las tres PNL que nos quedan. **(Pausa)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 18

COMPARECENCIA DE LA COMISIONADA DE SALUD MENTAL (GONZÁLEZ CALLADO):

- PARA INFORMAR SOBRE EL OBJETO DE LA SUBCOMISIÓN PARA MEJORAR LA PROTECCIÓN, LA PROMOCIÓN Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 212/000200).
- PARA INFORMAR SOBRE LAS LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA DE SU ÁREA DE ACTUACIÓN. A PROPUESTA DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000172)
- PARA DAR EXPLICACIONES SOBRE SUS PRIORIDADES Y OBJETIVOS AL FRENTE DEL COMISIONADO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/000018).

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos con esta sesión y doy la bienvenida a doña Belén González Callado, comisionada de Salud Mental —muchas gracias por estar aquí con nosotros—, que va a comparecer, según recogemos aquí, para informar sobre el objeto de la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental, para informar sobre las líneas generales de la política de su área de actuación y para dar explicaciones sobre sus prioridades y objetivos al frente del comisionado. Sin más, tiene la palabra la señora González.

La señora **COMISIONADA DE SALUD MENTAL** (González Callado): Gracias a la Mesa y muchas gracias, señor presidente.

Muchas gracias, señorías, por asistir a esta comparecencia, en la que presentaré la trayectoria del Comisionado de Salud Mental, que fue creado en diciembre de 2023, pero que dirijo desde enero de este año. Quería celebrar también la creación de la Subcomisión de salud mental, dirigida para generar un pacto de salud mental. Prueba de este consenso, y de que este consenso puede existir, es el marco de la Estrategia de Salud Mental, de la cual partimos. Este es un consenso social, profesional y gubernamental, que asienta sus cimientos sobre lo que vamos a seguir construyendo de forma firme. El comisionado tiene sus raíces en esta Estrategia de Salud Mental, que ya se llevaba trabajando años atrás en el Ministerio de Sanidad, y de la que estamos muy orgullosos. También quiero agradecer la creación del comisionado por parte del Gobierno, y especialmente del Ministerio de Sanidad, que ha escuchado a la ciudadanía y que ha sabido entender no solo la preocupación y las dimensiones del problema actual, sino que ha dado un enfoque global a la salud mental pública, y que defiende el derecho de las personas a recibir una atención que tenga en cuenta el contexto socioeconómico, que incida en la calidad de la asistencia y que se preocupe por los derechos fundamentales, especialmente de las personas con trastorno mental grave.

Es la población, en un ejercicio de democracia, la que ha creado este comisionado que tengo el honor de dirigir. Es ella la que ha estado haciendo un progreso enorme en la eliminación del estigma en salud mental y abriendo la posibilidad de hablar de cómo nos sentimos, de que a veces estamos mal y que somos frágiles, de que somos dependientes los unos de los otros, y que estamos interconectados en comunidades y, si eso falla, nos quedamos solos y no podemos seguir. Es especialmente relevante en este aspecto el impulso de las generaciones jóvenes, que han saltado la barrera del silencio al hablar tanto de su malestar como del malestar que les rodea. También del feminismo, que nos ha hecho conscientes de esa necesidad de cuidarnos, de hablar y de conectarnos, y de que la vulnerabilidad, la interdependencia y las emociones son lo que nos permite la supervivencia como humanidad.

Quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a la sociedad organizada, a las asociaciones de pacientes, familiares, activistas nacionales e internacionales, que han luchado por la defensa de los derechos de los pacientes de salud mental, a los que ha sido difícil escuchar en ocasiones desde este lado de la profesión, pero que me han enseñado que lo esencial es saber el lugar que uno ocupa, porque solamente sabiendo dónde estamos, podemos avanzar. Los expertos y expertas en primera persona son quienes nos han empujado a cambiar, y ahora estamos juntas en la lucha por la mejora de los servicios y por conseguir condiciones de vida buenas para todos y para todas.

No hace muchos meses, yo estaba trabajando en un centro de salud mental. Mi formación como psiquiatra en el centro, dentro del sistema sanitario público, ha determinado mi forma de entender y abordar la salud mental. Desde aquí tengo que agradecer especialmente a los y las pacientes que tuvieron la confianza y la generosidad de compartir su historia de vida conmigo y que me han enseñado que lo que llega a las consultas es aquello que no se puede o no se quiere escuchar fuera. Este es el cometido más complicado de este comisionado, señorías: hacerles escuchar aquello que no queremos oír como

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 19

sociedad, trasladarles que los pacientes que vemos en consulta tienen historias de vida cargadas de violencia social, de agresiones sexuales en la infancia, de maltrato laboral, de pobreza infantil, de homofobia y transfobia, de violencia de género, de desarraigo y de migración, y que contra eso es contra lo que tenemos que luchar. Toda mi tarea aquí gira en torno a la lealtad a sus historias y a su sufrimiento, y el de mis compañeros y compañeras, que siguen en esas consultas con agendas inmanejables, con listas de espera que nos confrontan con la vocación de escuchar y que nos dejan solos en la decisión de atender en la precariedad laboral y sentirnos responsables de no estar haciéndolo bien, cuando en realidad no se puede hacer mejor.

Quiero citar como referente en este comisionado el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, de quienes he aprendido que equipos pequeños son capaces de hacer grandes cambios si uno está situado en el lugar correcto y tiene las herramientas y el respaldo social que hace falta. También con ellos pude ver que la tortura, los tratos inhumanos y degradantes pueden ocurrir y ocurren allí donde menos deberían, como en algunos centros psiquiátricos, y que la prevención y la vigilancia democrática y ciudadana es la mejor herramienta para combatirlos.

Por último, de entre las asociaciones de pacientes profesionales, querría felicitar a la AEN-Profesionales de la Salud Mental, que cumple cien años de historia este año, por su apuesta incondicional por una salud mental comunitaria basada en el trabajo interdisciplinar y por su papel pionero en la reforma psiquiátrica.

Señorías, reconocer la herencia de quienes hemos aprendido y de donde venimos nos asegura cierto grado de humildad y, sobre todo, nos da una historia que seguir y la seguridad de sentirnos acompañados. La salud mental que el comisionado defiende no nace por generación espontánea, sino que acarrea una larga lista de mujeres, hombres y organizaciones, que han trabajado para llegar a esta comparecencia, en la que vengo a presentarles los proyectos que tenemos en adelante y a responder aquellas preguntas que, como representantes de los ciudadanos, tengan a bien hacerme.

No puedo empezar a hablar de salud mental si no es nombrando la actual situación de genocidio en Gaza, que nos interpela diariamente desde diversos lugares y que va a condicionar el devenir de nuestra historia como sociedad en el futuro. Esta comparecencia está teniendo lugar porque a todos y todas nos preocupa la salud mental. Además, me atrevería a decir que nos preocupa especialmente la salud mental de los jóvenes y los niños; cabría preguntarse si solo de los nuestros. Pero queda patente que el problema de los bombardeos a la población indefensa en Gaza no solo va a ser el trauma para aquellos niños que lo están sufriendo, sino también para todos a los que estamos forzando a ser espectadores impotentes de esta situación. Si no les preocupan los niños y niñas gazatíes, no piensen que los jóvenes españoles van a salir indemnes de esta atrocidad.

El psiquiatra Christophe Dejourn habla de un perfil cada vez más habitual: el normópata. Hace referencia a un perfil de personalidad que es capaz de preocuparse y sentir afecto por aquellos que tiene inmediatamente cerca, pero que es incapaz de sentir lo mismo por los que están un poco más allá. Este fenómeno de alienación social y de desvinculación queda patente en la reacción internacional ante el genocidio que estamos presenciando, pero es muestra de algo más, de una construcción de subjetividad social que va calando y que es la que nos aliena, nos separa de los otros y nos deja solos, desesperanzados y desconfiados del resto. Bajo estas premisas y en este contexto se está desarrollando la juventud de nuestro país.

Una de las primeras reuniones que decidimos hacer en el comisionado fue precisamente con el Consejo de la Juventud. Nos trasladaron su diagnóstico de por qué la salud mental en la población joven estaba empeorando, y tenía que ver con condiciones de vida desesperanzadoras y con un contexto socioeconómico opresivo, que les atrapaba en situaciones insostenibles y que les afectaba psíquicamente. Hablamos de vivienda, de trabajo, de crisis climática, y también, por supuesto, de acceso a la asistencia pública en la salud mental.

Como les comentaba antes, vengo de trabajar en la red de Salud Mental, no solo en un centro de salud mental comunitario, sino también en un programa comunitario intensivo, en pisos de alta supervisión y en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados, lo que normalmente conocemos como una larga estancia. En todos estos lugares he atendido casi en exclusiva a pacientes con trastorno mental grave, con diagnósticos de esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria graves, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, etcétera, y otros diagnósticos bajo los que se escondían historias de trauma primero y de exclusión después. En todo momento he sabido que, por una parte, se necesita una atención integral, interdisciplinar, de calidad, que incluya la psicoterapia y una frecuencia de citas que, en estos momentos, con los recursos que contamos, se hace imposible. Por otra parte, había una sensación

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 20

transversal de necesidades sociales, bien por el origen del trastorno, bien por las necesidades para la recuperación y el derecho a la vida en la comunidad. Sobre estos dos ejes, el de los recursos asistenciales en las redes de atención a la salud mental y el de las políticas públicas que protejan y que permitan la recuperación, se articulan todos los proyectos de este comisionado.

Señorías, la división entre lo social y lo asistencial, entre lo político y lo médico es un falso dilema. Una persona con un trastorno psicótico grave no puede vivir fuera de una institución con una pensión de 500 euros al mes. Coincidimos en este diagnóstico con organismos internacionales, como la Unión Europea o la Organización Mundial de la Salud, poniendo en evidencia que la situación no es particular de nuestro país. Hemos tenido la oportunidad de realizar varios encuentros bilaterales, tanto con las direcciones generales de la Comisión Europea como con representantes de OMS de Europa. Cuentan con el Ministerio de Sanidad y con este comisionado como colaboradores prioritarios, y nos felicitan por la creación del organismo y la dirección que toma.

Entre las prioridades del comisionado, junto con estos organismos, está la de dar respuesta al problema de la demanda desbordada en la Red Asistencial en Salud Mental. Sabemos que las listas de espera, especialmente en psicología, son inasumibles, que pueden llegar a los seis u ocho meses, a veces incluso más. Además, la alta demanda, la falta de recursos humanos y la escasa inversión en recursos de perfil más comunitario, como los centros de salud mental, ha hecho que las condiciones de trabajo se precaricen extremadamente, hasta el punto de llegar a ser insoportables para muchos de los trabajadores y trabajadoras, que, a pesar de la vocación, abandonan sus puestos de trabajo. Esta circunstancia lleva a que la atención por parte de los profesionales sea de peor calidad: más directiva, menos empática, menos frecuente y, sobre todo, que sea a costa de su sobreesfuerzo. Las consecuencias están siendo las bajas laborales de trabajadores y trabajadoras sanitarios y la pérdida de su salud mental, además de una caída en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente. Estimamos que un porcentaje alto de psicólogos clínicos formados en el Sistema Nacional de Salud lo terminan abandonando. El problema no solo es la falta de personal, sino las condiciones de trabajo para trabajadores vocacionales cuya prioridad es atender en condiciones dignas a personas con sufrimiento psíquico.

Invito a sus señorías a revisar el documento marco de la OMS Europa sobre acción en materia de recursos humanos en salud, que destaca la importancia de mejorar las condiciones de trabajo para prevenir la pérdida de profesionales. Desde este ministerio se han aumentado las plazas de formación de manera sustancial, sobre todo en las profesiones que tienen que ver con la salud mental. El incremento de plazas de Psicología Clínica desde el cambio de Gobierno es del 43%, y el incremento de plazas de Psiquiatría es del 22%. También se ha creado la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Es nuestra intención poner en marcha todos los mecanismos posibles para aumentar el número de profesionales en la salud mental, así como replantear muchos de los procesos poniendo en el centro otras profesiones como, por ejemplo, la enfermería especialista en salud mental. Pero si bien aumentar el número de profesionales es una política cuyos resultados veremos en más de un lustro, las políticas de mejora de las condiciones de trabajo es algo en lo que podemos actuar de manera inmediata. Tendemos la mano al conjunto de grupos políticos, así como a las comunidades autónomas, para poder trabajar en una serie de medidas de consenso sobre salud mental que incluyan acciones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo de los trabajadores y trabajadoras en salud mental. A este respecto, el comisionado está colaborando con la OMS Europa en el diseño de una encuesta europea que mida el malestar psíquico de los trabajadores sanitarios y sus condiciones de empleo. Desde el ministerio también hemos iniciado el proyecto de reconocer y registrar todo el sufrimiento psíquico derivado del trabajo. Para ello, vamos a contar con un grupo multidisciplinar de personas expertas que incluye desde filósofos hasta inspectoras de trabajo, pasando por sociólogas, psiquiatras, médicas de familia y enfermeras.

Señorías, el trabajo cada vez es más difícil, más intenso, más rápido, más precario y cada vez hace más daño. No podemos seguir negando lo que es una evidencia para la población y para la ciencia. Es una responsabilidad como Gobierno que tomemos cartas en un asunto que ya es un problema de salud pública. En España, a pesar de las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, no se reconoce ningún trastorno mental directamente ligado al trabajo o a las condiciones laborales. Nuestra intención es, en primer lugar, establecer como primer paso un marco común para la detección y reconocimiento del sufrimiento psíquico derivado del trabajo. Después, avanzaremos en su registro y seguimiento para, en última instancia, poder señalar las condiciones laborales que nos están haciendo enfermar. De acuerdo con las conclusiones del informe PRESME, del Ministerio de Trabajo y el grupo de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 21

expertas en salud mental y precariedad laboral, si acabáramos con la precariedad laboral podríamos haber evitado 170 000 depresiones en el año 2020.

La salud mental es un problema especialmente difícil de medir, y, por ello, también es complicado entender sus dinámicas. El comisionado no es un órgano asistencial —es decir, no vamos a hacer clínica desde aquí—, su tarea es obtener una impresión global de la cuestión, identificando aquellos patrones que puedan explicar este aumento de preocupación y de problemas de salud mental, que, como resultado, está derivando en un aumento de la demanda y en la saturación de los sistemas de asistencia. Contamos con algunos datos y algunas impresiones que pueden ayudar a orientarnos y, al menos, hacernos las preguntas correctas.

En los últimos años, y acompañando una dinámica de austeridad que sobre todo ha perjudicado a los servicios y prestaciones sociales, así como al tejido comunitario y la infraestructura social, se ha ido produciendo una tendencia hacia la medicalización de los problemas sociales. En nuestro país, y gracias a nuestro sistema nacional, la asistencia sanitaria es vivida como un lugar de ayuda y respuesta, con muy buena opinión hacia ella por parte de la población. Nos sentimos muy orgullosas de ello y queremos que siga siendo así. Sin embargo, tenemos que reconocer que existen límites a las respuestas que se pueden ofrecer desde el sistema sanitario y desde la red de salud mental. La medicalización consiste en entender como enfermedades lo que en realidad son problemas de orden social, y tiene al menos dos consecuencias perjudiciales. La primera, el incremento de la demanda en el sistema sanitario y la contribución a su saturación sin posibilidad de respuesta adecuada a las demandas de la población. Esto explica parcialmente el aumento desmesurado en las listas de espera. El segundo, los problemas que se derivan de intentar resolver con herramientas sanitarias lo que son problemas sociales. Esto es la iatrogenia.

