



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 229

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 16

celebrada el jueves 28 de noviembre de 2024

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- Relativa a la consecución de avances reales en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión pulmonar en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000476) 2
- Relativa a la jubilación de las personas trabajadoras en la sanidad pública. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000589) 6
- Modificación del orden del día 10

Proposiciones no de ley. (Continuación):

- Relativa a la colaboración con la Comisión Nacional de Radiofísica Hospitalaria, colegios profesionales y las sociedades científicas. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000656) 10
- Relativa a la prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje integral y multidisciplinar de la desnutrición relacionada con la enfermedad en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001436) 13
- Relativa a la mejora de la asistencia sanitaria en toda España. Presentada por el Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente 161/001096) 16
- Para mejorar la calidad de vida de las personas con celiaquía. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001177) 20

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 2

— Relativa a la prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje asistencial temprano e integral del cáncer de mama en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001313)	26
— Relativa al reconocimiento y atención de las personas que padecen COVID persistente. Presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. (Número de expediente 161/000947)	29
Proposiciones no de ley. (Votación)	34

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A LA CONSECUCCIÓN DE AVANCES REALES EN EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000476).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Buenas tardes.

Aunque no ha llegado el presidente, empezamos para ir adelantando el trabajo. El primer punto del orden del día es la Proposición no de ley relativa a la consecución de avances reales en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión pulmonar en el Sistema Nacional de Salud, presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Para la defensa de la iniciativa, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **MADRID OLMO**: Muchísimas gracias, señor presidente.

Buenas tardes, señorías. La hipertensión pulmonar es una patología definida por un incremento anómalo de presión en la arteria pulmonar. Es un trastorno hemodinámico que puede observarse en un gran número de patologías. Se trata de una enfermedad rara, grave, progresiva, crónica y de manejo complicado, con un incremento del riesgo de morbimortalidad cardiovascular y que genera un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes, hasta el punto de que el 85% de los afectados se ven obligados a dejar su actividad laboral. Se clasifica en cinco tipos, siendo el segundo el que está asociado a la enfermedad cardíaca izquierda, que es la forma más común de la enfermedad. Darle visibilidad a la enfermedad rara es una de las líneas preferentes de trabajo del Grupo Popular tras conocer las muchas necesidades y la vulnerabilidad de las personas afectadas, así como las reivindicaciones de asociaciones, como la Fundación Contra la Hipertensión Pulmonar. Es una enfermedad con una prevalencia de 1,6 casos y una incidencia de 0,37 casos nuevos al año por cada 100 000 habitantes, aunque probablemente esté infraestimada. Afecta, especialmente, a personas con una edad entre 30 y 45 años y más a mujeres que a hombres.

Respecto al diagnóstico, suele transcurrir entre un año y medio y dos años desde el momento en el que el paciente presenta los primeros síntomas hasta que es diagnosticada la enfermedad. Lo que hace que, en muchos casos, la patología se detecte y comience a tratarse adecuadamente cuando está en estadios avanzados. En cuanto al tratamiento, existen fármacos que ralentizan la progresión de la enfermedad, alivian los síntomas y mejoran la calidad de vida del paciente, aunque no revierten los daños vasculares que causa ni posibilitan su cura. El ejercicio físico, adecuadamente controlado; la aportación de oxígeno; la cirugía y el trasplante también forman parte del arsenal terapéutico. Aunque en el Sistema Nacional de Salud existen distintas unidades multidisciplinares que posibilitan un abordaje transversal de la enfermedad, incluso hay centros, servicios y unidades de referencia designados para tratar la hipertensión pulmonar compleja, la realidad de los pacientes, familiares y cuidadores requiere medidas que mejoren su situación y favorezcan progresos tangibles en el diagnóstico y en el cuidado de su salud y su bienestar. Por tanto, hay que evitar centralizar el diagnóstico de la hipertensión pulmonar en equipos multidisciplinares y especializados para garantizar que estos pacientes reciban una evaluación exhaustiva y precisa por parte de profesionales con experiencia en el manejo de la enfermedad. Equipos que pueden

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 3

ofrecer una atención integral, con pruebas de diagnóstico específicas, evaluación de la causa subyacente, opciones de tratamiento personalizado, acceso a la información de medicamentos innovadores y ensayos clínicos. También es fundamental que los criterios para la designación de estructuras de referencia sean flexibles, especialmente para aquellas comunidades autónomas que no dispongan de ellos, optimizando los recursos disponibles, mejorando la eficiencia, evitando la duplicidad de servicio y aprovechando la experiencia acumulada. Igualmente, la financiación y aprobación de medicamentos innovadores, con evidencia científica de eficacia y seguridad, deberían de estar disponibles para los pacientes, tan pronto como sea posible, garantizándoles que tengan un acceso rápido y oportuno a los tratamientos más avanzados y efectivos disponibles.

Señorías, creo que es imperativo invertir más en la investigación relacionada con esta patología que permitirá, entre otras cosas, la exploración de nuevas vías terapéuticas, el desarrollo de tratamientos más personalizados, entender mejor la progresión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida de los pacientes, implementar estrategias preventivas más efectivas y fomentar la colaboración entre todos los actores implicados. También es importante incorporar el cribado neonatal para la detección temprana de la hipertensión pulmonar permitiendo un diagnóstico precoz y un inicio temprano del tratamiento. La detección temprana permite iniciar intervenciones terapéuticas oportunas, mejorar el pronóstico de los pacientes y es una medida preventiva fundamental. Por tanto, se trata del abordaje de unas necesidades y problemáticas por parte del Gobierno de España y de un Ministerio de Sanidad que, hasta la fecha, solo se ha volcado en un relato vacío, demagógico, sectario y muy preocupante para el futuro del Sistema Nacional de Salud. Se trata de hacer realidad la teoría que se expresaba, por ejemplo, en el Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que considera necesaria una reforma para consolidar la cohesión y la equidad en el Sistema Nacional de Salud o mejorar los resultados en salud de los pacientes de enfermedades raras o de poca prevalencia, con avances en el circuito asistencial, con la evaluación e individualización del tratamiento o con la inversión en herramientas tecnológicas de soporte.

El Grupo Parlamentario Popular ha presentado esta proposición no de ley para instar al Gobierno a trabajar desde el consenso con las comunidades autónomas; en coordinación con las asociaciones de pacientes, como la Fundación Contra la Hipertensión Pulmonar; con profesionales sanitarios; con la industria farmacéutica y con empresas de tecnología sanitaria para posibilitar avances reales en el diagnóstico temprano y preciso, así como en el tratamiento personalizado, humanizado, integral y multidisciplinar de la hipertensión pulmonar en todo el Sistema Nacional de Salud. Para tal fin, el Gobierno debe destinar recursos, priorizar las inversiones en investigación, desarrollar el funcionamiento de las estructuras de referencias implicadas y su coordinación con las redes europeas, agilizar la disponibilidad de innovaciones diagnósticas y terapéuticas para todos los pacientes o promover la donación y el trasplante de órganos. Todo con el objetivo de mejorar el pronóstico de los pacientes, su calidad de vida y la de sus familiares y cuidadores, que es lo más importante.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señor Madrid.

Por parte de los grupos enmendantes, hay dos enmiendas del Grupo VOX y del Grupo Socialista, tiene la palabra el portavoz del Grupo VOX.

Tiene tres minutos como máximo.

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

Nos ceñiremos lo máximo al tiempo, como siempre. Quiero agradecer, por supuesto, al Grupo Popular que haya traído esta PNL, porque creemos que las enfermedades raras deben de tener visibilidad, siempre lo hemos dicho desde el Grupo VOX. La enmienda que presentamos principalmente es para que, en vez de llamar al consenso de las comunidades autónomas, sabiendo las dificultades que tenemos en esta comisión por la invasión de competencias y donde los separatistas catalanes y vascos siempre sacan a relucir que no quieren que nada invada sus competencias, aunque vaya en ello la salud de los pacientes, nosotros hablamos de que el Ministerio de Sanidad sea el que lidere directamente esta coordinación y dé lo mejor posible a los pacientes, familiares y cuidadores. Una enfermedad que necesita de todo nuestro apoyo y de todo el apoyo por parte del ministerio para poder tener una calidad de vida adecuada. Porque es una enfermedad que limita, en muchas ocasiones, la vida de los pacientes y necesitan tener cerca a personas que les ayuden en su día a día. Por eso, reclamamos más estructuras, más recursos humanos, más recursos tecnológicos y económicos, más inversión y más investigación, potenciar la donación y el trasplante de órganos relacionados con estas enfermedades y, sobre todo, desarrollar centros que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 4

permitan a estos pacientes poder ser atendidos en las mejores condiciones posibles, señor presidente. Consideramos que hace falta una coordinación con las redes europeas de referencia. Hace falta un trabajo coordinado y necesitamos que el ministerio sea el que lidere esta lucha contra esta enfermedad y que lidere el apoyo, como he dicho al principio, a familiares, a cuidadores y, sobre todo, a pacientes. Nos encontramos siempre con la misma situación. Muchas veces son las asociaciones a las que tenemos que dar las gracias por el trabajo que hacen, porque llegan donde no llega la Administración. Son ellos los que ayudan muchísimo, a veces guían y dan ese apoyo e incluso muchas veces ofrecen recursos que se les niega por parte de la Administración o que la Administración no prevé, como puede ser el alojamiento en pisos, en los desplazamientos para los tratamientos que muchas veces requieren semanas de tratamiento, estancias, porque muchas veces en sus propias comunidades, como está siendo siempre habitual en muchas ocasiones, no tienen esos recursos.

Desde VOX pedimos al Grupo Popular que acepten nuestra enmienda que simplemente matiza, aunque saben que siempre tenemos el punto de desencuentro, que permita simplemente entrar esa palabra de liderar, sobre todo que sea el ministerio el que lidere, y ahí nos encontrará a VOX. Por supuesto, defensa a ultranza de aquellas asociaciones de pacientes que hacen un trabajo encomiable y defensa a ultranza de los pacientes, que deberían de tener todos los recursos, que para eso están pagando sus impuestos, y muchas veces vemos cómo el Estado es incapaz de dar una respuesta coherente y razonable.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señor diputado. Por parte del Grupo Socialista, tiene la palabra su portavoz.

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

Desde el Grupo Parlamentario Socialista estamos firmemente comprometidos con el tratamiento de las enfermedades raras y compartimos el espíritu de esta proposición no de ley que recoge la importancia de mejorar la atención de los pacientes con hipertensión pulmonar. Un grupo de patologías que tiene graves afectaciones y que requiere un abordaje muy especializado y multidisciplinar. España fue uno de los primeros países en tener un plan de acción para institucionalizar las enfermedades raras. En 2009 se aprobó la Estrategia en Enfermedades Raras, la cual destaca la necesidad de un diagnóstico temprano, un tratamiento integral y un enfoque que mejore la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Gracias a esta estrategia y a la colaboración de las comunidades autónomas, aunque le pese a alguien, el Sistema Nacional de Salud dispone de cuatro centros, servicios y unidades de referencia, los CSUR, que ya son un pilar fundamental para atender a los pacientes con hipertensión pulmonar de manera especializada. En estas instalaciones se concentraron los casos a tratar, de modo que los profesionales tienen la mayor experiencia y el mejor conocimiento para atenderlos. Se ofrece una atención y un seguimiento integral en un equipo multidisciplinar y a estas unidades se les exige también que participen en proyectos de investigación y que tengan autorizado un programa de trasplantes.

En cuanto a las mejoras que están en marcha, se está fortaleciendo la integración de estos centros con las redes europeas de referencia, que permiten acceder al conocimiento y a las experiencias de casos de toda Europa, y también se está desarrollando la plataforma en Red de Atención al Paciente, que mejorará la coordinación con otros centros sanitarios, como hospitales o centros de atención primaria, y que evitará los desplazamientos innecesarios de pacientes de comunidades autónomas que no tienen un CSUR. Estas acciones son un ejemplo del compromiso de este Gobierno y del Ministerio de Sanidad en mejorar el tratamiento y diagnóstico de la hipertensión pulmonar y con las enfermedades raras, en general, para las que ha habido un aumento importante de CSUR o de cribados neonatales, por ejemplo, en los últimos años. Hay que seguir trabajando en esta dirección poniendo énfasis en la promoción de la investigación y en la introducción ágil de innovaciones diagnósticas y terapéuticas, así como en la necesidad de recursos en donación y trasplante de órganos y en el fortalecimiento de los centros de referencia. En los últimos años ha habido una transformación significativa, lo que antes era una enfermedad prácticamente desconocida y difícil de diagnosticar, hoy cuenta con varios tratamientos que han logrado cronificar la metodología...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Vaya terminando, señora diputada.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 5

La señora **SOLDEVILLA NOVIALS**: ... y mejorar la calidad de vida de miles de pacientes. Este cambio no solo se debe a los avances médicos y científicos, sino también al trabajo de la industria, comprometida en desarrollar terapias innovadoras, y, sobre todo, a asociaciones de pacientes y familias que han dado visibilidad a esta enfermedad. El compromiso de este grupo parlamentario es seguir trabajando para mejorar la atención, los recursos y el apoyo a las personas que padecen esta enfermedad.