En salud mental reconocemos que lo social está en el origen de muchos trastornos o que tiene una influencia importante en su desarrollo. Sabemos, por ejemplo, que en nuestro país el diagnóstico de esquizofrenia es doce veces más prevalente en rentas bajas que en rentas altas o que el uso de antidepresivos es aproximadamente cuatro veces mayor según la clase social. Pero eso no significa que lo social se pueda resolver desde las consultas de Psicología y Psiquiatría. Con frecuencia, identificamos que lo que realmente necesita un paciente no es un psicólogo, sino un abogado laboralista, un reconocimiento y compensación por los trabajos de cuidado invisibilizados, un salario digno o un alquiler asequible. Pero eso no lo tenemos los psiquiatras ni los psicólogos, ni las médicas de familia que sostienen el grueso del malestar psíquico de los pacientes. Con frecuencia, frente a la impotencia de no hacer nada y la falta de tiempo para generar un relato más ajustado de los problemas sociales, se opta por la prescripción de psicofármacos.

Señorías, en nuestro país tenemos un serio problema de prescripción de psicofármacos. A nivel europeo, España es el segundo país que más ansiolíticos consume, solamente por detrás de Portugal. En cuanto a hipnosedantes, algo similar, y en antidepresivos, en el año 2021 España era el cuarto país de la Unión Europea que más los consumía. Las prescripciones tanto de ansiolíticos como de antidepresivos no dejan de aumentar desde 2017, desde que tenemos registros. Este aumento es especialmente preocupante en la población joven: entre los 20 y los 24 años el consumo de antidepresivos se ha incrementado un 50 %, y entre los 25 y los 29 años el incremento ha sido del 40 %. De nuevo, esta situación desborda nuestras fronteras y se extiende por muchos países de nuestro entorno, que comparten la preocupación por este exceso de medicalización a través de los psicofármacos.

En salud mental el uso de psicofármacos es útil cuando la indicación es la correcta, cuando no generan demasiados efectos adversos, cuando prescribimos ajustándonos a las fichas técnicas y a las guías clínicas, cuando somos capaces de retirar esos fármacos una vez que han dejado de ser útiles y, sobre todo, cuando esos fármacos no contribuyen a silenciar e invisibilizar un problema social de base. Esto ocurre en las dinámicas de medicalización de los problemas sociales. Por ello, desde este comisionado vamos a impulsar un plan integral para la deprescripción de psicofármacos y para la mejora del uso de psicofármacos dirigido a los equipos de Atención Primaria de la red de salud mental especializada, y con información que empodere a la población general; vamos a crear materiales formativos a disposición de los clínicos, como guías clínicas y cursos, y vamos a promover la prescripción social como alternativa.

Señorías, es posible que sea la primera vez que escuchen este término de prescripción social. Puesto que entendemos la salud de forma biopsicosocial, también desde esta perspectiva deberíamos poder prescribir, de manera que si, por ejemplo, creemos que alguien necesita un acompañamiento domiciliario por soledad no deseada, debemos poder prescribirlo de la misma forma que hacemos con las pruebas o los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 22

fármacos; grupos de deporte en lugar de Rubifen, asociaciones feministas en lugar de Sertralina o un sindicato en lugar de Lorazepam. Esta prescripción está especialmente promovida por la Organización Mundial de la Salud y queremos hacer que sea más frecuente y eficaz. Queremos coordinar con los agentes sociales, los servicios sociales, los barrios y los ayuntamientos para que se lleve a cabo, fortaleciendo además las redes comunitarias y favoreciendo la integración de todos los miembros de la sociedad.

Las comunidades también tienen la capacidad de cuidar y de curar, y vamos a fomentar que puedan hacerlo. Crearemos una mesa estable con la Dirección General de Servicios Sociales, a la que se irán incorporando más miembros para estudiar la manera de llevar a cabo esta iniciativa. Esperamos que esto contribuya también a disminuir las listas de espera mediante la prevención y el fortalecimiento de las respuestas sociales colectivas.

Otra consecuencia que venimos observando en el contexto de desbordamiento de la demanda es una posible tendencia a la reinstitucionalización o tras la institucionalización. Se cumplen ahora cuarenta años de la reforma psiquiátrica en nuestro país, que fue el movimiento que cerró los manicomios e instauró el modelo de red de salud mental comunitaria tal y como lo conocemos ahora. No obstante, reconociendo el enorme mérito de esta transformación, existe el riesgo de que ante la falta de recursos comunitarios no solamente no se cierren las grandes instituciones psiquiátricas que todavía siguen abiertas, sino que, como estamos viendo en muchos lugares, se amplíen y aumenten sus plazas contribuyendo a un movimiento reinstitucionalizador.

La institucionalización es un fenómeno bien estudiado que contribuye a normalizar la conducta de las personas ingresadas en estos centros forzando una adaptación a normas rígidas que no tienen que ver con la recuperación, sino con la adaptación a la estructura, el cumplimiento de horarios, dinámicas y tareas que se alejan de la autonomía y la personalidad para inducir un estado de indefensión y de control. Además, en palabras de la OMS, son lugares donde la vulneración de derechos de los pacientes se hace más frecuente y grave. No podemos permitir dar pasos atrás en los logros conseguidos con esta primera reforma, y no solo eso, sino que hará falta una segunda para poder seguir avanzando en la desinstitucionalización.

Por la gravedad y la prioridad que supone, quería dar especial relevancia al compromiso de este comisionado con el respeto a los derechos fundamentales de los y las pacientes en salud mental. Señorías, reconocemos que es un problema padecer sufrimiento psíquico y tener que soportar una lista de espera de meses para ser atendido, pero existe algo peor, evitar acudir a los recursos de salud mental porque se haya sufrido una experiencia traumática en esos servicios cuando uno estaba buscando acompañamiento, escucha y ayuda. Esto jamás debería ocurrir. Las contenciones mecánicas, los tratamientos farmacológicos no consentidos, los ingresos involuntarios y la falta de defensa de los pacientes frente a vulneraciones de su autonomía son fenómenos que forman parte de las prácticas a extinguir en salud mental y que requieren medidas urgentes, medidas que permitan virar hacia una cultura de cuidados conscientes del trauma, de respeto a la autonomía y la generación de estructuras que no fuercen a los profesionales a elegir entre la coerción o el abandono de sus pacientes. Estas prácticas —que vulneran la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la que nuestro país es firmante— han sido denunciadas en reiteradas ocasiones por el Defensor del Pueblo, por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, por la Organización Mundial de la Salud, por el CERMI, por organizaciones de pacientes, de usuarios y de profesionales y por la propia Comisión Europea.

Ya contamos con recursos, como el modelo QualityRights, impulsado por la OMS, que intenta poner solución a esta grave situación. Dentro de nuestro país existen ejemplos de buenas prácticas, como las casas de crisis o como, por ejemplo, la hospitalización domiciliaria, más respetuosos con los derechos de las personas que se encuentran en crisis por motivos de salud mental. Ese mismo camino es el que queremos fomentar en toda la asistencia a la salud mental, garantizando los derechos como ciudadanos y como pacientes de las personas que sufren trastornos psíquicos. Para ello, vamos a llevar a cabo el proyecto más ambicioso de este comisionado, que se compone de varias líneas y que esperamos que tenga el respaldo de la ciudadanía, los expertos en primera persona, los profesionales y los ministerios a los que implica, así como las comunidades autónomas y los partidos políticos. Vamos a iniciar el camino para ampliar, blindar y hacer cumplir los derechos de los pacientes que sufren trastorno mental. Esto implica modificaciones normativas y legislativas, formación a profesionales, formación a la ciudadanía, implicación de la inspección del Ministerio de Sanidad, trabajo interministerial, reemplazo de estructuras

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 23

institucionalizadoras por otras comunidades, trabajo con las comunidades autónomas para modificar la cartera de servicios con perspectiva de derechos y, sobre todo, la inclusión de expertos en primera persona en todos y cada uno de los proyectos por este comisionado, desde su inicio hasta su puesta en marcha. En este sentido, señorías, en el día de hoy quiero anunciarles que vamos a contar con un nuevo plan de acción 2025-2027 que conllevará cofinanciación a las comunidades autónomas y que fomentará todos estos cambios, y de forma inmediata vamos a iniciar un estudio de la situación de la institucionalización en las redes de salud mental.

Como síntesis de todo lo anterior, quería finalizar con el problema de los suicidios en nuestro país. Señorías, a este ministerio y a mí, como comisionada y también como psiquiatra, nos movilizan enormemente no el problema de los suicidios como fenómeno global, sino cada uno de ellos, cada una de las historias y la secuencia de acontecimientos que se ha producido hasta llegar a que una persona esté tan desesperada como para quitarse la vida. El suicidio es la expresión final de una desesperanza y un sufrimiento psíquico extremos. El comisionado presenta todas las anteriores medidas como forma de mejorar la atención de las redes, la frecuencia de citas, las posibilidades de escucha de los profesionales de salud mental, las condiciones de ingreso sin vulnerar los derechos y, por último, la mejora de las condiciones de vida en general, con la intención de que nadie tenga que tomar la decisión de quitarse la vida para dejar de sufrir. Además, identificando las carencias en lo que respecta a la información para la prevención del suicidio, vamos a poner en marcha un plan específico que arroje luz sobre las condiciones y desencadenantes de este problema, y que tome medidas de eficacia comprobada. Continuaremos los proyectos que ya se venían desarrollando, como el Teléfono de asistencia 024, que va a seguir en funcionamiento y al que vamos a añadir mejoras, como la recomendación de activos de salud para los usuarios que puedan beneficiarse de ello. A lo largo de 2025, contaremos además con un plan de acción frente al suicidio que tendrá financiación independiente.

Para finalizar, señorías, quería agradecerles enormemente la escucha y la atención y solicitar su colaboración para generar este pacto de Estado por la salud mental. Necesitamos medidas que no solamente partan del sistema sanitario y del Ministerio de Sanidad, sino de Derechos Sociales, Vivienda, Trabajo, Igualdad y Justicia. Necesitamos que la salud mental esté en todas las políticas, porque esas políticas son las que determinan los derechos, la calidad de vida, el acceso a la recuperación y la protección de todos y de todas. Por ello, apelo a ustedes como responsables políticos, así como a las comunidades autónomas, para que entre todos y todas podamos colocar la salud mental como una prioridad, como ya lo es para los ciudadanos y ciudadanas de este país, que nos están pidiendo actuar.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, comisionada.

Ahora los diferentes grupos parlamentarios van a intervenir por un tiempo máximo de 10 minutos. El Grupo Mixto no está presente.

El Grupo Vasco tiene la palabra.

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

Ongi etorria. Voy a ser muy breve porque seguramente me tenga que ir a votar a otra Comisión, por lo tanto, pido disculpas de antemano. Simplemente he de decirle que ha hecho un diagnóstico de la situación con un trazado muy general de algunas consideraciones en salud mental. El objetivo que se plantea la labor de la comisionada es llegar al mayor consenso posible para adoptar las medidas necesarias para ampliar los recursos y la protección destinada a ofrecer la atención universal pública y de calidad en este ámbito, el de la salud mental. La salud mental está dentro del ámbito de las competencias de las comunidades autónomas, entonces, en primer lugar, me gustaría saber qué labor ha desarrollado para consensuar algo que es competencia de las comunidades autónomas y cómo está llevando la relación con estas.

Ha adelantado también algunos proyectos a futuro, qué es lo que pretende hacer el comisionado. Nos ha hablado de modificaciones legales, de modificar incluso las carteras de servicios de las comunidades autónomas o proponer que éstas se modifiquen. No sé si se está dando cuenta de que es una intromisión en el ámbito competencial de las comunidades autónomas. Entonces, me gustaría saber cómo pretende hacer que, desde el consenso, estas modifiquen sus propias carteras de servicios ¿O es que piensa que las comunidades autónomas no tienen la suficiente mayoría de edad para tratar el tema de la salud mental? Porque yo le quiero recordar que la Comunidad Autónoma del País Vasco dispone de una estrategia de salud mental hasta 2028, que tiene recursos y que está implementándolos para poder desarrollar esa cartera de servicios y llevar a cabo ese plan. No sé si le parece que la estrategia vasca de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 24

la salud mental no es suficiente o no es suficientemente buena y ustedes plantean hacer alguna estrategia mejor de lo que ya estamos desarrollando en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Me han parecido un poco atrevidas, permíteme que se lo diga así, todas aquellas interferencias que ustedes plantean hacer en el ámbito competencial, en este caso en el ámbito competencial vasco.

Quedo a la espera de que me conteste cómo piensa desarrollar esto respetando el marco competencial y a qué acuerdos se está llegando con las comunidades autónomas para que esto sea así.

Mila esker.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

No está Euskal Herria Bildu, ni Junts, ni el Grupo Republicano.

El Grupo Plurinacional SUMAR tiene la palabra.

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

Primero, quiero agradecer la presencia de la comisionada y darle la enhorabuena por el cargo que ostenta. Es un placer y es una necesidad para este país y, más allá de la creación del organismo, gracias por su trabajo y su trayectoria, que creo que va a ser muy relevante en este cargo en el ministerio.

Me gustaría agradecer también su presencia al equipo que la acompaña; a veces, no agradecemos suficientemente bien a todo el equipo técnico que hay detrás de los ministerios, a ese grupo de personas, y especialmente me gustaría felicitar y dar la enhorabuena a Pilar Aparicio, que ha sido nuestra directora general de Salud Pública durante muchos años en un momento muy importante en este país y que vuelve a trabajar como técnica apoyando. El trabajo de los técnicos en los ministerios a veces es muy poco reconocido y muy poco visible, pero es fundamental para llevar proyectos importantes. Muchas veces, en estas comisiones, parece que no se está trabajando, pero se lleva mucho tiempo trabajando de forma muy larvada e importante en todo esto.

Quiero señalar algunas cuestiones generales y algunas reflexiones que profundizan ya en algunas ideas que ha señalado la comisionada. Hace un par de semanas, teníamos una reunión de Plataforma de pacientes y hablamos del tema de la complejidad de los enfermos crónicos o, mejor dicho, de las personas con enfermedad crónica, y hablábamos de la complejidad de los procesos de salud y enfermedad. Decíamos que una enfermedad crónica es algo más que un órgano dañado y el planteamiento es qué sería la cronicidad en salud mental, en un trastorno mental grave, cuál es el órgano dañado, dónde está el órgano dañado en salud mental. Qué difícil es precisar, cuando de por sí es complicado definir una patología en un corazón, un riñón o un hígado, qué difícil es precisar, digo, cuál es el órgano dañado en salud mental. Posiblemente, eso también tiene que ver con la complejidad de la atención en procesos de salud mental. Como señalaba muy bien la comisionada, cómo ponemos los cuerpos en la vida y cómo muchas personas, cuando entran en el río de la vida con vidas muy difíciles en lo económico, en lo social, en desigualdades, en el género o en pertenecer a minorías étnicas, cómo eso influye en nuestra biología y acaba desarrollando procesos.

En el Pleno, cuando se presentó el Pacto de Salud Mental, contábamos la metáfora de aguas arriba y aguas abajo, la importancia de trabajar aguas abajo, en la atención, pero también de trabajar aguas arriba, en las políticas. Y en otra Comisión poníamos el ejemplo del koala, una viñeta de un koala que se encuentra en un bosque destruido, donde no hay árboles, el pobre koala está abrazado a un árbol talado y lo señalan diciendo: usted lo que tiene es un problema de salud mental. Creo que refleja muy bien toda la visión de los determinantes y las condiciones de vida de las personas.

También, la importancia de los malestares. Yo creo que esto lo señalaba en una entrevista muy bonita que le habían hecho, creo que en *El País*. Cuando los malestares nos cuesta encuadrarlos, a veces les ponemos etiquetas diagnósticas y medicalizamos, porque es más fácil medicalizarlos que llevarlos a otros ámbitos, que es más complejo. Cómo hemos perdido a veces la capacidad de cambiar los mundos, lo que nos lleva a intentar cambiar los cuerpos que tienen condiciones difíciles.

Hay una parte importante en la reflexión del comisionado y yo creo que en la trayectoria de varios planes estratégicos que lleva el ministerio trabajando hace años, que es el tema de tener un modelo de atención sanitaria de orientación biopsicosocial. Venimos de modelos biologicistas, con una formación muy biologicista en nuestras facultades, y es fundamental tener en cuenta que esa complejidad requiere una intervención biopsicosocial. Es importante que los profesionales se formen, sobre todo en sentarse en sillas a la cabecera de las personas y a la cabecera de las comunidades. Es importante el tema de que trabajemos en modelos de participación, participación en la consulta con entrevistas clínicas que realmente tengan en cuenta la participación, participación de las comunidades y, en salud mental, participación de las personas afectadas en la salud mental. Y, como también muy bien señalaba, cuidado con la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 25

medicalización, cuidado con la enfermerización y cuidado con la psicologización, porque puede ser que hayamos pasado por diferentes modelos de tratar de quitar poder a las personas en este sentido.

Se señalaba también, y creo que es muy importante tenerlo en cuenta, medio en broma y medio en serio lo digo en muchas comisiones, el tema de pensar que hay vida inteligente fuera de Madrid y que en muchas comunidades autónomas tenemos experiencias muy interesantes. Señalaba usted la prescripción social. En Asturias lo llamábamos recomendación de activos para la salud en el año 2017. O sea, la primera guía que tenemos de recomendación de activos de este modelo es del año 2017 y creo que fuimos la primera comunidad que logramos empezar a conectar la recomendación de activos con las historias clínicas de atención primaria. En Asturias, también tenemos experiencias como el proyecto Prometeo, de atención a personas afectadas con trastorno mental grave con una visión biopsicosocial; el tratamiento asertivo comunitario en Avilés; procesos de participación comunitaria en personas jóvenes trabajando temas de bienestar emocionales. Y una experiencia que no continuó pero fue muy interesante, creo que fue en 2007, fue la evaluación de los servicios de salud mental por personas afectadas. En el Plan de salud mental en aquel momento estaba que el propio diseño de cómo mejorar los servicios de salud mental lo hicieran las propias personas afectadas por enfermedad mental.

Señalaba también, que creo que es fundamental, el tema de la atención integrada. Hay una palabra clave que es cómo vamos a poner de acuerdo a nuestros ministerios y a nuestras consejerías en relación con la gestión autonómica, porque esto requiere claramente una gestión en nuestras comunidades autónomas para tener procesos asistenciales integrados. Esa reflexión es clave. Cuando en el Plan de Salud de Asturias y el Plan de salud del año 2019 hicimos un mapa de causas de las causas, al final salían dos elementos clave de todo lo que estaba pasando, uno era el capitalismo y otro, el patriarcado. Para algunas personas era algo muy demagógico, pero eran las causas de las causas, el tema del capitalismo, la saturación y el colapso que tenemos en nuestras vidas y nuestros cuerpos y cómo eso afecta a la salud mental. Tenemos personas con vida cansadas, y sobre todo son mujeres. Lo decíamos también ayer en el Pleno. La pregunta ahora mismo para las mujeres ya no solamente es si necesitan una habitación propia, como decía Virginia Wolf hace años, sino si nuestras mujeres tienen tiempo propio ahora mismo para cuidarse, para dedicarse a ellas mismas y si el no tenerlo está relacionado con ese incremento del tema de psicofármacos. No se trata de trabajar solamente la resiliencia individual, aunque hay que dar poder a las personas y a las comunidades, sino que se trata de trabajar en sistemas o estructuras resilientes que consignan mejorar la vida de las personas y de tener, en definitiva, una vida mejor para todas.

Muchísimas gracias y enhorabuena por su trabajo. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario VOX, por favor, tiene la palabra.

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

Bienvenida, comisionada. A veces, en esta Comisión hablamos mucho del oasis, del consenso y de las formas; sobre todo es porque dejamos fuera la ideología, que es una máxima que tenemos muchos, que en la sanidad no hay cabida para ideología, porque nos centramos en los datos técnicos, específicos y sanitarios.

Empezó muy mal la ministra diciendo que la creación de la comisionada de Salud Mental era algo pionero en España, incluso en Europa, porque eso ya existía. De hecho, yo vengo de la Comunidad Valenciana y quiero poner en valor el trabajo realizado por el comisionado de Salud Mental, el señor Rafael Tabares, que, a pesar de ser nombrado por el presidente de la Comunidad Valencia, señor Ximo Puig, se pudo trabajar con él precisamente por eso, porque la ideología se quedó fuera. Hicimos todas las reuniones que hicieron falta, la mayoría de ellas en su propio despacho, a puerta cerrada, sin fotos, sin nada. Trabajo, trabajo y más trabajo. Eso nos ha permitido conocer de primera mano y de mano de los propios profesionales una situación muy complicada que se viene viviendo durante años en el tema de la salud mental, el abandono que ha sufrido la salud mental. No ha sido hasta la pandemia que se ha puesto el acento ahí. De hecho, usted misma lo ha dicho, la creación fue en diciembre de 2023 y usted empieza a trabajar en enero de 2024. Pedro Sánchez llevaba gobernando ya más de cinco años y hasta ahora la salud mental no había tenido un comisionado, ni había tenido el peso importante que tiene. Eso es un reflejo de las políticas que tenemos que cambiar. De hecho, le puedo decir que, como portavoz de Sanidad de la Comunidad Valenciana, presenté —fuimos los primeros, además— una proposición no de ley para atajar el problema del suicidio. Usted precisamente ha dejado para el final el tema del suicidio —ha sido uno de los últimos puntos—, y ha sido curioso, pero yo quiero ponerlo el primero, porque cada año

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 26

—usted lo sabe— 4000 personas se quitan la vida. Estamos hablando de que más de once personas se quitan la vida al día. Y como usted ha querido meter ideología, yo hago otro enfoque: tres de cada cuatro personas que se quitan la vida son hombres. Mi primera pregunta es cómo trabajará la comisionada para atajar este problema, el de esos hombres que se quitan la vida. Se lo pregunté también a la ministra, porque ella empezó, como siempre le gusta a ella, mezclando todo, su carrera profesional y política, y se olvidó de un ministerio muy importante que tiene que estar implicado en la salud mental como es el Ministerio del Interior. A usted, que tanto le preocupan los trabajadores y que conoce el *burnout* que sufren los sanitarios, pero también otros muchos trabajadores por la precariedad laboral, le digo, aunque usted lo sepa —por supuesto que lo sabe, aunque no lo haya nombrado—, que en la Policía Nacional y en la Guardia Civil hay más suicidios que en otros sectores laborales de España, por encima del 15% tanto en la Policía Nacional como en la Guardia Civil. Mi segunda pregunta es si usted va a trabajar en coordinación con el Ministerio del Interior y con quien haga falta para atajar esta lacra que afecta directamente a nuestras fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado.

Me ha parecido al escucharla que ha hecho una enmienda total a la gestión que se lleva haciendo en nuestro país por parte de unos y otros, sobre todo en el tema mental. Ha aumentado el consumo de ansiolíticos o de medicamentos entre la gente para mejorar su situación, vamos a decir, mental, y es que hay problemas por la precarización laboral, problemas de acceso a la vivienda, problemas de estigmatización social y, sobre todo, el propio señalamiento que se ha hecho por parte de los gobiernos. Siempre ha estado estigmatizado acudir a un psicólogo o a un psiquiatra: cuando a una persona le dices que vas al psicólogo te mira raro. Yo voy al psicólogo, tengo mi psicóloga a la que acudo cuando considero que puedo tener tiempo, y no me importa reconocerlo, porque pienso que es bueno. Tenemos que trabajar en este tema. A usted no le he escuchado decir nada en ese sentido, no le he escuchado decir nada sobre la promoción ni sobre la desestigmatización. La gente va al médico y toma pastillas, y lo dice o no lo dice. Hay que hablar de ello. Creo que se lo explicamos también a la ministra. Quiero poner el ejemplo de Dani, el vocalista del grupo El Canto del Loco, quien a raíz de un trauma personal y familiar reconoció que iba al psicólogo, y a mucha gente se le quitó el estigma. Entonces, igual que los *influencers* muchas veces influyen para consumir ciertos productos, yo creo que ustedes podían trabajar y dedicar líneas a la promoción, con el fin de desestigmatizar a las personas que van a los psicólogos, que acuden a salud mental. Es muy importante. Ya que hacemos campañas de donación de órganos, campañas de donación de sangre o campañas de donación de médula ósea —aunque no se hacen prácticamente—, se pueden hacer campañas para acudir a un profesional sin ningún miedo: no hay ningún problema en acercarte a tu profesional. Pero ¿cuál es el problema? Como usted ha dicho, el poder acudir a los psicólogos o a los psiquiatras también influye la cartera. Dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud tenemos escasez de psicólogos, que es otro tema muy importante. Por eso digo que usted ha hecho una enmienda total a la gestión de estos años. No tenemos centros, no tenemos camas, no tenemos profesionales ni se han destinado recursos durante años. Solamente a raíz de la pandemia ha empezado todo el mundo a poner el acento en ello. Aunque los suicidios se producen desde hace mucho tiempo, aunque se estigmatiza socialmente a aquel que va al psicólogo, aunque aumenta el consumo de psicofármacos, no se ha hecho nada para evitarlo, solo a raíz de la pandemia, que ha sido la que nos ha puesto en esa situación. Ha sido muy grave ver la situación de nuestros jóvenes.

Se lo han dicho ya, pero yo se lo repito. Ha hablado de un plan de acción 2025-2027 con financiación para las comunidades autónomas, y ya tiene la primera respuesta: las comunidades autónomas y los grupos independentistas son muy celosos de eso, señora comisionada, no sé si lo han dicho. A la hora de anunciar un plan se debe tener hablado, y ya le digo yo que las comunidades autónomas, sobre todo la vasca, no van a permitir que meta las manos en sus asuntos. De hecho, ellos se jactan de que sus planes de salud mental están muy por delante de los del Ministerio de Sanidad. También han trazado un plan de acción contra el suicidio con financiación independiente sin especificar la cantidad ni los ministerios y agentes que están implicados ni nada. Nos gustaría que se nos dijera más cosas.

Además de la chapa ideológica que nos ha soltado, ha intentado remover nuestra conciencia con los asesinatos de niños en Gaza y demás y comprar la propaganda de Hamás. Me gustaría escucharle condenar los más de 1400 asesinatos, violaciones, torturas y vejaciones y los 245 secuestros —por cierto, entre esos 1400 había muchas mujeres y muchos niños— y también me gustaría escuchar su preocupación por la salud mental de los israelíes y de los jóvenes españoles, que hemos visto la atrocidad, una terrible barbaridad que se ha cometido ese 7 de octubre por un grupo terrorista.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 27

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
A continuación, el Grupo Socialista, por favor.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Gracias, presidente.

Gracias, comisionada. Señorías, voy a realizar un recorrido conceptual. Yo soy trabajadora social de lo que actualmente se denomina sociosanitario, en Cáceres, Plasencia, y que anteriormente era un hospital psiquiátrico, y antes de eso un sanatorio. Con lo cual, respecto a la nomenclatura, adaptación de estructuras y recursos, hemos evolucionado bastante. Quisiera mencionar la Ley General de Sanidad de 1986, uno de los mayores hitos en la atención de la salud mental en el Estado español. También quiero reconocer ese camino que ha realizado el Ministerio de Sanidad impulsando la Estrategia de Salud Mental tanto en 2006 como hasta ahora —estamos en la de 2022-2026—. Estos documentos integran aportaciones de personas con problemas de salud mental, aportaciones de sus familiares y aportaciones de todos los profesionales sanitarios a través de sus organizaciones, con un enfoque integrado y combinado, y con los que no serían posibles la promoción, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, la coordinación intra e interinstitucional, el fomento de esa integración social y la lucha contra el estigma.

Por otro lado, no podemos dejar de mirar los efectos de la COVID, porque la COVID sobrevenida ha causado y ha puesto de manifiesto durante la pandemia esta incapacidad de atención que hemos tenidos en estos ámbitos. Nos ha cogido desprevenidos y hemos visto cómo la COVID ha influido en los procesos de salud mental.

Si me lo permitís, también quisiera dar las gracias a todas las personas que han participado en la elaboración de estas estrategias y en el desarrollo y avance en la salud mental por su contribución a la mejora de las capacidades del Sistema Nacional de Salud y de la salud mental de toda la ciudadanía en estos próximos años.

Para el Grupo Parlamentario Socialista la atención a la salud mental es una condición indispensable. Este grupo trabaja para aportar mejoras en el desarrollo de la calidad de vida, la igualdad y la libertad, y nos vamos a afanar por conseguir para la ciudadanía el pleno ejercicio de derechos y deberes iguales para todos. A pesar del esfuerzo que ha realizado el Gobierno —lo venimos viendo a lo largo de la historia—, el cuidado de salud mental aún es insuficiente, especialmente en algunas comunidades autónomas donde esa carencia de recursos y de profesionales hace más desfavorecidas a las personas que en ellas residen. Es importante buscar esa equidad entre los territorios según las necesidades y los déficits de recursos. Es una de las primeras tareas que nosotros tenemos que hacer para la protección de la salud mental, porque todos los ciudadanos, vivan donde vivan, tienen los mismos derechos y las mismas obligaciones y todos los territorios deben partir de unos mínimos —profesionales, recursos y equipos— y, a partir de ahí, el que pueda aportar más que lo aporte.

En esta Comisión y ahora también en la subcomisión de trabajo tenemos la obligación de propiciar una herramienta útil para mejorar la salud mental de la población, abordando de una forma integral y desde una perspectiva exigente de derechos humanos el apoyo a esas familias y promoviendo un modelo de atención integral y comunitario para favorecer así la recuperación y la reinserción social, sin dejar a nadie atrás. Los miembros de esta Comisión y de la actual subcomisión que hemos creado —si estoy equivocada, ellos me pueden corregir— vamos a trabajar de forma coordinada y en consenso —también lo están diciendo los compañeros— y vamos a ser capaces de establecer recomendaciones y orientaciones para mejorar la salud mental de la población, la detección y la prevención.

Quisiera referirme a la necesidad de abordar el problema de la salud mental en atención primaria. Es imprescindible reforzar esa atención primaria con profesionales especializados, y hay algunas comunidades autónomas que no disponen de ellos, lo que puede derivar en problemas de salud mental, que llegan siendo por motivos de estrés vital y por la falta de profesionales y pueden convertirse en un problema de salud mental un poquito más incisivo.