Hemos presentado una enmienda que era para hacer un poco más de referencia al trabajo que ya se ha hecho; y ya está.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Por parte del Grupo Mixto. **(Pausa)**. Nadie.

Por el Grupo Vasco **(Pausa)**, tampoco veo a nadie.

Por el Grupo Euskal Herria Bildu **(Pausa)**, tampoco veo a nadie.

Por el Grupo Junts per Catalunya **(Pausa)**, tampoco.

Por el Grupo Republicano **(Pausa)**, tampoco.

Por el Grupo SUMAR.

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

Muchos testimonios de personas que sufren hipertensión pulmonar transmiten una experiencia vital y emocional muy similar. Son testimonios de personas que hablan de la soledad, de verse afectados de repente por una enfermedad poco frecuente, de la incomprensión de ver cómo la autonomía vital se va limitando por una discapacidad, con la sensación extraña de repente de ser ciudadanos y ciudadanas que tienen que pasar con una bandolera o con un carrito portando oxígeno por las calles. Son testimonios que nos recuerdan, como bien plantea la iniciativa, la importancia de tener en cuenta que los pacientes, sus familiares y las personas que los cuidan requieren un apoyo específico para mejorar su situación y potenciar su bienestar y su autonomía. Pensamos que es importante resaltar este aspecto para no perder de vista el alto potencial incapacitante de la hipertensión pulmonar y el esfuerzo vital que obliga a las personas que la sufren y a las personas que las cuidan. Por ello, apreciamos muy positivamente el énfasis de esa iniciativa recayendo en cómo mejorar la calidad de vida de las pacientes y los pacientes y también en el apoyo psicológico y social para acompañar desde el primer momento a pacientes y cuidadores en una enfermedad con incertidumbres. Pensamos que también resulta imprescindible mejorar nuestra capacidad para efectuar diagnósticos tempranos de esta enfermedad, lo que ya se ha señalado en las intervenciones realizadas hasta ahora, porque a veces se habla de hipertensión pulmonar como una enfermedad infecciosa y tiene una doble complejidad en el diagnóstico temprano. Por un lado, los síntomas inespecíficos y genéricos para hacer un diagnóstico y, por otro lado, la complejidad y las pruebas que también son invasivas. Este es uno de los retos que también tenemos en el futuro en cuanto a la conexión del diagnóstico temprano con el diagnóstico y con los tratamientos. Se está haciendo un trabajo, sí que pensamos que es demagógico que —siempre lo hemos comentado en la presentación de diferentes proposiciones— por estar en un lado u otro del Gobierno, diríamos que ahora mismo el Gobierno, sea quien sea, no se hace un trabajo. Se trabaja siempre y, concretamente, desde nuestros ministerios, ahora mismo hay líneas de trabajo en este sentido. Se continúa trabajando en la Estrategia en Enfermedades Raras, que se aprobó ya en el consejo interterritorial del año 2009, y se actualizó en el año 2014. En los planteamientos de la iniciativa se ha mencionado el diagnóstico temprano, las enfermedades, los CSUR y el tema de un compromiso de destinar recursos humanos, tecnológicos y dispositivos sociales para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Consideramos que esta iniciativa —y agradecemos su presentación— es coherente con los criterios y líneas de actuación del Gobierno y del Ministerio Sanidad e invita a reforzar nuestros dispositivos en unos ámbitos tan fundamentales como el diagnóstico precoz, el acompañamiento y el apoyo integral a pacientes, familiares y personas cuidadoras. Por ello, nuestro grupo parlamentario votará a favor.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Para posicionarse con respecto a las enmiendas, la señora Vázquez:

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

Agradecemos al Grupo Parlamentario VOX su enmienda, pero no consideramos que encaje en nuestra posición, y admitimos la enmienda del Grupo Socialista.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 6

— RELATIVA A LA JUBILACIÓN DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LA SANIDAD PÚBLICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000589).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Medura): Pasamos al punto número 2, proposición no de ley...

El señor **GARCÍA GOMIS**: ¿Podemos tener acceso a cómo quedaría redactado el *petitum* de la PNL anterior, por favor?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Medura): No sabemos cómo quedaría, porque todavía no se ha sometido a votación. Aceptan la enmienda del Grupo Socialista.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Me refería, señor presidente, a cómo quedaría redactado el *petitum*. (**La señora Vázquez Jiménez le facilita unos folios**).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Medura): Perfecto.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Medura): Proposición no de ley relativa a la jubilación de personas trabajadoras de la sanidad pública.

Por parte del Grupo Mixto, tiene la palabra su portavoz don Néstor Rego.

El señor **REGO CANDAMIL**: Grazas, señor presidente.

A PNL do Bloque Nacionalista Galego ten por obxectivo que se recoñeza o dereito á xubilación anticipada a todo o persoal do ámbito sanitario a partir dos 60 anos feitos e con 40 anos de cotización. Entendemos que se xustifica en función dos criterios que a propia lexislación establece en relación con actividades profesionais con traballos de natureza penosa, tóxica e perigosa ou insalubre; que hai, ademais, os mecanismos para facelo na lei a partir da Lei 40/2007 e disposicións posteriores que establecen as vías para o establecemento de coeficientes redutores no caso de determinados ámbitos profesionais e, ademais, como dicimos, cremos que está plenamente xustificado porque o sector sanitario, o persoal da sanidade no seu conxunto, o persoal médico e non médico, ten uns riscos laborais específicos e que presenta unha elevada taxa de problemas de saúde laboral, porque están expostos a riscos biolóxicos, a riscos químicos, de radiacións ionizantes e tamén a riscos psicosociais, por estaren en contacto permanente coa doenza, coa enfermidade e a morte. Para alén de todo isto, hai numerosos estudos que recollen os efectos negativos das quendas rotatorias, que son habituais na sanidade, en horario de mañá, tarde e noite, e que están asociadas á aparición e desenvolvemento de enfermidades coronarias, cerebrovasculares, a depresións, a síndrome metabólica ou ao cancro, entre outras, que ademais son enfermidades que acaban por se cronificar e que non desaparecen coa finalización da actividade laboral.