La evolución de los problemas en la salud mental va muy rápida, porque en ella influyen todos los avances de las tecnologías o de la vida y el modelo de trabajo. Nosotros tenemos la obligación de adaptarnos a esta revolución, porque nos ayuda a hacer las cosas mejor. Vamos a mirar de frente la rehabilitación, la reinserción, la evolución crónica de los dependientes en un proceso de larga estancia, la salud mental y el género, para estudiar, investigar y poder enfocarnos sobre él, también la salud mental y el trabajo, el modelo de atención centrado en la persona —las comunidades autónomas tendrán que liderarlo y ponerlo en práctica en todos sus centros— y, por supuesto, el compromiso contra la discriminación y los estigmas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 28

Por otra parte, en mi grupo parlamentario no queremos olvidar esa realidad de las personas que tienen trastornos de salud mental. Creemos que la orientación de la estrategia de la salud mental es la adecuada, el respeto de sus derechos y el fomento de su inclusión social. Y planteo esto porque tenemos muchos retos por delante. Creo que va a ser muy importante escuchar a los pacientes y a las asociaciones que les representan, pero nos gustaría conocer cuál es su opinión al respecto y qué medidas considera que debe impulsar para garantizar esos derechos humanos de estas personas a lo largo de su atención y tratamiento.

Muchas gracias, señoría. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Popular.

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

Señora González, comparece hoy aquí, en la Comisión de Sanidad, por primera vez desde su nombramiento en enero y el Grupo Parlamentario Popular quiere agradecerle que haya querido acudir tras unas peticiones de comparecencia que habíamos registrado.

En el Grupo Parlamentario Popular nos tomamos muy en serio la función de control al Gobierno y dentro de ella, entre otras cosas, realizamos preguntas. Unas son preguntas que vienen de nuestra elaboración y de nuestra parte y otras que hacemos en nombre de la población a la que representamos, a la población general, al colectivo de pacientes, de profesionales, asociaciones, colegios profesionales, sindicatos, de muchos orígenes, y hacemos preguntas de todo tipo. En lo que llevamos de legislatura hemos realizado unas sesenta preguntas sobre distintos aspectos de la salud mental. Antes de su nombramiento y de la creación del comisionado, las respuestas que recibíamos nos dirigían hacia la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2023-2027 y al Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. Nosotros siempre hemos pensado que si nos remitían a estos documentos es que ahí es donde íbamos a encontrar las respuestas a las preguntas. Son unos documentos muy buenos, de gran consenso y elaborados por muchos expertos, pero no encontrábamos ahí las respuestas a nuestras preguntas. Tengo que decirle —igual ya lo sabe— que desde su nombramiento ya no nos remiten a estos documentos, sino que nos remiten a usted, al Comisionado de Salud Mental, y con esto nosotros interpretamos que ahí es donde vamos a encontrar nuestras respuestas, de ahí las grandes expectativas que nuestro grupo tiene con esta comparecencia. Así pues, si me lo permite, yo le voy a transmitir alguna de esas preguntas que hemos seleccionado como más relevantes.

Pero, antes de nada, las preguntas que vienen solas. ¿Debemos descartar y dejar por obsoleta la estrategia nacional? ¿Ya no van a estar vigentes la estrategia y el Plan Nacional de Salud Mental? Y, si no se van a tener en cuenta, ¿a qué nos atenemos? ¿Qué debemos esperar? Y, si van a continuar, que lo ha dejado entrever en su intervención, ¿qué ocurrirá con el plan nacional? Porque el plan nacional estaba presupuestado para los cuatro años de vigencia, y en este año 2024 finaliza lo presupuestado y no tenemos presupuestos generales del Estado. Así, ¿con qué presupuesto vamos a continuar el plan, si es que termina? Ha hablado de otros proyectos y ha dicho que va a tener presupuesto. Añadimos esta pregunta: ¿con qué presupuestos? ¿De dónde van a venir esos presupuestos cuando no hay presupuestos generales? ¿Van a quedar entonces solo —y no digo «solo» despectivamente— los planes desarrollados por las comunidades autónomas, que son los que realmente están aportando ayuda a la población?

Quiero preguntarle por los profesionales de la salud mental en todas sus categorías, entendiéndolo por profesionales todas aquellas categorías que atienden de una u otra forma a los pacientes. Hay dos aspectos, sobre todo. En primer lugar, la falta de profesionales, las ratios de personal de las diferentes categorías, porque incluso sumando los efectivos de la sanidad pública y de la sanidad privada quedamos muy por debajo de la media de Europa y a la cola de los países de la OCDE. Y, en segundo lugar, las consecuencias que tiene para la salud de los propios profesionales la presión asistencial. Hay falta de cobertura de plazas y la demanda asistencial crece y crece, lo que usted misma ha dicho.

Según el informe publicado en junio de 2023 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, se señalan las principales actividades donde se notifica el mayor número de casos catalogados como trastornos mentales del comportamiento, como las actividades sanitarias, las del transporte terrestre o las de la Administración pública, entre otras. Dentro de las actividades sanitarias el informe resalta a médicos, enfermeras y personal administrativo en tareas de atención al público y señala que en estos colectivos los episodios de ansiedad son del 73%. ¿Van a implementar alguna medida para mejorar esta situación y la protección de la salud mental de los profesionales sanitarios? ¿Van a destinar recursos específicos para mejorar esta situación? ¿Qué medidas van a tomar para redimensionar las plantillas para que se puedan cubrir? Pero no me diga lo que ya podemos leer, no me hable de las plazas mir, pir o eir. Dígame, por

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 29

ejemplo, si el ministerio va a conseguir que se amplíe y acredite el número de unidades docentes, que eso sí es competencia del ministerio, para que luego las comunidades autónomas puedan solicitar y dotar la cobertura de esas plazas de formación.

Por terminar con los profesionales, quisiera decir que verter aquí la insinuación de que los profesionales sanitarios pueden llegar a torturadores es una insinuación muy grave, y le pido que rectifique. Le digo más, si usted sospecha que hay algún centro donde se están haciendo contenciones mecánicas o farmacológicas que puedan ser constitutivas de tortura, le recomiendo que se atenga a la Instrucción /2022, del 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánica o farmacológica en unidades psiquiátricas, de salud mental, centro de residencia de mayores, sociosanitaria o de discapacitados. El documento se llama realmente Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, es del Defensor del Pueblo, de 2017, y es una guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas. Si usted ha dicho aquí que conoce algunos servicios que puedan estar incurriendo en esta práctica, yo le sugiero que, en vez de contárnoslo a nosotros, usted ponga una denuncia y que se investigue, porque nosotros tenemos el mismo interés que usted en que no se torture a nadie.

Otro epígrafe. Políticas transversales que ha estado anunciando y que afectan a otros ministerios. Usted habló de la necesidad de colaborar con los ministerios de Derechos Sociales y Consumo, Trabajo, Justicia, Juventud e Infancia o Educación, pero yo le pido que lo detalle más. Ahora no es más que una declaración de intenciones, y ya hemos presenciado declaraciones de la ministra y del director general de Salud Pública. ¿Ha llamado ya a alguna de esas puertas? Y, si es así, ¿se las han abierto? ¿En qué ha consistido la propuesta? ¿Cuál ha sido la respuesta que ha tenido?

Otro aspecto en el que queremos que profundice. Hemos podido ver que su interés está muy encaminado hacia los factores sociales. No me atrevería siquiera a llamarlos psicosociales, usted tampoco los ha llamado así. Queremos saber si solo se va a centrar en los factores sociales o se va a ocupar de todos los factores que puedan influir en la salud mental de la población. Que los problemas que a cada persona le trae la vida le generen angustia, tensión o tristeza, o, por el contrario, le generen alegría, entusiasmo o relax no tiene por qué significar un problema para esa persona. Dígame, ¿estar triste, enfadado o frustrado es un problema de salud mental desde su punto de vista?

En las redes sociales y en la prensa, tanto la ministra como usted han repetido una y otra vez: «Salud mental es más recursos para la sanidad pública. También es llegar a fin de mes y tener tiempo libre». Y también han dicho: Las vidas felices no pueden ser un privilegio del bolsillo. ¿Tener dinero es sinónimo de vida feliz? Y díganos, por favor, cuál es el plan de medidas concretas para que se llegue a fin de mes. En febrero dijo: «Esperamos que podamos dar respuesta [...] no solamente a los problemas de la asistencia de la salud mental, sino también generar líneas de trabajo transversales que consigan vida con menos sufrimiento para la población». Hoy lo ha dicho también. Dígame, como médico que es, si todo el que sufre tiene un problema de salud mental y si todo el que tiene un problema de salud mental sufre. Es que creo que sus mensajes van muy dirigidos a que se llegue a la conclusión de que sufrimiento y salud mental son términos bidireccionales y que, al mismo tiempo, pasa lo mismo con sufrimiento y trabajo. Esto queda como muy bíblico. Pues hablemos de trabajo y salud mental.

El Ministerio de Trabajo, a través del Instituto Nacional de Seguridad y Salud, no solo va haciendo evaluaciones y análisis periódicos de la situación, sino que a lo largo del tiempo ha ido haciendo propuestas. También existe una Ley de Prevención de Riesgos Laborales del año 1995 que se ocupa de la salud mental de los trabajadores durante su desempeño de trabajo, incluida la salud mental. También quiero traerle aquí —usted lo ha mencionado y por eso se lo traigo— el informe PRESME que el Ministerio de Trabajo, publicado en 2023 —leo textualmente—, encargó a la Comisión de personas expertas sobre el impacto de la precariedad laboral en la salud mental en España, para tratar de la relación entre la precariedad laboral y la salud mental. Yo creo que este es un documento que usted conoce bien porque participó en esa comisión en calidad de experta. Es un documento que tiene una serie de recomendaciones basadas en opiniones de expertos y son eso, opiniones de expertos.

Llama la atención en el documento que no haya ninguna referencia bibliográfica, que los resultados estén elaborados basándose en unas tablas que no especifican cómo se han recabado ni cómo se han seleccionado y que los resultados son de una encuesta que tiene un tamaño muestral incorrecto y sesgo de selección de confirmación y sesgo implícito. El cuestionario EPRES que se ha utilizado en este informe para medir la precariedad laboral realmente mide la precariedad laboral y la salud, pero tiene una limitación fundamental, y es que solo tiene en cuenta a las personas trabajadoras con contrato; no tiene en cuenta ni a los que trabajan sin contrato ni tampoco a los autónomos, que, en España, son 3,3 millones, más de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 30

eso. Le pregunto: ¿las personas que trabajan sin contrato no importan, no son un colectivo vulnerable? ¿Y los autónomos no pueden tener tampoco situaciones laborales precarias? **(Aplausos)**. Nosotros, en el Grupo Popular, pensamos que hay colectivos vulnerables cuyas condiciones laborales influyen negativamente en su salud, tanto física como mental, pero también pensamos que el trabajo no es necesariamente un factor negativo, puesto que en los datos publicados por el ministerio se demuestra que el colectivo que mayor deterioro de su percepción de salud mental tiene es el de aquellas personas que no pueden volver a incorporarse a su vida laboral por causa médica, por cualquier tipo de causa médica.

En resumen, son muchas las cuestiones que he traído aquí. Soy consciente de ello. Teníamos muchas preguntas sin resolver, pero lo enfoco: profesionales, planes a desarrollar, presupuestos. ¿Qué podemos esperar de su intervención con otros ministerios? ¿Qué podemos esperar de los presupuestos de las comunidades autónomas? Y, sobre todo, le hago una llamada de atención en defensa de los profesionales que todos los días atienden a personas con problemas, que no necesariamente tienen por qué ser problemas que deriven en una enfermedad de salud mental, y que están tanto en la atención primaria, en la atención especializada en salud mental de primaria y hospitalaria.

Le muestro nuestra predisposición, como ya saben los compañeros, a través de la Subcomisión de Salud Mental, a trabajar en pos de un buen proyecto. Eso sí, no compartimos algunas de las ideas, pero no se trata de que tengamos las mismas ideas, sino de que consigamos un mismo objetivo.

Lo dejo aquí. Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para responder, la señora comisionada tiene la palabra.

La señora **COMISIONADA DE SALUD MENTAL** (González Callado): Muchas gracias a todos los grupos parlamentarios por sus preguntas y por el exhaustivo estudio que veo que han hecho de la situación de la salud mental. La verdad es que han sido todas muy pertinentes e interesantes. Tengo la sensación de que no voy a ser capaz de dar respuesta absolutamente a todas ellas, porque probablemente estaríamos aquí hasta mañana. No he sido capaz de recoger absolutamente todo lo que se ha dicho como me hubiera gustado. En cualquier caso, voy a intentar hacer intervenciones, algunas más generales y otras más específicas, con respecto a algunas cuestiones que se han desplegado en esta sala.

En primer lugar, empezando por la primera intervención, la del Grupo Vasco, quería comentar que este comisionado y la estrategia de salud mental se nutren del trabajo que han hecho ya las comunidades autónomas y que van avanzando en salud mental y de todas las estrategias que ya se están desarrollando en esas comunidades autónomas, de todas esas iniciativas. La estrategia de salud mental es una estrategia que nace del consenso con las comunidades autónomas y en permanente diálogo. El Comisionado de Salud Mental no va a hacer algo distinto. Esta estrategia que surge del consenso sienta las bases para poder ampliar ese foco, para poder ampliar esos proyectos que ya se recogen en los principios de la estrategia. El plan de acción, que es el que tiene financiación desde hace unos años, efectivamente este año también va a tener financiación: 38,5 millones de euros, cofinanciados con comunidades autónomas y con el ministerio, como se lleva haciendo en los últimos años. Son una serie de medidas concretas que emergen del consenso de la Estrategia de Salud Mental.

Afortunadamente, ese consenso es tan amplio que da lugar a que podamos extenderlo y a extender las medidas descritas en el comisionado y en esta intervención. Ninguna de ellas está fuera de los principios de la Estrategia de Salud Mental. Además, cualquier decisión que tomemos en lo que afecta a las comunidades autónomas se va a tomar en el seno del comité interterritorial. No vamos a hacer ninguna medida impositiva hacia nadie, esto es absolutamente obvio —no sé si no ha quedado claro en mi declaración—, sino que vamos a estar en diálogo permanente con las comunidades autónomas y se van a tomar en el seno del comité interterritorial.

Hay otras cuestiones que vamos a tener la oportunidad de dialogar con otros ministerios. A otro nivel, es algo parecido a lo que están haciendo muchas comunidades autónomas, como, por ejemplo, Cataluña, o como, por ejemplo, Baleares, a la que he tenido la oportunidad de visitar hace poco tiempo estableciendo relaciones con ellos. Han hecho estrategias que parten del consenso entre las consejerías de Sanidad, de Educación, de Derechos Sociales. Esto es algo parecido a lo que queremos reproducir dentro del Comisionado de Salud Mental, ese diálogo con los distintos ministerios y con los distintos grupos políticos que pueda generar un consenso todavía mayor que el de la estrategia y que nos permita actuar de forma más ambiciosa incluso de lo que lo hemos hecho hasta ahora.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 31

Aprovecho este momento para responder al Grupo Popular. ¿Con qué ministerio nos hemos reunido y qué medidas o qué trabajo estamos pudiendo hacer con ellos? Nos hemos reunido con el Ministerio de Trabajo para poner en común esta estrategia y este proyecto que he comentado sobre la detección de los problemas de salud mental por motivo laboral. También nos hemos reunido con el Ministerio de Educación para poder revisar los protocolos de autolesiones y de suicidio que hay dentro de los centros docentes y establecer unas recomendaciones que partirán, además, de un grupo que ya existe y que parte de la estrategia, que es el grupo de comunicación sobre el suicidio. También desde el ministerio vamos a colaborar con el Ministerio de Educación en una serie de recomendaciones generales, puesto que entendemos que la aplicación de esas recomendaciones compete a las comunidades autónomas y a cada una de las consejerías. Nos hemos reunido varias veces con el Ministerio de Derechos Sociales, sobre todo en lo que tiene que ver con la estrategia de desinstitucionalización. Yo aquí he hablado mucho de la desinstitucionalización en salud mental, pero la desinstitucionalización o la institucionalización no es un fenómeno que solamente ocurra con pacientes que tienen problemas de salud mental, sino que también ocurre y en la mayoría de los casos con pacientes que tienen algún tipo de discapacidad. Esta estrategia de desinstitucionalización que lleva a cabo el Ministerio de Derechos Sociales va a ponerse en diálogo y en colaboración con todas las iniciativas que vamos a hacer desde el comisionado, y esto es algo en lo que ya estamos trabajando.

Por otra parte, decía en la intervención que es con la Dirección General de Servicios Sociales con quien hemos establecido ya un diálogo para poder montar una mesa permanente en la que podamos abordar todas las cuestiones sociosanitarias que se dan en la atención a la salud mental, en los servicios de salud mental. Esto nos parece algo imprescindible y, aunque las competencias son de las comunidades autónomas, podemos establecer ciertas recomendaciones, ciertos estudios, podemos responder a necesidades que se estén generando en esas comunidades autónomas.

No solamente dialogamos con el comité interterritorial, que está ahí de forma permanente, sino también con el Comité Institucional de la Estrategia. Por este Comité Institucional de la Estrategia van a pasar todos estos planes de acción que he anunciado. Son planes de acción que iniciamos en el comisionado y en el Ministerio de Sanidad, pero que van a tener un *feedback* permanente y una respuesta constante de este comité institucional y se va a trabajar en consenso con ese comité institucional. Este va a ser el trabajo que vamos a hacer desde el comisionado, porque entendemos que es así como funcionan las instituciones públicas.

En cuanto a la cartera de servicios, hay que actualizarla. Creo que era el Grupo Parlamentario Socialista el que hablaba de que necesitábamos dotarnos de una serie de mínimos, de unas cuestiones mínimas que pudieran garantizar la asistencia y la calidad de la asistencia en las redes de salud mental y también la asistencia en la atención primaria a la salud mental. Esta es otra de las tareas que no solo queremos hacer desde el comisionado, sino que era una de las tareas pendientes de la Estrategia de Salud Mental y que ya estaba incluida en el Plan de Acción de 2024.

Recojo aquí las apreciaciones del Grupo de SUMAR. Gracias por la intervención, Rafa. En primer lugar, hablaba de los pacientes complejos, de cómo era la complejidad en salud mental. Yo creo que la complejidad es parecida en todos los pacientes, pero en salud mental implica tantas dimensiones que es imposible no pensar en algo que no sea el efecto biopsicosocial. Es verdad que no he centrado mi intervención en los aspectos biológicos especialmente, pero porque, particularmente, son los que todo el tiempo estamos teniendo en cuenta. Esta intervención va dirigida a que podamos ampliar esa mirada hacia los aspectos psico y a los aspectos sociales, y esto es lo que da la complejidad en salud mental. Tenemos que priorizar, sin lugar a dudas, la atención y la calidad de la atención a los pacientes complejos en salud mental. Esto es algo que se lleva haciendo hace tiempo en algunas comunidades autónomas o en algunos centros sanitarios, dando una atención integral que requiere no solamente de la intervención de psicólogos y psiquiatras, sino especialmente de trabajadoras sociales, de terapeutas ocupacionales, de enfermeras especialistas en salud mental y de toda la serie de profesiones que acompañan y que intervienen de forma imprescindible en la atención de la complejidad en la salud mental.

Comentábamos también la medicalización de los malestares, que es algo que tenía que ver con una de las preguntas que hacía el Grupo Popular. En el momento actual, este fenómeno de la medicalización nos está llevando a una situación muy injusta, porque la única respuesta que está ofreciendo la sociedad al malestar y a los problemas sociales es una respuesta médica. Digo injusta porque no solamente es injusto responder desde el Sistema Nacional de Salud a algo que no nos compete completamente, sino que es injusta para aquellos que reciben esta respuesta y para todos, porque pone el foco donde no debe ponerlo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 32

Si no somos capaces de ver el origen de los problemas que están llegando a sanidad, no vamos a poder resolverlos. No es que este asunto sea culpa de nadie, pero es una responsabilidad de los profesionales y las profesionales del Sistema Nacional de Salud poder traerlo a lugares como este y poder venir aquí a decir que muchas de las consultas de salud mental tienen que ver con violencia de género, o tienen que ver con problemas laborales, o tienen que ver con problemas de migración, o con problemas de vivienda, porque si no se queda en las consultas y no sale de ahí. Es una responsabilidad estar aquí y poder manifestarlo, porque a esto es a lo que he venido. Por eso vengo desde las consultas de salud mental, porque, si no, no podemos defender esto. La respuesta a la salud mental tiene que hacerse desde las distintas políticas. Es imposible hacerlo de otra manera, y desde aquí apelo nuevamente a este pacto de Estado por la salud mental.

Hay otra cuestión que han nombrado varios grupos, el Grupo Socialista, el Grupo SUMAR y también el Grupo Parlamentario VOX, que tiene que ver con los problemas del patriarcado y cómo se relaciona con la salud mental. Se hablaba de que hay una diferencia de género en los suicidios, y es cierto; en algunos grupos de edad, sobre todo, el suicidio es más prevalente en hombres que en mujeres. Sabemos con absoluta certeza que el género influye radicalmente en la salud mental, en la calidad de la salud mental y en los trastornos mentales; de hecho, el sufrimiento psíquico es muchísimo más elevado y las consultas son mucho más numerosas en mujeres que en hombres y la medicalización se da, por diversos motivos, mucho más en mujeres que en hombres. Hemos estudiado dentro de salud mental que la socialización femenina y la socialización masculina a las que nos somete este sistema patriarcal hace que las mujeres tengamos unas condiciones de vida peores, pero que en esta variable que ustedes comentan nos suicidamos menos. Y esta es una cuestión curiosa y da que pensar. Es cierto que las autolesiones sí son más numerosas entre mujeres, pero el suicidio consumado, no. Habría que pensar por qué los hombres se suicidan más. En el feminismo existen hipótesis sobre esto y tienen que ver con que la socialización masculina somete a los hombres a un aislamiento, a una falta de capacidad para poder expresar sus emociones. Les deja solos, les exige una serie de objetivos en la vida que son absolutamente inalcanzables, que tienen que ver con la competencia con otros, que tienen que ver con ser una figura, una especie de señor montado a caballo que puede con todo, que es capaz de enfrentarse al mundo. Y eso no es así, la vida no es así, y cuando uno se enfrenta a una situación de sufrimiento psíquico pensando que tiene que ser ese hombre que el patriarcado le ha enseñado a ser o que el patriarcado le ha indicado que tiene que ser y no lo consigue, es muy frustrante y puede llevar a la desesperanza y a la desesperación y a cometer, incluso, este acto de suicidio. Creo que en el Comisionado de Salud Mental tenemos que poner especial atención en tener una mirada feminista en lo que respecta al tema de los suicidios y las autolesiones. Y les agradezco que hayan podido traer a debate este asunto.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora González.

Si los grupos quieren hacer brevísimos comentarios, estamos abiertos a ello, pero de dos o tres minutos como mucho.

Empezamos con el Grupo Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: No quisiéramos profundizar mucho más que en el agradecimiento. Hay una aportación sobre el tema de la ideología, que luego desarrollaremos más en la PNL de educación sexual. La ideología la tenemos todos, es una parte esencial del ser humano; es como si negáramos que tenemos capacidad de pensamiento. Otra cosa es qué ideología tenemos o no. Lo comento por desmontar algunas afirmaciones, como cuando se utiliza el término ideología como si fuera incorrecto tenerla. La ideología es intrínseca a nuestra forma de ser.

Comisionada, quiero agradecerle el trabajo y ofrecerle toda nuestra disposición a trabajar. Creo que es importante mantener, se decía ahora en otra intervención, un trabajo intersectorial fuerte entre todos los departamentos, con la sociedad civil, con nuestro trabajo en el Congreso, en el ámbito legislativo, y con el trabajo del Gobierno en los diferentes ministerios.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la portavoz del grupo el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Quiero agradecer la comparecencia y todas las aportaciones de la comisionada. Estaremos pendientes de la prescripción social que ha comentado en el argumento. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 33

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

Tengo que decirle que la hemos entendido muy bien, pero es que no viene aquí en calidad ni en nombre de las consultas de salud mental. No subestime a los miembros de esta Comisión, porque nosotros somos conocedores de esos temas que se abordan en las consultas: violencia de género, precariedad, pobreza. Usted viene en calidad de directora del comisionado, así que entenderá que nosotros esperábamos que hubiese avanzado más. Nosotros tenemos la inquietud de que se avance más, porque el tiempo apremia, y que no se quede en lo descriptivo, sino que avance. Esperábamos quizá más respuestas y más proposiciones.

Seguimos con la misma inquietud económica. Está muy feo hablar de dinero, pero es la realidad que vivimos. No ponemos en discusión la intención de llevar a cabo los planes, ¡joj!, no, sino el que vaya a ser posible realizarlos, porque no hay unos presupuestos que los acompañen y todos los proyectos cuestan dinero y necesitan inversión.

Como seguiremos trabajando y seguiremos avanzando, tendrá oportunidad de ir contándonos cómo va y cómo ha conseguido dinero de un ministerio o de otro; esto es cuestión de pegar, como ya nos han dicho. Nosotros seguimos dispuestos a escuchar, a trabajar, a compartir con todos el trabajo en la subcomisión. Simplemente quiero agradecerle que haya querido venir.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿Quiere intervenir el Grupo Vasco? (**Denegación**).

Señora comisionada, tiene usted la palabra para terminar la comparecencia.

La señora **COMISIONADA DE SALUD MENTAL** (González Callado): Quería finalizar agradeciendo la asistencia, agradeciendo las preguntas, agradeciendo la escucha y, sobre todo, apelando a que, en efecto, hagamos presión entre todos para conseguir tanto colocar en el lugar que se merece la salud mental, como encontrar esa financiación que nombraba el Grupo Popular y priorizarla, para que podamos continuar haciendo planes de salud mental de gran impacto tanto desde el Ministerio de Sanidad, como desde otros ministerios, desde las comunidades y con el apoyo de los grupos parlamentarios que representan a la ciudadanía.

Muchísimas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, comisionada, en nombre de toda la Comisión.

Creo que los trabajos de la subcomisión han sido un buen comienzo y que habrá ocasión de ampliar este debate. Suspendemos un minuto para acompañar a la puerta a la comisionada y seguimos con el orden del día, porque nos quedan tres PNL. (**Pausa**).

PROPOSICIONES NO DE LEY. (CONTINUACIÓN):

— RELATIVA A LA CONSECUCCIÓN DE AVANCES REALES EN EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PERSONAS MENORES, ASÍ COMO SU MONITORIZACIÓN Y CUMPLIMIENTO EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO PLURINACIONAL SUMAR. (Número de expediente 161/000433).

El señor **PRESIDENTE**: Antes de entrar en el orden del día, les quiero anunciar que tendremos reunión de Mesa y portavoces el 11 de junio por la mañana, porque tenemos sesión de la Comisión el día 19 y habrá que fijar el orden del día.

Seguimos con las tres PNL que nos quedan. La primera es la proposición no de ley relativa a la consecución de avances reales en el ejercicio del derecho de educación sexual de las personas menores, así como su monitorización y cumplimiento en las diferentes comunidades autónomas, presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

Tiene la palabra su portavoz por un tiempo de cinco minutos.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes, de nuevo.

Una de las cosas que nos preocupan mucho de esta vida parlamentaria es este clima constante que tenemos de enfrentamiento dentro de la política española, que a veces nos está llevando a convertir en dogmas irrenunciables algunas cuestiones que hace no mucho tiempo por lo menos eran objeto de debate con cierto sosiego y cierta calma. En el debate podíamos estar o no de acuerdo, pero por lo menos había un proceso de enriquecimiento en la conversación.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 34

Se ha insistido varias veces en esta Comisión en que parece que la Comisión de Sanidad es un cierto oasis más sosegado, quizá porque hay más consenso en algunos de los temas y porque igual también tenemos menos cámaras alumbrándonos y entonces es menos importante hacer esa escenificación de agresividad. He comentado ya —no sé si en esta Comisión o en alguna otra— que en este país hay un aula de un instituto que es la más fotografiada y observada por parte de toda España, y esta aula es el Congreso de los Diputados. Entonces, la imagen que damos a nuestros alumnos y alumnas de agresividad, de no escuchar, de poner caras cuando habla el otro, de hablar con el de al lado cuando está otro hablando, de levantarse y marcharse y de gritar o de insultar la verdad es que no es un buen ejemplo para los críos y las crías de este país.

Voy a hacer un *spoiler* de la PNL que presentamos. Hablar de educación sexual no solamente es hablar de cómo poner un preservativo y disminuir las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no planificados, sino que hablar de educación sexual también es hablar de cómo mejorar la autoestima, cómo aprender a tener una escucha activa, cómo desarrollar la empatía, cómo trabajar el empoderamiento personal, cómo trabajar la presión de grupo o cómo trabajar las responsabilidades afectivas. Dicho de otra forma: si los 350 diputados y diputadas de nuestro Congreso —algunos más que otros— hubieran tenido una buena educación sexual, lo que hemos visto esta mañana no hubiera pasado. Eso de gritar, insultar o levantarse posiblemente no hubiera pasado. Podríamos o no estar de acuerdo, porque lógicamente podemos tener puntos de vista diferentes y no estar de acuerdo, pero desde luego las formas no hubieran sido esas, porque habríamos tenido una educación en el sentido de respetar, escuchar o mantener cierta empatía, pese —insisto— a no estar de acuerdo en algunas cuestiones.

La proposición no de ley que hoy defiende el Grupo Parlamentario SUMAR pretende instar a este Gobierno a que se consigan avances reales en el ejercicio del derecho de la educación sexual. De hecho, quien nos ha ayudado a elaborar la proposición no de ley es gente del ámbito de la salud pública que lleva trabajando casi veinticinco años en educación sexual, y este es un derecho reconocido por las Naciones Unidas, por el Parlamento Europeo y por la Organización Mundial de la Salud; se ha inscrito en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y está reconocido también por la Unesco. Por tanto, estamos hablando de un derecho que tiene amplísimo reconocimiento en las instituciones internacionales, con un amplio consenso en evidencias científicas.

Las evidencias científicas tienen dos grandes conjuntos. Por un lado, se ha demostrado que la educación en salud sexual provoca la reducción en tasas de infecciones de transmisión sexual, VIH y en embarazos no planificados. Y, por otro lado —que es lo que antes mencionaba—, se ha constatado que trabajar una educación sexual con un componente de bienestar emocional, de autoestima, de empoderamiento y de pensamiento crítico mejora otros aspectos de las habilidades de ciudadanos y ciudadanas de forma global. Por tanto, no se trata solamente de trabajar en relaciones sexuales con menos riesgos, sino de trabajar en bienestar emocional de personas menores y de nuestros jóvenes. Creemos que ese conjunto de beneficios es por sí solo lo suficientemente sustantivo para que incluso personas que mantengan una postura crítica respecto a la educación afectivo-sexual sean prudentes a la hora de desacreditarla.