A propia OIT ten establecido tamén, cientificamente, que o traballo nocturno provoca secuelas; entre outras, que leva a un envellecemento maior das persoas que o realizan de maneira continuada, particularmente a partir dos 45 anos de idade, e en relación mesmo con outras franxas etarias que tamén desenvolvan traballo durante a noite. Por todo isto, cremos que non ten ningunha xustificación que a estas alturas o persoal sanitario, que ademais pasou por situacións moi difíciles durante a pandemia, arriscando a súa propia saúde profesional con contaxios, etc., para salvar a da poboación, e xa sabemos que moitas veces son vítimas tamén de COVID persistente, etc.... Non hai ningunha razón para que non se establezan estes coeficientes redutores, e é xustamente iso o que demanda o Bloque Nacionalista Galego, en consonancia co que cremos que demanda o propio persoal da sanidade. Polo menos o coñecemento que eu teño na Galiza, en que o sindicato maioritario deste sector, a CIG, lidera esta reclamación, pero o conxunto dos sindicatos no ámbito sanitario están reclamando que se establezan estes coeficientes redutores e se recoñeza esa posibilidade de xubilación a partir dos 60 anos. Polo tanto, o que pedimos é que se actúe en consecuencia. E o primeiro que recollemos é que se poña fin a unha discriminación de xénero que afecta ao persoal da sanidade, porque aínda que é verdade que formalmente non existen diferenzas, non podemos obviar que esta é unha profesión moi feminizada: no conxunto da sanidade por volta de 55 % son mulleres, mais se imos á sanidade pública esa porcentaxe aumenta practicamente até 80 %. Por tanto, de facto estase producindo unha situación de discriminación nunha profesión, insisto, feminizada fronte a outras moi masculinizadas que é verdade que en función de parámetros específicos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 7

teñen o recoñecemento desa posibilidade de xubilación anterior e establecidos xa coeficientes reductores ou estanse vendo mesmo neste momento esas adaptacións. E, en segundo lugar, que se regule esa xubilación. Nós dicíamos no ano 2024 no momento en que presentamos esta proposición de lei, mais entendemos que teña que ser xa no ano 2025 e que se abra, nese sentido, a negociación nos ámbitos oportunos para facelo posíbel. O importante é o que pretende o Bloque Nacionalista con esta PNL é que se faga e que o persoal da sanidade poida ter esa posibilidade de xubilación aos 60 anos con 40 anos cotizados.

Moito obrigado.

Gracias, señor presidente.

La PNL del Bloque Nacionalista Galego tiene como objetivo que se reconozca el derecho a la jubilación anticipada a todo el personal del ámbito sanitario a partir de los 60 años, con hechos, y con 40 años de cotización. Entendemos que se justifica en función de los criterios que la propia legislación establece en relación con actividades profesionales con naturaleza penosa, tóxica, peligrosa o insalubre. Que haya, además, mecanismos para poder hacerlo a partir de la Ley 42/2007 y de disposiciones posteriores, que establecen las vías para el establecimiento de coeficientes reductores en el caso de determinados ámbitos profesionales. Además, como decimos, creemos que está plenamente justificado, porque el sector sanitario, el personal del sector sanitario, en su conjunto, el personal médico y no médico, tiene riesgos laborales específicos y que presentan una elevada tasa de problemas de salud laboral, porque están expuestos a riesgos biológicos, químicos, radiaciones ionizantes y también a riesgos psicosociales por estar en contacto permanente con las enfermedades y con la muerte. Más allá de todo esto, hay numerosos estudios que recogen los efectos negativos de los turnos rotatorios que son habituales en la sanidad, con horarios de mañana, tarde y noche, que están asociados a la aparición y desarrollo de enfermedades coronarias, cerebrovasculares, depresiones, síndrome metabólico y cáncer, entre otros, y que además son enfermedades que acaban cronicándose y que no desaparecen tras la finalización de la actividad laboral y profesional. La propia OIT ha establecido también científicamente que el trabajo nocturno provoca secuelas, entre otras, que llevan al envejecimiento mayor de las personas que lo realizan de manera continuada, particularmente a partir de los 45 años, incluso en relación con otras franjas de edad que desarrollen trabajo nocturno. Por todo ello, creemos que no tiene ninguna justificación que, a estas alturas, al personal sanitario que además ha pasado por situaciones difíciles durante la pandemia arriesgando su propia salud profesional con contagios, etcétera, para salvar a la población y ya sabemos que muchas veces son también víctimas del COVID persistente, etcétera, no se establezcan estos coeficientes reductores. Justamente eso es lo que demanda el Bloque Nacionalista Galego, en consonancia con lo que creemos que demanda el propio personal de sanidad. Por lo menos ese es el conocimiento que tengo en Galicia, donde el sindicato mayoritario de este sector, la CIG, lidera esta reclamación, pero el conjunto de sindicatos, en el ámbito sanitario, también reclaman que se establezcan estos coeficientes reductores y se reconozca esta posibilidad de jubilación a partir de los 60 años. Por tanto, lo que pedimos es que se actúe en consecuencia.

En primer lugar, lo que recogemos es que se termine con la discriminación de género que afecta al personal de la sanidad, porque, aunque formalmente no existen diferencias, no podemos obviar que esta es una profesión muy feminizada en el conjunto de la sanidad en torno a un 55% son mujeres y más aún, si vamos a la sanidad pública, este porcentaje aumenta particularmente hasta el 80%. De hecho, se está produciendo una situación de discriminación en una profesión, insisto, feminizada frente a otras muy masculinizadas que, es verdad que en función de parámetros específicos, tienen el reconocimiento de esta posibilidad de jubilación anterior y ya han establecido sus coeficientes reductores o se están tratando, en estos momentos, dichas adaptaciones.

En segundo lugar, que se regule esta jubilación que nosotros decíamos en 2024, en el momento en el que presentamos esta proposición no de ley, pero entendemos que ya tendría que ser para el 2025, que se abra esta negociación en los ámbitos oportunos para poder llevarlo a cabo. Lo importante y lo que pretende el Bloque Nacionalista Galego con esta PNL es que se haga y que el personal de la sanidad pueda disfrutar de esta posibilidad de jubilación con cuarenta años cotizados.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias, señor Rego.

En el turno de enmiendas, tiene la palabra el Grupo SUMAR.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 8

El señor **RECAS MARTÍN**: Muchísimas gracias.