La educación afectivo-sexual les brinda a las personas que la reciben la capacidad de tomar decisiones informadas, lo cual amplía el ámbito de la libertad individual en muchas direcciones. Las últimas evidencias que tenemos ahora mismo confirman, por ejemplo, que la educación afectivo-sexual aumenta el uso del preservativo, retrasa la edad de inicio de prácticas sexuales de riesgo y, también, mejora algunos de los elementos que señalaba anteriormente.

Es importante precisar que tenemos una escasa implantación de la educación afectivo-sexual entre el alumnado de España. Hay que recordar que las infecciones de transmisión sexual en menores de 20 años se han disparado entre el año 2014 y 2022; que la violencia de género en adolescentes ha aumentado un 87 % entre 2018 y 2022, y que la tasa de interrupción voluntaria del embarazo en menores de 20 años ha subido en los dos últimos años, hasta alcanzar un 8,5 %, lo que insiste en la pertinencia de mantener estos programas. Ha habido ciertos años donde hemos tenido mejores coberturas en programas de educación afectivo-sexual, aparte de que existe una variabilidad importante entre comunidades autónomas. Existen buenas prácticas en algunas comunidades autónomas; de hecho, el programa asturiano, que tiene una implantación desde hace mucho tiempo, viene de la experiencia del País Vasco y, además, se ha nutrido de experiencias en diferentes comunidades autónomas.

La proposición no de ley que les invito a considerar aborda uno de los factores más complejos y necesarios en el desarrollo integral de la infancia y adolescencia, una etapa particularmente vulnerable debido a cambios biológicos, emocionales y sociales. Y vulnerable también quiere decir que es una etapa

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 35

de oportunidades y de posibles riquezas para propiciar este crecimiento. Planteamos una educación afectivo-sexual desde una perspectiva de salud pública, considerando que es uno de los ejes fundamentales para reducir, como decía antes, los malestares emocionales en la juventud.

Para terminar, les invito a apoyar esta proposición no de ley, para que las personas menores reciban información sexual y afectiva, necesaria para garantizar un desarrollo personal sano, porque esa será, no les quepa ninguna duda, la mejor manera de que tomemos decisiones prudentes, satisfactorias y positivas para nuestro bienestar emocional.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para defender la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra su portavoz.

La señora **PARRA APARICIO**: Gracias, señor presidente.

Señorías, en primer lugar, queremos reconocer la importancia de la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario SUMAR relativa a la educación sexual y emocional. Sin embargo, debemos recordar que SUMAR forma parte del Gobierno. Señorías, estas iniciativas son demasiado difusas y ambiguas, lo que genera incertidumbre y desconfianza, en vez de aportar soluciones. Esto demuestra la incapacidad que tienen para abordar de manera efectiva un tema tan sensible como es la educación de nuestros hijos. Deberían estar trabajando en el Gobierno sobre estos asuntos con coherencia y en consenso, y no traer ese tipo de proposiciones sin ningún tipo de concreción.

Respecto a la propuesta de una asignatura obligatoria de educación emocional y sexual, es fundamental tener en cuenta la sensibilidad de muchos padres, pues es probable que no todos estén de acuerdo con los contenidos impartidos, y también deben ser respetados. Es lo que tiene la diversidad, que no todos pensamos igual. Queremos dejar claro que en el Partido Popular defendemos el derecho de los padres a elegir la educación para sus hijos, pues nadie puede ni debe imponer un programa educativo sin el consenso de los padres; de lo contrario, sería ir en contra de la libertad y de la dignidad de las familias, que tienen todo el derecho a expresarse. Por responsabilidad, señorías, la ideología debe quedar siempre fuera de los colegios. Esa es una línea roja que vamos a defender a toda costa. Solo con un profesorado bien formado podemos asegurar la calidad y el rigor necesarios para nuestros menores, más aún en un tema tan sensible y tan delicado como este.

La proposición de SUMAR es demasiado abierta y confusa. No es suficiente venir aquí a plantear ideas, es fundamental aterrizarlas. Hay que aterrizar los temas y tratarlos con seriedad, que es lo que la educación merece. La educación es un pilar fundamental y debe abordarse con seriedad, con sensatez y con propuestas claras y concretas. Imponer sin consenso podría significar un adoctrinamiento desde las instituciones, algo sin duda inaceptable en nuestra sociedad democrática.

Por ello, el Grupo Popular propone una enmienda para mejorar esta iniciativa: elaborar acciones concretas que mejoren la relación afectivo-sexual, equilibrando las necesidades formativas de los alumnos con el derecho de los padres a un aprendizaje acorde con sus convicciones; promover, en colaboración con las comunidades autónomas, la adecuada formación permanente del profesorado en materia de formación afectivo-sexual; enfatizar, en colaboración con las comunidades autónomas, para desarrollar medidas que mejoren la salud sexual y emocional, involucrando a asociaciones de profesionales sanitarios y educativos y a sociedades científicas, en un enfoque consensuado entre todos.

Señorías, nosotros creemos firmemente en la importancia de una educación integral y de calidad, pero siempre siempre respetando los derechos y libertades de los padres y alumnos. Eso es lo que defendemos y defenderemos en el Partido Popular.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora, para intervenir y fijar posición, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **VAQUERO MONTERO**: Mila esker.

Estamos de acuerdo con la necesidad de la educación afectivo-sexual, pues está demostrado que la educación en todos los ámbitos, también en el afectivo-sexual, ayuda a formarse a las personas en mejores condiciones y a ser mejores personas en el futuro. Por lo tanto, estamos de acuerdo con el fondo y la necesidad que plantea esta proposición no de ley, pero en algunas materias y en algunos puntos entra

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 36

en colisión con el marco competencial. Es decir, qué se tiene que insertar en el sistema de educación y qué se tiene que insertar en sanidad y demás es competencia de las comunidades autónomas. Por ello, estamos de acuerdo, pero nosotros en este punto nos vamos a abstener.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

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

Señor Cofiño, mentir a la ciudadanía diciendo que no va a traer una amnistía y concederla por siete votos a aquellos que dieron un golpe de Estado creo que no es ningún favor a la democracia y que no es correcto lo que usted ha dicho. Hay que protestar enérgicamente, y no manifestarse impasible ante lo que ha sucedido hoy. Como he dicho antes, invito a la reflexión, a que ustedes sean conscientes de la gravedad de los hechos.

Y es igual de grave esta proposición no de ley, porque no entiendo que el Partido Popular haya pasado por alto el segundo punto, que dice «incorporar una materia curricular obligatoria de educación emocional y sexual en Infantil, Primaria y Secundaria»: tres, cuatro y cinco años. Mi hijo tiene cinco años y no quiero que ninguno de ustedes le ponga la mano encima ni que le diga la educación sexual que debe recibir, porque esa educación se da en los hogares. Matemáticas, Inglés, Lengua, Historia... Por cierto, Historia hace falta que a muchos de ustedes se la den, porque parece mentira.

Hoy se rompe un poco el consenso que estamos teniendo en esta Comisión, porque me parece una cosa depravada lo que ustedes pretenden bajo este sesgo y una PNL que aparentemente es inofensiva. Y hemos visto hasta qué punto, porque ya pasó cuando la señora Irene Montero con ciertas palabras deslizó cierta apología hacia la pedofilia. Y recientemente lo hemos visto también en un cartel en Almería, en el que se leía, junto a la imagen de un niño: 'Si dice no, no es sexo, es agresión'. No, señores, es pedofilia, es una agresión sexual, y es lo que estamos permitiendo. Deslizándose tranquilamente este tipo de cositas se permite que se avance en esa línea, se permite que se avance en la perversión de nuestros hijos, porque vuelvo a decir que en los hogares es donde se da la educación sexual. Se puede reforzar en el colegio, como se ha dicho muchas veces, cuando ya tienen una formación y una capacidad de defenderse ante aquellos que entran a los colegios, sin una titulación educativa, a dar e imponer sus ideologías.

Nosotros, desde VOX, no vamos a estar de acuerdo en esto jamás, no vamos a estar de acuerdo en que se dé educación sexual en los términos que usted emplea, ni en ningún otro término, a niños de tres, cuatro y cinco años. Mi hijo tiene cinco años, mi hija va a cumplir tres y, como padre, no consiento que ustedes se metan en los colegios a imponer ideología de género y sexual y pervertir lo más sagrado que tenemos, que son nuestros hijos. Lo vuelvo a decir para toda esa gente que pretenda infectar a nuestros hijos: Saquen sus sucias manos de nuestros hijos, por favor.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene el turno de palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Gracias, presidente.

En primer lugar, quisiera expresar mi sentimiento de satisfacción y orgullo por pertenecer al grupo parlamentario líder en respeto, consenso y solidaridad con y para España.

Y ahora vamos a la PNL. El Grupo Parlamentario Socialista considera fundamental el desarrollo psicoafectivo de los menores para avanzar en educación sexual, no como una opción sino como un derecho. Avanzar en educación sexual es parte de una prevención integral para la población, y eso implica apostar por que las comunidades autónomas sean las gerentes y las responsables de esa competencia y desarrollar todos los planes, todas las estrategias y esas líneas de acción en consenso con los ministerios implicados; estrategias como las guías de escuelas que promocionan la salud, acuerdos para la educación o el plan estratégico para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual. Y en esto, compañeros de VOX, no se puede mirar para otro lado, y no se puede mirar para otro lado porque lo que conlleva es un aumento en las infecciones de transmisión sexual, como ha pasado en la Comunidad Autónoma de Extremadura. **(El señor Fernández Ríos: Hablamos de menores)**. Perdona, estoy hablando yo. Los compañeros de VOX proponen y el PP insta a que se debe mantener la inocencia del alumno en las escuelas, pero, según las últimas noticias, ha aumentado el número de casos de gonorrea y sífilis en menores.

Señorías, el Grupo Parlamentario Socialista avala las acciones propuestas para el cumplimiento normativo de la LOMLOE en las diferentes etapas educativas que se relacionan con la educación

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 37

emocional y sexual. Y avalamos también una efectiva monitorización del cumplimiento de las acciones para garantizar la aplicación de las políticas de educación para la salud en los diferentes territorios y evitar que la educación para la salud, en concreto la afectivo-sexual, dependa de la buena voluntad del profesorado. La educación sexual genera igualdad, libertad y respeto y el Grupo Parlamentario Socialista se posiciona a favor de esta proposición no de ley para conseguir avances reales en el ejercicio del derecho a la educación sexual y la monitorización del cumplimiento de las acciones en las comunidades autónomas, caminando así hacia una equidad educativa y sanitaria. Permítanme decir que la educación es la mejor prevención y que siempre vale más prevenir que curar.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra el portavoz del Grupo Plurinacional SUMAR para decir si se admite o no la enmienda presentada por el Grupo Popular.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Se ha presentado una enmienda transaccional con la modificación del punto 1, que quedaría redactado de la siguiente forma: «Elaborar una propuesta curricular de alta calidad científica que contemple la educación para la salud incluyendo como bloques de contenidos específicos, al menos, las habilidades sociales, bienestar emocional y educación afectivo-sexual.»

El señor **PRESIDENTE**: Señoría, hay que presentarla por escrito.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Sí, presidente. Es para informar al resto de los grupos de que el apartado 2 diría: «Promover, en colaboración con las comunidades autónomas, una adecuada formación permanente y recursos al profesorado en materia de educación para la salud, incluida educación sexual.» Se elimina el punto 3 y se mantiene el texto original de los puntos 4, 5, 6 y 7.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Como votaremos al final, ahora nos distribuirán por escrito la enmienda.

— SOBRE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES POR EL VIH Y LAS ITS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000500).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición no de ley sobre la prevención y atención de las infecciones por VIH y las infecciones de transmisión sexual, del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **CASTILLA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, presidente.

Buenas tardes ya. Voy a intentar que esta proposición no de ley que trae el Grupo Parlamentario Socialista no genere ningún tipo de desazón ni incomodidad en nadie, porque esto tiene que ver con la prevención de enfermedades. Y creemos que es importante, porque, desde luego, hoy traemos esta proposición no de ley con la finalidad de seguir avanzando en la prevención y la atención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; en adelante ITS, para recortar tiempo.

El objetivo es mejorar la detección, el tratamiento, el correcto seguimiento y la mejora de la calidad de vida de las personas con infección por el VIH y otras ITS. Y lo hacemos no extemporáneamente, ni mucho menos, sino desde una perspectiva combinada y alineada con la estrategia ONUSIDA, puesta en marcha en nuestro país mediante un plan estratégico para la prevención y control de la infección por el VIH y las ITS, que está vigente y que marca el periodo 2021-2030. Este plan fue elaborado por el Gobierno de España en el año 2021 y aporta una respuesta organizada y participada ante los retos que plantea poner fin a la epidemia del VIH y reducir la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual. Es un plan acorde con los ODS y las metas propuestas por ONUSIDA para el año 2030, basado en los principios de equidad y universalidad. Además, hay que poner en valor que por primera vez se abordan las ITS en el Sistema Nacional de Salud de manera específica, con planes de acción y actuaciones concretas enfocadas a este tipo de enfermedades, pero manteniendo una respuesta integrada al VIH para toda la población, pero también para responder a los colectivos y sectores específicos que pueden ser más vulnerables: adolescentes, jóvenes y mujeres.

Las ITS son un problema importante de salud pública, muy importante —ya lo ha dicho la compañera que me ha precedido—, tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas; si no se realiza un diagnóstico y un tratamiento precoz, pueden ser secuelas bastante importantes. Algunos pueden decir

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 38

que ya se está haciendo, que tenemos la estrategia y está funcionando. Sí, pero tenemos un dato que nos ha puesto en alerta, y es que las cifras —que son incontestables— dicen que van en aumento sostenido estas ITS en nuestro país en los últimos años. No les voy a dar el número de casos en concreto por la hora que es y por ajustarme al tiempo, pero es cierto que en el corte transversal epidemiológico que se hizo en 2022 se registraron índices más altos de gonorrea y clamidia, y la sífilis alcanza la tasa más elevada desde 1995. Creo que esto es importante, y vamos a dibujar un poco el perfil. La mayoría de los pacientes atendidos por estas enfermedades son hombres y jóvenes; nueve de cada diez casos registrados pertenecen a la población masculina, y más del 50 % de las infecciones se detectaron en personas de entre 25 y 34 años. Respecto al VIH, en la década de los noventa, yo tuve la ocasión de estar seis años trabajando en una unidad de Medicina Interna con infecciosos, con pacientes VIH/sida. En ese momento, teníamos los inhibidores de la transcriptasa inversa que no lo cronificaba y, luego, se avanzó a los inhibidores de la proteasa que, desde luego, fue un avance científico tremendo. Y, a pesar de todo lo que hemos avanzado en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH, todavía hay un problema de salud grave. No en vano, han perdido la vida más de cuarenta millones de personas en el mundo; eso que estén diagnosticadas y contabilizadas. Ciertamente es que, gracias a los avances que he dicho antes, la propia OMS reconoce que el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico. Es cierto que en 2020 nos pusimos una meta, que era el 90-90-90. Se lo explico: 90 % de personas con VIH diagnosticada, 90 % en tratamiento antirretroviral y 90 % con carga viral suprimida. Ahora hemos avanzado más. Miramos hacia el año 2030 y hemos aumentado el porcentaje al 95 %; y hemos puesto un cuarto al 95 %, que es muy importante, que es que las personas con VIH tengan una buena calidad de vida y sufran cero discriminaciones, porque existen, y se ha avanzado mucho en el mundo y en España.

La estimación del continuo en atención de VIH, sí, estar continuamente monitorizándolo, es muy importante para ver qué progreso y qué objetivo estamos cumpliendo. En 2018 —les doy el dato, señorías, la estimación de ese continuo— en España, aproximadamente, un 18 % de los pacientes afectados con VIH no estaba diagnosticada, 18 %. Hoy, bueno, es una cifra retrospectiva, corte transversal 2021, hemos bajado al 7,5 %. Es decir, actualmente, en España se estima que un 92,5 % de las personas con infección por VIH conocería su diagnóstico. Me voy a la otra parte, que supone que el 7,5 % de las personas que viven con VIH en España desconocen que tienen la infección. Tenemos datos muy importantes, muy elevados y muy cercanos a ese objetivo de 2030, pero tenemos que seguir avanzando. Por tanto, señorías, aunque son datos con los que debemos estar satisfechos, con las políticas sanitarias y las estrategias que hemos desarrollado, debemos seguir haciendo todos los esfuerzos necesarios para alcanzar las metas fijadas para ese 2030, que es el objetivo que nos hemos planteado. En esta línea se ha trabajado desde el Gobierno de España en importantes hitos —y ya termino, presidente, que veo ya la luz roja y me va a sacar tarjeta roja—, como el Pacto social para la no discriminación y la igualdad de trato social VIH, la inclusión de la profilaxis preexposición —llamada también PrEP— en el año 2019, la prestación farmacéutica y el plan estratégico que antes he citado y que tiene una serie de puntos que los animó a que lean.

Por lo tanto, desde el Grupo Parlamentario Socialista insto al resto de grupos a apoyar esta proposición no de ley, muy importante, sobre todo para evitar que sigan subiendo estas cifras impactantes.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para defender su enmienda, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, la creciente incidencia de las infecciones de transmisión sexual es un problema de salud pública. Y algo estaremos haciendo mal cuándo en las últimas décadas no paran de incrementarse las enfermedades de transmisión sexual. Hablábamos en la PNL anterior del tema de la educación. Yo creo que, aparte de lo que hablamos hoy, de la profilaxis, preexposición y tratamientos farmacológicos, sin duda hay que abordarlo desde un punto de vista más amplio. Ahí están ámbitos como la educación sexual, ámbitos de orientación en temas relacionados con conductas, hábitos, comportamientos y también el acceso a la sanidad. Creemos que hay que seguir luchando para que el VIH deje de ser un problema de salud pública en 2030, y, para ello, sin duda, una parte de este enfoque, que es la profilaxis preexposición, es considerarlo una medida fundamental y complementaria con otras medidas preventivas enmarcadas en los objetivos ONUSIDA 95-95-95 para 2030. Pero, me parece que esta PNL es un nuevo brindis al sol; no tiene ni una nueva propuesta y hablan de planes estratégicos o del programa PrEP que llevan años en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 39

marcha. Llama la atención que desde el partido del Gobierno se inste a que el Gobierno haga lo que tiene que hacer, desarrollar el Plan estratégico para prevención y control de la infección VIH y las ITS de 2021 a 2030, en España, aprobado en el año 2021; o el manual de implementación de un programa de profilaxis preexposición al VIH en España, aprobado en febrero del año 2020. Por eso, yo creo no trae nada nuevo. Yo estoy de acuerdo con esta PNL, pero no trae nada nuevo.

Yo creo que esta iniciativa tiene que ver algo con la relación, no sé si buena, mala o regular, entre los partidos que forman el Gobierno. La ministra de Sanidad, doña Mónica García —ahora hablará SUMAR—, el día 6 de marzo destaca el éxito de la PrEP tras cinco años de experiencia y, tan solo veinte días después, el día 27 de marzo, el diario oficial de las Cortes Generales publica esta PNL del Grupo Socialista. ¿Qué ocurre? Que Mónica García, nuestra ministra, quiere apuntarse un éxito de algo que se había hecho antes, y el Partido Socialista, como está celoso de la ministra, entonces trae aquí la PNL. Una habla de éxito y el Grupo Socialista dice en esta PNL que hay que desarrollar; y si el Gobierno dice que es un éxito, ¿por qué se trae aquí una iniciativa diciendo que hay que desarrollarla? La verdad es que no lo entiendo. Creo que esta es una PNL hecha con prisa. Habla de potenciar la formación de profesionales de atención especializada y de atención primaria. Mire, la atención primaria es una especialidad médica. Vale ya, desde el Partido Socialista, de decir que la atención primaria no es especializada. Cámbienlo y pongan, si acaso, atención hospitalaria, pero es una especialidad que llevamos mucho tiempo defendiendo desde el Partido Popular. Si el concepto de ellos es que no son especialistas, explíquenselo a los miembros del Partido Socialista.

Señorías, hablan del preservativo como método anticonceptivo. Estoy de acuerdo, es un método anticonceptivo, pero, en una PNL sobre ITS, el uso de preservativo está demostrado en la eficacia para prevenir enfermedades de transmisión sexual, no como método anticonceptivo. Hablan de implementación del sistema de información de PrEP en las comunidades autónomas aprobado en 2020 e incluido previamente en el Plan Nacional sobre el Sida, y creo que es positivo el incremento en medidas para prevenir las ITS. Y también —insisto— la evaluación y formación de estos sistemas de información coordinados en toda España. Terminó. También hablan de liderazgo de los municipios en la prevención del ITS en el marco de la iniciativa Fast-Track Cities. He estado revisando y no veo ninguna evaluación de este programa; sí un anuncio de la ministra Darías, y creo que es imprescindible que, además del anuncio de esta ministra, haya una evaluación de resultados para hacer una valoración, y, ya que está puesta en marcha, ver si hay que seguir implementando medidas. En resumen, una PNL que no propone nada nuevo, llena de incorrecciones, por lo que hemos presentado una enmienda que hemos transaccionado para tratar de mejorarla, pero digo que es un brindis al sol.

Quiero concluir manifestando la preocupación de mi grupo por la tendencia alcista de las ITS, que es un verdadero problema de salud pública que hay que abordar, insisto, de modo integral y serio. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

A continuación, tiene la palabra el portavoz del Grupo Plurinacional SUMAR.

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

Todo esto tiene mucha relación con lo expuesto anteriormente, en relación con la PNL que presentaban sobre educación sexual. El marco de trabajo de la estrategia tiene que ser un marco global que enfoque aspectos de promoción de la salud, de prevención y aspectos de atención, como señalaba también en la presentación la compañera del Grupo Socialista. Es importante tener en cuenta en prevención, en promoción y en atención una perspectiva de equidad. En Asturias tenemos experiencias importantes en trabajos de este ámbito de prevención de VIH e ITS, y algo que hemos visto también es la importancia de segmentar diferentes sectores de la población y colectivos más vulnerables donde, a veces, nuestras intervenciones de prevención o de atención no están llegando; por lo que nos parece adecuado.

Nos parece adecuado, y esta es una reflexión que creo que podemos hacernos de forma crítica todos los grupos parlamentarios, lo que también comentaba antes el portavoz del Grupo Popular, el tema de si son PNL muy abstractas. Yo creo que, si nos evaluamos todos, muchas de las PNL que hemos presentado son muy abstractas hoy e inciden en cosas que ya se están haciendo. Es decir, la atención primaria que debatimos en primer lugar, francamente, no dice cosas muy diferentes a varios documentos que ya están aprobados. Yo entiendo que, comunicativamente, cada uno, cuando nos toca hablar, decimos nuestra parte, pero posiblemente todos podemos caer en esa abstracción o en cosas que ya se están haciendo. Creo que la reflexión tiene que ser esa. En ese sentido, quiero agradecer el apoyo a la enmienda transaccional a la PNL de educación sexual. Lo importante es trabajar en dar pasos hacia delante para

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 40

poder seguir construyendo, que consideramos que es interesante. Apoyo a la PNL en este sentido y también al Grupo VOX por la aportación de antes que tiene relación con la PNL sobre el tema de educación sexual, que es una de las patas importantes en VIH e ITS. Yo soy un irreductible al confiar en la especie humana e invitaría —ya sé que comunicativamente eso no lo van a poder hacer en este ámbito parlamentario— al portavoz a conocer cómo se están trabajando en programas de educación sexual que vienen, insisto, de marcos de evidencia científica, no vienen de marcos de grupos políticos. Le invitaría a conocerlo en detalle, le invitaría venir a Asturias a conocer cómo se está trabajando en educación sexual para ver que el funcionamiento es plenamente óptimo y no tiene relación con ese discurso que antes hacía. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra su portavoz.

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

Muy buenas tardes de nuevo. Gracias, doctor Cofiño, por sus palabras. No conozco precisamente el de Asturias, pero sí conozco eso y puedo hablar con conocimiento de causa. Nuestro grupo no se va a oponer a esta proposición porque consideramos que es importante y vamos a hacer varios aportes.

Voy a coincidir con el Grupo Popular. Aquí la bicefalia no está solamente en temas de política exterior, sino también en las políticas de los diferentes ministerios que lleva SUMAR y que el Gobierno, por detrás, tiene que enmendar la plana y la situación, y es la realidad. O sea, yo al principio veía esto como un poco de autobombo, porque hablábamos de un plan propio del Gobierno que ustedes citan aquí justamente. El general se aprobó en noviembre de 2021, el Plan estratégico para la prevención y control de la infección por el VIH y las ITS en España, 2021-2030. Claro, lo que está demostrando es que no está funcionando y hay que ver por qué no funciona. Entonces, igual que antes he invitado a la reflexión, me gustaría que nos centráramos en ver por qué nuestros jóvenes, porque solo se ha centrado en los jóvenes, están teniendo esta creciente relación de enfermedades de transmisión sexual, a parte del VIH, la gonorrea y la sífilis, que se han nombrado aquí también. Habrá que hacer autocrítica y yo creo que tenemos que ver quizás, como se ha dicho, lo que supone la promoción en algunas comunidades por parte de algunos grupos que están integrados en SUMAR —por ejemplo, como hizo Compromís con el *chemsex*— del sexo con drogas recreativas, que incluso pueden nublar muchas veces el juicio. Aparte de ser un auténtico peligro para la salud, dicho así por los expertos y los sanitarios, digamos que esa promiscuidad, ese acceso temprano al sexo que se impone en nuestros jóvenes, cuando cada vez es más temprana la edad en la que nuestros jóvenes tienen su primera relación sexual, es lo que está provocando muchas veces esas infecciones de transmisión sexual, aunque se pongan métodos anticonceptivos, incluso el uso de la píldora del día después como método anticonceptivo por muchos jóvenes o, como nosotros denunciábamos muchas veces, el uso del aborto como método anticonceptivo.

Es importante destacar el fracaso que está teniendo el Gobierno de Pedro Sánchez, en este caso de la ministra de Sanidad que, por mucho que intente sacar pecho de la situación, no es así. O sea, nuestros jóvenes están cada vez más expuestos a enfermedades de transmisión sexual. Estamos hablando también del virus del papiloma humano, que se está empezando a viralizar. Menos mal que estamos teniendo las vacunas, menos mal que también se ha reaccionado en este sentido con el virus del papiloma humano. Al principio se era reacio a vacunar a nuestros hijos, a los niños, y al final se ha demostrado que hace falta también vacunar a los varones porque, como saben, se convierten en portadores. Creo que esto nos invita a la reflexión. En este discurso no he querido usar el mismo tono que antes, pero yo creo que tienen que hacer autocrítica todos ustedes —y termino, señor presidente— de esa promoción que están haciendo de ciertas actitudes sexuales hacia nuestros jóvenes. Vuelvo a recalcar ese *chemsex*, ese sexo con drogas, la promiscuidad y, sobre todo, ese mal uso que se está haciendo del sexo por parte de nuestros jóvenes.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Señora Castilla, ¿acepta la enmienda?

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

Después de haber escuchado al portavoz del Grupo Popular, parece que no nos habíamos puesto de acuerdo en la enmienda. Lo hemos discutido. Además, ha sido una enmienda que ha ido y ha vuelto, ha

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 41

vuelto y ha ido. Tiene de los dos partidos y yo estoy muy satisfecha de cómo ha quedado, así que aceptamos esta enmienda transaccional. En este momento, si me permiten, se la voy a acercar al letrado para que la tenga la Mesa en su poder.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

— RELATIVA A LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD QUE ACABE CON LAS DESIGUALDADES ENTRE LOS ESPAÑOLES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VOX. (Número de expediente 161/000637).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última proposición no de ley, relativa a la implantación de un sistema nacional de salud que acabe con las desigualdades entre los españoles, del Grupo Parlamentario VOX.

Tiene la palabra su portavoz, por un tiempo de cinco minutos.

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

VOX siempre ha defendido —y ha sido sincero en este sentido, como siempre es en sus políticas, pues somos uno de los grupos que no miente cuando defiende algo— que el mejor sistema sanitario es el sistema que trabaja unido, acorde y coordinado. Actualmente, sus señorías son culpables de haber levantado diecisiete muros que torpedean nuestro Sistema Nacional de Salud con diecisiete sistemas sanitarios diferentes. Esto se vio, sobre todo, en la pandemia. Al final, la pandemia si ha tenido una parte positiva ha sido esa, que nos ha hecho abrir los ojos a los problemas que tenemos en la sanidad, no solamente el problema que tenemos con nuestros profesionales en salud mental, este es otro de los problemas. A mí me gusta ver cómo sus señorías siempre reconocen *off the record* el problema que supone que tengamos un sistema sanitario dividido y son los propios pacientes los que muchas veces nos lo dicen. El otro día en una visita de Menudos Corazones, unos padres estuvieron hablando de los problemas que tuvieron para poder llevar a su hijo desde la Comunidad Valenciana a Madrid, donde ni siquiera el número de la tarjeta SIP entraba en el sistema madrileño de salud. Ese es uno de los problemas que tenemos, pero son muchos, porque la acción descoordinada provoca que haya duplicidades, que haya derroche, que haya malgasto y, sobre todo, que haya una descoordinación y diferencia en las asistencias entre unas comunidades y otras. Hay comunidades donde están subvencionadas las vacunas infantiles, como puede ser el Bexsero, y en otras no. Hay comunidades en las que se tiene un cribado de talón con cuarenta y siete pruebas y en otras no. De hecho, el ministerio solamente reconocía siete pruebas y ahora, a raíz de la presión, va a cambiar. Me refiero a que esos diecisiete sistemas encima trabajan muchas veces completamente de espaldas al ministerio, excepto Ceuta y Melilla, que dependen del ministerio.