Muchísimas gracias al BNG por traer un tema que lleva muchísimo tiempo en la mesa y muchísimo tiempo a debate, porque es cierto que la edad mínima de jubilación se puede cambiar. Se puede cambiar a través de un real decreto de la Seguridad Social. Se puede hacer lo que comentaba nuestro compañero sobre los coeficientes reductores para ver, sobre la evidencia, cómo afecta ese trabajo a cada persona empleada, en este caso, en la sanidad. Hablamos de trabajadores sanitarios o de la sanidad, porque no todos son sanitarios. No podemos olvidarnos, por ejemplo, de los celadores, que no son considerados personal sanitario. Sin embargo, tienen que acogerse a toda esta normativa que favorece a temas como la jubilación, teniendo en cuenta su salud. Hablamos de trabajadores sanitarios, cuya evidencia, como exponía nuestro compañero, es clarísima sobre cómo afecta la turnicidad, cómo afectan las sustancias tóxicas que manejamos o cómo afectan los diferentes turnos de trabajo. Desde el Ministerio de Sanidad se ha recopilado toda esa evidencia y se está trabajando. ¿Por qué? Porque uno de los pilares en el que se está trabajando es en la retención del talento y en la retención de los profesionales sanitarios, y mucha parte de esa retención está encaminada a mejorar sus condiciones de trabajo y sus condiciones de jubilación para poder retener todo ese talento. Hay profesionales, sobre todo en atención primaria, que piden jubilarse más tarde y nos parece estupendo. Lo que se ha demostrado es que la mayoría de los trabajadores, tras hacer los turnos que realizamos a diario, necesitan un estudio específico para jubilarse antes; hablo de cualquiera de nuestros compañeros de profesión, donde la mayoría somos mujeres —un 80% en enfermería; en TCAE, mucho más, al igual que el ámbito de médicos y médicas está cada vez más feminizado—, situación que enlazo con otro problema de salud que cada vez es más evidente, y es cómo esos turnos y esos lugares donde trabajamos afectan, por ejemplo, a la fertilidad o a la pérdida de un bebé que podemos estar esperando. La normativa es clara, y se está trabajando mucho en el estatuto marco; ahora mismo, en la mesa del ámbito se está negociando en el Ministerio de Sanidad con los diferentes actores implicados cómo hacer estudios para que ante esa situación claramente se apueste por la jubilación del personal de sanidad a los sesenta años con cuarenta años trabajados.

Por eso nuestras enmiendas son más técnicas que otra cosa, ya que lo que pedimos es afianzar y acelerar toda esa negociación para que la jubilación anticipada para el personal sanitario sea un hecho cuanto antes.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Almodóvar Sánchez.

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

Buenas tardes, señorías.

Partiendo de la base de que los profesionales públicos son el recurso más valioso del sistema sanitario público, debemos garantizar su trabajo bajo un prisma de seguridad en todos los espacios que circunscriben a la persona trabajadora en su proceso vital. Dicho esto, señorías, entiendo que esta PNL, a pesar de estar hablando del sector sanitario, es una proposición no de ley que por su amplitud implica condiciones laborales y de jubilación, por lo que tal vez podría estar mejor ubicada en otra comisión.

En el texto de esta proposición no de ley se expresa esa acusada discriminación de género en el sector de la sanidad pública, y este Gobierno no tolera la discriminación de género en ninguna de sus manifestaciones y en la laboral, tampoco. Por estos motivos mi grupo parlamentario no puede estar más de acuerdo con el prisma que se plantea sobre la erradicación de la discriminación en el sistema sanitario.

Cuando alude a la feminización del sector sanitario público, coincidimos con su evidencia de que el sector está principalmente integrado por mujeres, desde el celador hasta las médicas; no obstante, consideramos que es el marco procedimental para establecer los coeficientes reductores de la edad de jubilación para ocuparse especialmente de personas en situación de especial penosidad y peligrosidad establecidos en el acuerdo en materia de pensiones y Seguridad Social firmado en septiembre de 2024. En este marco es donde se deben evaluar y priorizar las demandas de la jubilación anticipada sin penalización que afecten a colectivos altamente feminizados en ocupaciones penosas, tóxicas y peligrosas. Este es el procedimiento que debe incorporar la perspectiva de género para evaluar adecuadamente la exigencia y penosidad de las condiciones laborales de los sectores feminizados, que han sido invisibles hasta hace unos años.

Hemos presentado unas enmiendas en las que pedimos, en primer lugar, que se incorpore: para garantizar la perspectiva de género en el procedimiento para establecer los coeficientes reductores de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 9

edad de jubilación. Y en el siguiente punto: con el fin de priorizar la negociación de los coeficientes reductores para la jubilación voluntaria de determinadas profesiones feminizadas. Espero que sean aceptadas y poder así seguir adelante con esta proposición no de ley, que nos parece adecuada.

En cuanto a los dos puntos siguientes de la proposición que se presenta en esta iniciativa, uno tiene que ver con regular la jubilación mediante el correspondiente real decreto, y debo expresar que el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones de España ha abierto recientemente el trámite de audiencia pública del real decreto que regula cómo se establecen estos coeficientes reductores en la Seguridad Social, lo cual demuestra que se está realizando el trabajo para llegar a rebajar la edad de jubilación a grupos de actividades profesionales cuyos trabajos sean de naturaleza excepcionalmente penosa y tóxica.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Debe ir terminando, señora diputada.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Voy terminando, compañero.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad ha iniciado también esas negociaciones con los agentes sociales.

Nosotros votaremos a favor de la proposición.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Bayón.

El señor **BAYÓN ROLO**: Muchas gracias, presidente.

Desde el Grupo Popular presentamos una enmienda para reforzar la operatividad de la Ley 55/2003, por la que se aprueba el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, porque consideramos que es en el seno del estatuto marco donde se debe debatir acerca de la reducción de la edad legal de jubilación de los profesionales sanitarios ya que es aquí, en estas mesas de negociación, donde están representados los trabajadores y también el Poder Ejecutivo, es decir, el ministerio.

Lo que nos sorprende al Grupo Popular es que desde SUMAR y desde el Grupo Socialista se intente escurrir el bulto y derivar a otras comisiones un asunto como el presente, porque fue precisamente esta comisión con la ministra de Sanidad Ana Pastor, la que aprobó esta Ley 55/2003, que contemplaba la posibilidad hacia la que nos dirigimos de reducir la edad legal de jubilación de los y las trabajadoras del servicio de salud, y nuestra enmienda va en esa línea de fortalecer el diálogo con los representantes de los profesionales. También cabe destacar que el ministerio lleva prácticamente ocho años sin obtener avances —hemos tenido seis ministros distintos y ninguno ha sido capaz de dar una respuesta—, por lo que esperamos que por fin se dé ese paso adelante, pero insistimos en que es el ministerio quien tiene que tomar una decisión y quien tiene que llevar la iniciativa en este asunto.

En nuestro caso, la Xunta de Galicia está trabajando por mejorar las condiciones laborales del personal sanitario y por cumplir los acuerdos que suscribe con los sindicatos. En este sentido, en los presupuestos de la Xunta de Galicia para el año 2025 se contemplan 45 millones de euros para reducir a cuarenta y dos horas la jornada laboral ordinaria de los profesionales sanitarios, tal y como se acordó en la mesa sectorial con los sindicatos. Por tanto, en la línea de mejorar las condiciones laborales del personal sanitario, pero también de llegar a acuerdos y a un consenso con respecto a reducir la edad legal de jubilación, el Grupo Popular muestra su apoyo a esta PNL del Bloque Nacionalista Galego e insiste en la necesidad de que el ministerio dé un paso adelante y, por fin, intente o plantee una respuesta a este asunto.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señor diputado.

Pasamos al turno de portavoces.