Es muy importante saber que hay que volver a centralizar y hay que dar la misma sanidad a todos los españoles, y siempre digo lo mismo, al alza. Es decir, porque una comunidad tenga menos servicios, no podemos coger al resto y decir: Oye, no le des estos servicios a esta, porque va en su detrimento. No, al revés, hacia arriba. Si una comunidad es capaz de hacer cuarenta y siete pruebas en un cribado de talón, el resto tiene que poder hacerlo. Lo que está pasando en España es que un ciudadano, según la comunidad donde viva, no tiene acceso a ciertos medicamentos, tiene más lista de espera, tiene peores hospitales, tiene menos médicos y tiene menos especialistas. Nos vamos a las Islas Baleares y nos encontramos que tenemos un problema con los especialistas porque se impone el catalán, y eso genera una barrera porque muchos profesionales no desean ir. Tenemos lo mismo en Cataluña y en la Comunidad Valenciana, y eso va en contra de los beneficios de los ciudadanos. Tenemos que defender la sanidad igual para todos los sanitarios, porque tenemos que defender que nuestros sanitarios no se marchen. Hemos estado hablando en esta Comisión precisamente de eso, de traer sanitarios extranjeros sin poner solución a que los nacionales se marchen fuera. No podemos tener listas de espera, como se ha visto en el ministerio, por encima de 250 días. No puede ser, como ha ocurrido en la Comunidad Valenciana, que se pararan por completo las pruebas de cáncer de mama a las ciudadanas de dicha comunidad. Es una situación lamentable. No podemos decir que tenemos el mejor Sistema Nacional de Salud ni podemos decir que tenemos la mejor sanidad cuando no somos capaces de retener a nuestros sanitarios, ni somos capaces de poder dar la mejor sanidad a los ciudadanos, ni somos capaces de trabajar en un marco común. Lo dicen las asociaciones de pacientes, lo dicen los profesionales: la necesidad de coordinación, la necesidad de poder conectar, más allá de esa comisión, con las diversas autonomías. Tenemos que trabajar y, de una vez por todas, reconocer que en los temas de sanidad necesitamos trabajar de una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 42

manera coordinada y unida. Debemos tener un único sistema sanitario para todos, el mejor sistema nacional sanitario para todos y tenemos que estar a la vanguardia en inversión, en investigación, pero, sobre todo, volver a poner en el centro lo más importante: los pacientes y los sanitarios. Esta es la primera piedra para reconocer que nuestros sanitarios necesitan el mejor sistema. El mejor sistema es un único sistema para toda España en igualdad de condiciones y, sobre todo, buscando siempre la máxima excelencia y calidad asistencial.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **MADRID OLMO**: Gracias, señor presidente.

Buenas tardes, señorías. Hoy, lamentablemente, se acaba de consumir la infamia de una amnistía que compra siete votos para mantener un gobierno. Hoy se ha dado un auténtico hachazo a nuestra democracia, al Estado de derecho, a nuestra convivencia y, sobre todo, a la igualdad entre españoles y esta PNL va de salud, pero también va de igualdad. Hoy hemos tenido una buena dosis de populismo para intentar justificar lo injustificable y VOX presenta una proposición para que el Estado recupere las competencias sanitarias, y eso, señorías, para mí también es populismo; un populismo simbiótico con el del Gobierno que se acentúa en momentos preelectorales, como ha ocurrido con el tema argentino. Fue precisamente un argentino quien afirmó aquello de que los populismos quieren tanto a los pobres que los multiplican. Así nos va en esta España maltratada por el Gobierno inventor de fango, nada más y nada menos que un cuarto de la población general y más de un tercio de la población infantil en riesgo de pobreza y un Ministerio de Sanidad populista e ideologizado, como acabamos de comprobar con la comisionada de salud mental.

La proposición de VOX no la podemos aceptar en sus términos y, por tanto, hemos presentado una enmienda instando al consenso, instando a la coordinación entre todos los agentes que intervienen en el Sistema Nacional de Salud para materializar un pacto de Estado, como hace unos días solicitó Andalucía, para encontrar soluciones efectivas a los problemas. VOX plantea la devolución de competencias en materia de sanidad al Estado. Creo que es un imposible demagógico en la España actual. Lo hace sobre la base del número de españoles insatisfechos, según el último barómetro sanitario. Es decir, sacan el cañón para matar la mosca y decirle al ciudadano que el problema son las autonomías. Me gustaría, señorías de VOX, saber qué datos de satisfacción ofrecería el barómetro con todas las competencias sanitarias en manos de este Gobierno. Tengo la impresión de que a ustedes también se les ha pasado esto, porque está más que claro que tendríamos ciudadanos de primera, ciudadanos de segunda y hasta ciudadanos de decimonovena categoría en función de los intereses de Sánchez. Les guste o no, la España de las autonomías es un muro de contención para los autócratas y los promotores de las desigualdades que, en salud, se traducen en inequidades injustas y evitables. Quieren acabar con una descentralización sanitaria que está contemplada en la Constitución, amparada por la Ley General de Sanidad y para la que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud contempló acciones protectoras de la salud garantizando la equidad, la calidad y la participación social; un sistema que, con sus luces y con sus sombras, tiene más ventajas que inconvenientes y que solo requiere que el Estado se responsabilice de sus competencias, genere consensos y no distorsione todo lo positivo que la descentralización sanitaria ha aportado como una gestión adaptada a cada autonomía, a su población y a su territorio; que ha impulsado avances legislativos importante; que ha acercado la toma de decisiones a los ciudadanos; que ha fomentado la innovación, y que ha permitido imbricar en los servicios de salud, cultura y valores de cada territorio sobre otras cosas. ¿Que el sistema es imperfecto? Es evidente. ¿Que es mejorable? Por supuesto. Pero no son más valientes las políticas más disruptivas, sino las más sensatas y las que buscan caminar por la senda de la cohesión y la igualdad. En esa senda no se ubica esta proposición ni está un Ministerio de Sanidad que se ha olvidado de las propuestas del dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del 2020 o las que plantea el Consejo Económico y Social. En el Partido Popular sí que estamos en esa senda; en la senda que marca nuestro programa electoral, en la senda del pacto de Estado con nuevas prácticas, eliminando normas obsoletas o actualizando la gobernanza con una atención primaria como elemento vertebrador donde los acuerdos y los consensos con toda la comunidad sanitaria, con la ciudadanía y con las autonomías nos permitan avanzar hacia un mejor sistema sanitario. Todo lo que no sea avanzar para mejorar el modelo creo que es populismo, el mejor activo de la desigualdad y del deterioro de los servicios públicos. Nuestro voto, si no se acepta la enmienda, es en contra de esta proposición. **(Aplausos)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 43

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Ahora empezamos con el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV). (**Denegaciones**).

Por el Grupo Plurinacional SUMAR, tiene la palabra su portavoz.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: La verdad, es curioso haber escuchado que aquí no se habla de ideología y que en esta Comisión avanzamos en el acuerdo. Realmente, me deberán explicar por qué han repetido tantas veces la palabra amnistía y qué tiene que ver con la sanidad. Seguramente que a ustedes les afecta en algo a su salud y, por eso, están mezclando este tema en medio de esta Comisión en la que toca, evidentemente, hablar de otros temas.

También traen una proposición que, evidentemente, no queda excluida de ideología, de centralización y que forma parte de esta campaña de desprestigio y de desmantelamiento de la sanidad pública por parte del partido de VOX. Lo concretaré con dos objetivos que se plantean y que están aplicando en la fórmula que están aplicando. El primer objetivo trata de convencer a la opinión pública de este mal funcionamiento del sistema sanitario. Lo hacen tergiversando los datos, como se demuestra bien en esta proposición en la que intentan engañar a la ciudadanía. Donde ustedes ven crisis, en realidad lo que dice este barómetro es que la valoración positiva es de un 56,7% de la población en general; que hay un 28,5% que opina que, aunque las cosas funcionan, necesitan cambios y; después, alcanza un 14,5% la opinión que habla de cambios más profundos. La percepción de la población, en general, es favorable y tiene una satisfacción de 6,27 puntos sobre 10. Por lo tanto, yo creo que es evidente que la población sigue manteniendo una clara preferencia por los centros públicos en los cuatro niveles a los que se hace referencia: la atención primaria, atención especializada, hospitalización y urgencias.

Ustedes intentan desprestigiar con estos discursos la sanidad pública, pero también nos preguntamos qué hacen cuando gobiernan. Ustedes ahora mismo están gobernando junto al Partido Popular en muchas comunidades autónomas y lo que hacen es desmantelar el sistema público de sanidad. Lo hacen alegando innovación cuando, en realidad, lo que están haciendo es introducir fórmulas de gestión empresarial, abogando por el ahorro y olvidando la calidad del sistema sanitario. Ustedes no son conscientes de que lo que están haciendo es privatizar todo lo que es público, centralizando todo lo que sea próximo, suprimiendo el paso de las comunidades autónomas y obviando que este modelo está más que demostrado que es un modelo ampliamente reconocido, que siempre es más favorable la gestión desde la proximidad. Nosotros también defendemos la gestión desde el municipalismo: cuanto más próxima al ciudadano esté la gestión esta es más favorable. Déjenme introducir la coletilla de que siempre que tienen la oportunidad intentan atacar nuestras lenguas, como también han hecho en esta proposición. Además, la táctica que ustedes aplican en Castilla y León, en el país valenciano, Illes Balears, Extremadura, Aragón o Andalucía es, por ejemplo, poner como responsable del Servicio Extremeño de Salud, en el caso de Extremadura, al señor Jesús Vilés Piris, quien viene del sector asegurador, concretamente como director médico de SegurCaixa Adeslas o, en el caso de Valencia, nombran al conseller de Sanitat, a Marciano Gómez, considerado artífice del modelo Zaplana, presuntamente vinculado con el caso Osvaldos, que investiga el supuesto saqueo de la familia Blasco de la sanidad pública. Esta es su manera de desprestigiar la sanidad pública. Yo le puedo decir que desde el Ministerio de Sanidad lo que nosotros vamos a hacer es garantizar por ley la equidad, la cohesión y la universalidad dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud. Recuperaremos el orgullo que necesita la sanidad pública, como bien dijo la ministra en su toma de posesión, y lo haremos blindando la sanidad pública frente a los que quieren privatizarla, reforzando la salud mental —como hoy se ha visto—, fortaleciendo la piedra angular del sistema sanitario — que es la atención primaria—, ensanchando la cartera de servicios —como también fue ejemplo en esto Barcelona, implantando un sistema de salud bucodental o también el oculista— y, evidentemente, adaptando el Sistema Nacional de Salud.

Vamos a devolver a la sanidad la grandeza que nunca debió perder; vamos a sentirnos orgullosos de nuevo de nuestra capacidad de cuidarnos mutuamente para vivir en un país saludable y justo, gracias a una sanidad pública de vanguardia, gestionada con equidad y eficiencia, y capaz de reducir las desigualdades mediante políticas de salud intersectoriales, participativas y transparentes.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE** Muchas gracias.

Intervendrá el Grupo Parlamentario Socialista.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 44

La señora **SOLDEVILLA NOVIALS**: Gracias, presidente.

El sistema sanitario autonómico, al que en VOX tachan de ineficaz y obsoleto, es un modelo ampliamente reconocido como exitoso, tanto dentro —como comentaba la compañera de SUMAR— como fuera de nuestro país. Año tras año, se emiten estudios que consideran a nuestra sanidad como una de las mejores del mundo en términos de eficiencia y de resolución de problemas de salud. Hay cosas por mejorar, pero no con recentralización, sino con inversión, también desde las comunidades autónomas. No es el Estado autonómico el que debilita nuestra sanidad, sino la infrafinanciación y los recortes.

El Ministerio de Sanidad trabaja para garantizar la equidad del sistema en todo el territorio. Desde 2010, cualquier persona con una tarjeta sanitaria expedida en cualquier comunidad autónoma puede acceder a la asistencia sanitaria en todo el sistema sanitario de salud. Otra cosa que olvidan o desconocen es que la autorización y la financiación de medicamentos ya es competencia del Estado, es la AEMPS la que autoriza la comercialización y es la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia la que hace los estudios de financiación.

También, hace años que se está avanzando en la interoperabilidad de las historias clínicas, considerando la demanda de los profesionales sanitarios y las conclusiones del dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, y para cumplir con la normativa sobre operabilidad entre los sistemas de los países de la Unión Europea.

El sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud contribuye a la coordinación de las administraciones mediante la normalización y la estandarización de los informes clínicos, y se está avanzando para que el 91 % de la población española disponga hoy en día de algún contenido interoperable dentro de ese sistema.

Por otra parte, VOX ha iniciado una de sus intervenciones citando a los padres de la Constitución, pero en la proposición que presenta hoy se incluyen, a falta de una, dos pretensiones inconstitucionales —por cierto, el Grupo Popular no les ha hecho una enmienda, les ha escrito una proposición nueva—. Señalan que se insta al Gobierno a promover la devolución de las competencias sanitarias al Estado y a promover el español como único requisito lingüístico para acceder a plazas de personal sanitario. La asunción por las comunidades autónomas de las competencias en materia de sanidad es resultado del artículo 149.1 de la Constitución, y el Gobierno no puede ni debe promover este traspaso de competencias al Estado; de la misma forma que tampoco puede el Gobierno promover requisitos lingüísticos en el acceso al empleo público pues la política lingüística es también competencia de cada comunidad; y, además, la Administración General del Estado vela por la protección y la promoción de las lenguas oficiales de nuestro país, conforme al artículo 3 de la Constitución. Por tanto, como constitucionalista que es el Grupo Parlamentario Socialista, vamos a votar en contra de su proposición no de ley.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿Aceptan o no la enmienda del Grupo Parlamentario Popular?

El señor **GARCÍA GOMIS**: Le digo a la señoría del Grupo Popular que no somos Sánchez y no nos vendemos por siete votos; ni por siete ni por catorce, porque no cabe con nuestras ideas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE** Muchas gracias.

PROPOSICIONES NO DE LEY. (VOTACIÓN).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a las votaciones.

Vamos a seguir el orden, tal y como aparece en el orden del día. Sé que hemos empezado por la número 6, pero ahora vuelve a su lugar de origen. Las vamos a ir leyendo para que no haya ninguna posible confusión.

La primera votación es la de la proposición no de ley relativa a la materialización de medidas de atracción y fidelización para médicos en atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Popular, con una transaccional con VOX.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; abstenciones, 16.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 119

30 de mayo de 2024

Pág. 45

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

La segunda proposición no de ley es la relativa a la mejora de la prevención y la reducción de la obesidad desde los ámbitos sanitario, social y educativo, del Grupo Parlamentario Popular, con transaccionales con los grupos Socialista y SUMAR.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 33.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley número 3 relativa a agilizar desde la calidad y la seguridad la homologación de títulos extracomunitarios de especialistas en Ciencias de la Salud, con las transaccionales con los grupos Socialista y SUMAR.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 30; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Vamos a votar la proposición no de ley número 4, relativa a la consecución de avances reales en el ejercicio del derecho a la educación sexual de las personas menores, así como su monitorización y cumplimiento en las diferentes comunidades autónomas, del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, que tiene una transaccional con el Grupo Popular.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 30; en contra, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Vamos a votar la proposición no de ley número 5, sobre la prevención y atención de las infecciones por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual, del Grupo Parlamentario Socialista, con transaccionales del Grupo Popular.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 30; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley para la reducción de la huella de carbono en el sector sanitario en España y la recomendación de uso de inhaladores de polvo seco y niebla fina, que es la número 6 en nuestra agenda, con transaccional del Grupo Popular.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 30; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la última proposición no de ley, la número 7, relativa a la implantación de un Sistema Nacional de Salud que acabe con las desigualdades entre los españoles. Se vota en sus términos.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 3; en contra, 30.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Hemos acabado. Antes de salir, recordemos que el día 11 de junio, por la mañana, tendremos una reunión de Mesa y portavoces para fijar el orden del día de la reunión de la Comisión del día 19 de junio.

Muchas gracias a todos.

Eran las tres y cuarenta 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.