No van a hacer uso de la palabra los grupos parlamentarios de Bildu, Junts per Catalunya, ni Republicano.

¿Grupo VOX?

El señor **GARCÍA GOMIS**: No vamos a intervenir en este punto finalmente, señor presidente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 10

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): A los efectos de manifestar la aceptación o rechazo de las enmiendas presentadas, tiene la palabra el autor de la iniciativa.

El señor **REGO CANDAMIL**: Estamos viendo la posibilidad de concretar alguna transaccional, o no.

MODIFICACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Hay una solicitud de debatir la iniciativa número 8 en cuarto lugar y debatir la proposición no de ley número 4 en octavo lugar si no hay ningún posicionamiento en contra. **(Pausa)**.

PROPOSICIONES NO DE LEY. (CONTINUACIÓN):

— RELATIVA A LA COLABORACIÓN CON LA COMISIÓN NACIONAL DE RADIOFÍSICA HOSPITALARIA, COLEGIOS PROFESIONALES Y LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000656).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Pasamos entonces ahora a la proposición no de ley número 3, relativa a la colaboración con la Comisión Nacional de Radiofísica Hospitalaria, Colegios Profesionales y las sociedades científicas, que ha sido presentada por el Grupo Socialista. Tiene la palabra su portavoz.

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

En primer lugar, quiero agradecer a la Sociedad Española de Protección Radiológica, al Colegio Oficial de Físicos, a la Sociedad Española de Física Médica, y en especial a la coordinadora de vocales jóvenes, a Beatriz García, una joven residente valenciana, el impulso para debatir hoy esta PNL.

Como todos ustedes saben, la especialidad de Radiofísica Hospitalaria se creó en el año 1997, hace nada menos que veintisiete años. Desde entonces, todos conocemos cómo ha ido evolucionando la ciencia, y las opciones terapéuticas han hecho que hayan aumentado las necesidades de formación y también las responsabilidades asignadas a la radiofísica médica.

El contenido del programa de formación del año 1997 está totalmente obsoleto y debe actualizarse como tantos otros, es verdad, para que incluya todos los contenidos y competencias actuales y los que están apareciendo como la protonterapia, porque, como ustedes saben, muy pronto, en el año 2025, habrá trece equipos en España que son infinitamente más complejos.

El campo de actuación del especialista en radiofísica es el de la dosimetría física de las radiaciones ionizantes, la dosimetría clínica de pacientes, el control de calidad de los tratamientos con radiaciones ionizantes, el control de calidad del equipamiento médico, las especificaciones técnicas del equipamiento médico radiológico, la protección radiológica de trabajadores, miembros del público y pacientes, el diseño de las instalaciones y la gestión de autorizaciones de organismos reguladores, el asesoramiento al titular en materia de protección radiológica y la gestión del material radiactivo. Pero no solo en radioterapia hemos presenciado en los últimos años un incremento en el número y complejidad de procedimientos y equipos, también en radiología y medicina nuclear se han vivido cambios semejantes, y si añadimos los nuevos campos de desarrollo, tales como la inteligencia artificial o el tratamiento de datos, es fácil entender que la demanda de estos profesionales haya crecido mucho en los últimos años, que el número de plazas ofertadas anualmente, del orden de cuarenta en toda España, sea claramente insuficiente para satisfacerla y que el periodo de formación, actualmente de tres años, es igualmente insuficiente para poder adquirir, junto a los tradicionales y elementales, todos estos nuevos conocimientos, competencias y habilidades asociados a estos avances.

Por otro lado, con respecto al primer punto de la PNL, que dice que hay que revisar las titulaciones con las que se accede a la especialidad, la Federación Europea de Organizaciones de Física Médica, que incluye a treinta y seis países, propondrá a la Comisión Europea, de acuerdo con la Directiva 2013/55, los criterios para la armonización del título de especialista en física médica; entre sus recomendaciones para que los especialistas de un determinado país alcancen el nivel de cualificación adecuado está la formación universitaria. De acuerdo con esta entidad, la formación universitaria debe consistir en un grado de física o equivalente, añadido a un máster en física médica o equivalente, lo que suma un mínimo de cinco años de formación universitaria previa equivalente al nivel 6 de la certificación europea. Actualmente son ocho

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 11

los países que han superado los criterios de reconocimiento establecidos por EFOMP España, a través de la Sociedad Española de Física Médica, miembro de esta sociedad, que aporta un 12% de los afiliados en Europa. Esta organización también ha solicitado su acreditación, aunque no la ha alcanzado por no cumplir con este requisito y por la escasa duración del periodo de residencia.

Por tanto, y para concluir, el acceso a la especialidad con un mayor número de créditos, recuperando la situación previa a 2008, incrementa el nivel de conocimientos previos en física y, por tanto, favorece la formación de los especialistas, por eso lo reclamamos, y también porque para poder converger con los países de la Unión Europea es imprescindible que el acceso a esta especialidad sea un mediante un nivel EQF 7 de estudios de Física; en caso contrario, todos los profesionales europeos podrán obtener la equivalencia a su título en España, pero los profesionales españoles no podrán trabajar en ningún país europeo.

Por todas estas razones, creemos oportuno presentar esta proposición no de ley, y esperamos el respaldo unánime de todos los miembros de la comisión.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Mucha gracias, señora diputada.

Por parte del Grupo Popular, en defensa de su enmienda tiene la palabra la señora Vázquez.

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

Señorías, los radiofísicos hospitalarios desempeñan un papel fundamental en el ámbito de la radioterapia, de la radiología y la protección radiológica dentro de los hospitales garantizando que las técnicas y tratamientos que involucran radiaciones ionizantes sean seguros, efectivos y realizados con los más altos estándares de calidad. Aunque los radiofísicos hospitalarios tienen una formación altamente especializada, en muchos casos su trabajo no recibe el reconocimiento adecuado dentro del equipo sanitario; su labor, crucial en la planificación y ejecución de los tratamientos de radioterapia, así como en la gestión de los equipos de diagnóstico por imagen, sigue siendo desconocida y subvalorada por otros profesionales del ámbito sanitario y, en ocasiones, por las propias administraciones públicas.

Las condiciones laborales de los radiofísicos hospitalarios, como la carga de trabajo, la estabilidad laboral y los salarios, son aspectos clave en sus reivindicaciones ya que muchos de ellos trabajan en entornos con una alta presión, donde la precisión y la rapidez son esenciales, lo que puede generar una carga emocional y física significativa.

Dado el carácter altamente técnico y científico de su labor, los radiofísicos necesitan estar en constante formación para poder adaptarse a los avances tecnológicos en radioterapia, diagnóstico por imagen y protección radiológica. La rápida evolución de la tecnología médica requiere de programas de formación continua, accesible y actualizada, que permitan a los profesionales mantenerse al día de los nuevos desarrollos, equipos y protocolos. En muchos hospitales, los equipos de radiofísicos son insuficientes para cubrir la creciente demanda de servicios, lo que afecta directamente a la calidad de la atención y aumenta la carga de trabajo de los profesionales existentes; una mayor contratación de personal y una distribución más equitativa de las tareas serían medidas fundamentales para garantizar una atención óptima y evitar la sobrecarga de trabajo, lo que contribuiría a una mejora en la prevención del agotamiento profesional y en la reducción de errores. El reconocimiento, la mejora de las condiciones laborales, la inversión en formación continua y la actualización tecnológica son cuestiones fundamentales que deben ser abordadas por las administraciones sanitarias y hospitalarias para asegurar un entorno de trabajo más justo y eficiente.

En nuestro grupo estamos de acuerdo en el desarrollo de esta iniciativa y, en este sentido, hemos presentado una enmienda para que en esa búsqueda de consenso se tengan en cuenta los consejos de los colegios profesionales, así como renovar y redimensionar desde la evidencia científica el programa oficial de la especialidad de radiofísica hospitalaria para garantizar su adaptación adecuada a la nueva realidad tecnológica y legislativa.

En espera de que sea aceptada la enmienda, muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

En turno de fijación de posiciones, ¿va a intervenir el Grupo Mixto? (**Denegación**).

¿Grupo Bildu?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 12

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Sí, estamos de acuerdo. Hay que tener en cuenta que ya hace más de veinte años desde que la especialidad se puso en marcha, y la evolución en este sentido tanto en conocimientos como en prácticas ha sido importante.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): ¿Por parte de Junts? (**Denegación**).

El Grupo Republicano no va a intervenir.

¿SUMAR?

La señora **RECAS MARTÍN**: Yo creo que hay que destacar que nos encontramos en un momento donde todo lo que hagamos con las profesiones sanitarias en el Ejecutivo y en el Legislativo va a marcar el futuro de la sanidad y también en parte el futuro de nuestra salud. Poner sobre la mesa profesiones no tan visibles como pueden ser la de TCAE, los técnicos de laboratorio y los físicos nos parece un acierto total, y mucho más teniendo en cuenta que han pasado más de veinticinco años desde la creación de esta especialidad con un programa que supongo que es del año 1996.

Creo que todo el mundo lo sabe, pero yo vengo del Ministerio de Sanidad, donde he trabajado como asesora de Ordenación Profesional, por lo que quiero dar la visión del ministerio donde, desde que llegaron Mónica García y Javier Padilla, se ha apostado por actualizar muchísimas cosas en la ordenación profesional porque era muy necesario, desde encargar un primer estudio sobre necesidades de enfermeras y TCAE, a actualizar el de médicos y dar mucho más peso a esas comisiones de especialidades, que finalmente son la base entre colegios profesionales y asociaciones para fomentar todo aquello que lleva años y años sin actualizarse, sobre todo programas formativos. Se están actualizando a marchas forzadas muchísimos programas formativos, se está viendo la posibilidad de nuevas especialidades, que es importantísimo para ver cómo evolucionan las profesiones sanitarias; dentro todo esto, la comisión nacional de la especialidad específica del tema de la física ha emitido ya un informe de viabilidad porque se proponía incrementar el periodo de tres a cinco años. En la actualidad, ya está funcionando el grupo de trabajo con las comunidades autónomas, que al final son parte importantísima en esto, y dos de ellas ya están apoyando la posibilidad de que sea cuatro años. Quiero destacar que desde el ministerio se va a trabajar no solo físicos, sino con psicólogos, con enfermeras, con todas esas especialidades a las que creemos que hay que dar un empujón muy muy fuerte porque son el futuro de nuestra sanidad.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo VOX.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Gracias, señor presidente.

Yo, la verdad, me voy a tomar la licencia de leer la opinión que me mandaba una especialista de este ámbito, una radiofísica: Por el Real Decreto 220/1997, de 14 de febrero, se crea el título de especialista de Radiofísica Hospitalaria, y para esto se precisa ser licenciado en física u otros títulos superiores de disciplinas científicas y tecnológicas oficialmente reconocidas. Posteriormente, debe superar una prueba de ámbito nacional relacionada con temas de física y disciplinas que usen radiaciones, y esta prueba sería equivalente a un mir médico, a un fir farmacéutico o a un pir. Una vez superada, se debe cumplir un ciclo formativo de tres años ininterrumpidos en una unidad docente acreditada, y durante este periodo se realizará una evaluación correspondiente mediante el informe anual de la comisión de docencia del hospital acreditado.

Mucho ha cambiado en los últimos años esta disciplina sanitaria, reconocida como tal en la Ley 44/2003, la ley de personal sanitario, cuyo inicio estuvo ligado a la oncología radioterápica, aunque ya estaba presente en España desde los años setenta u ochenta. Esta especialidad se ha ido expandiendo fruto de las nuevas tecnologías, que exigen una revisión tanto curricular como de formación técnica. Actualmente, los tratamientos son más precisos y seguros para los pacientes, además de personalizados. No somos ajenos a la evolución tecnológica y a la aplicación de nuevas herramientas, y como ejemplos a destacar tenemos las terapias avanzadas con partículas, como el uso de protones; la radiocirugía estereotáctica para tumores cerebrales, la utilización de inteligencia artificial, la radioterapia metabólica, radiofármacos y radioisótopos. Por todo ello, nos parece acertado que la comisión nacional de la especialidad haya estado informando periódicamente desde el año 2005 al ministerio sobre el obsoleto

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 13

plan formativo, que debe ser actualizado —además de ampliado— conforme a las nuevas tecnologías, además de ser homologable la titulación española con la de otros países de la Unión Europea.

El problema es que es una proposición no de ley del Grupo Socialista para instar al Gobierno, aunque es evidente que el propio Grupo Socialista puede solicitar a su equipo de coalición, a la señora Mónica García, que se ponga en marcha en este tema, dado que el número y la complejidad de los conocimientos, competencias y habilidades que el especialista en formación debe adquirir durante su periodo de residencia han aumentado considerablemente.

Considerando que el nuevo ciclo formativo propuesto consista en, uno, título universitario correspondiente a trescientos créditos, grado y máster —Grado en Física, otros títulos universitarios superiores en disciplinas relacionadas, más un máster en disciplinas de física médica—, y, dos, que el ciclo formativo de práctica hospitalaria de unidad docente acreditada se eleve a cuatro años —actualmente son tres años—, será la comisión nacional de especialidad quien determine la rotación de distintas técnicas o procedimientos como radioterapia, radiodiagnóstico, resonancia magnética, ultrasonidos, medicina nuclear y protección radiológica, pasado el cual habrá adquirido, tras el correspondiente informe anual de tutor a la comisión de docencia hospital acreditado de las habilidades inherentes a la especialidad y también armonizar la especialidad de las directivas europeas.

En resumen, como dice esta especialista, nos parece de sentido común que pueda perfectamente ponerse en marcha sin la necesidad de que el Grupo Socialista inste a través de la Comisión de Sanidad al Gobierno.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): A efectos de manifestar si acepta la enmienda presentada, tiene la palabra la señora Martínez.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Sí, hemos hecho una enmienda transaccional con el Grupo Popular.

Me va a permitir el presidente que agradezca la presencia de algunos representantes de esta profesión que están también en una sala adjunta. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

— RELATIVA A LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL ABORDAJE INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINAR DE LA DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001436).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la proposición no de ley número 8. Proposición no de ley relativa a la prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje integral y multidisciplinar de la desnutrición relacionada con la enfermedad en el Sistema Nacional de Salud, que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Velasco.

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

Buenas tardes, señorías.

El Grupo Parlamentario Popular presenta una iniciativa cuyo abordaje resulta de una gran importancia por la preocupación que genera en clínicos de diferentes ámbitos, sociedades científicas, profesionales sanitarios, médicos, enfermeras, nutricionistas y asociaciones de pacientes. Señorías, les estoy hablando de la desnutrición relacionada con la enfermedad, que es una alteración de la composición corporal producida por un déficit de nutrientes como consecuencia de una enfermedad aguda o crónica que disminuye las funciones vitales y repercute de forma negativa en la evolución clínica.

La desnutrición relacionada con la enfermedad aumenta la morbilidad y la mortalidad de los pacientes ya que incrementa la susceptibilidad a las infecciones, favorece la aparición de úlceras por presión, fístulas y dehiscencias posoperatorias, retrasa la recuperación y disminuye la efectividad de los tratamientos, produciendo deterioro de la calidad de vida. La DRE afecta a todos los niveles de la atención sanitaria: a la atención primaria, a la atención especializada hospitalaria y a la atención sociosanitaria. Tiene una prevalencia elevada; en España, ha aumentado en los últimos diez años y aparece en casi uno de cada cuatro pacientes hospitalizados. Según los datos, por ejemplo, del estudio PREDyCES, uno de cada cuatro pacientes hospitalizados está en riesgo de desnutrición o desnutrido, suponiendo un 23,7%, y este porcentaje aumenta al 37% entre las personas mayores de 70 años, afectando fundamentalmente a pacientes con enfermedades neoplásicas, donde iríamos a un 35%; en el sistema cardiorrespiratorio,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 14

un 29 % y en respiratorio, un 28 %. Podríamos fijarnos también en los pacientes pediátricos, por ejemplo, en el estudio DHOSPE, realizado en treinta y dos hospitales españoles, se encontró que un poco menos del 8 % de los niños ingresados presentaban desnutrición moderada a intensa, mientras que la cifra de niños en riesgo de desnutrición era superior al 70 %. Asimismo, podríamos hacer referencia a otros estudios en este ámbito que demuestran la preocupación sobre este tema, lo que ha llevado a crear diferentes alianzas, como la Alianza MásNutridos, que une a sanitarios, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, y que tiene por objetivo lograr el abordaje multidisciplinar de la desnutrición relacionada con la enfermedad y la implantación del cribado en los diferentes niveles asistenciales.

Para provocar más sensibilidad, este año se ha creado la Semana de la Desnutrición, celebrada del 11 al 15 de noviembre, donde se han llevado a cabo diferentes jornadas, una de ellas esta misma semana en esta Cámara, donde pudimos manifestar nuestro compromiso los diferentes grupos parlamentarios de esta comisión, aparte de escuchar a clínicos, sociedades científicas y pacientes.

Las acciones para mejorar el abordaje de la DRE y la identificación precoz de pacientes en riesgo de desarrollarla pueden ayudar a avanzar en la prevención y en la disminución de su prevalencia, generando un beneficio en la calidad de vida de los pacientes y un ahorro importante para el sistema sanitario.

En la aparición de la desnutrición relacionada con la enfermedad interactúan una serie de factores no solo biológicos, sino también emocionales y sociales, y es preciso conocer estos factores y su interrelación para realizar un abordaje integral multidisciplinar e interdisciplinar. Para conseguir un mejor tratamiento y mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, es necesario contemplar, junto con el tratamiento nutricional, el control de la enfermedad aguda o crónica y promover estilos de vida saludables. Es importante realizar un abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad biopsicosocial y más centrada en la persona a través de la información y formación de los pacientes y sus cuidadores, la formación de profesionales y la promoción del autocuidado en un trabajo coordinado entre los servicios sanitarios y sociales.

A pesar de la magnitud del problema y del interés profesional, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con desnutrición, este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado, en muchos casos por desconocimiento. En la actualidad, no está extendida la realización de un cribado nutricional de forma generalizada en todos los niveles asistenciales, y ello conlleva que no se atiendan adecuadamente las necesidades nutricionales de muchos pacientes durante la enfermedad. Los clínicos manifiestan que las intervenciones tempranas enfocadas en nutrición podrían mejorar los resultados clínicos de los pacientes con cáncer, con procesos neurológicos complejos y otras enfermedades. Tampoco está unificada la recogida de datos en la historia clínica del paciente, lo que afecta en parte a la codificación de la desnutrición, siendo escasos en los informes de alta de los hospitales. En 2016, se aprobó un documento marco de abordaje de la desnutrición, y su implantación desde entonces ha sido más bien escasa. Para el abordaje de la desnutrición se necesitan medidas, pero no solo las que nos aportan los clínicos, sino también el compromiso de esta comisión.

Por eso mi grupo parlamentario ha traído esta iniciativa con el interés de mejorar la sensibilización, la formación y la capacitación de los profesionales y los pacientes, impulsar la prevención y potenciar los cribados, garantizar la plena coordinación de todos los niveles asistenciales, actualizar la normativa vigente, considerando la evidencia científica, y sobre todo potenciar la investigación.

Muchísimas gracias y espero que lo vea bien el resto de los grupos parlamentarios. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora el Grupo Plurinacional SUMAR para defender las enmiendas. Tiene tres minutos.

La señora **RECAS MARTÍN**: Muchísimas gracias.

Las enmiendas las hemos hecho de manera conjunta con el Grupo Socialista, porque, aunque estamos de acuerdo con que esta PNL es necesaria y la votaremos a favor, sin embargo, consideramos que había que destacar que muchas de las cosas que dicen que hay que hacer en realidad están impulsándose y realizándose, tanto desde el Instituto de Salud Carlos III a través de los CIBER, como desde el Ministerio de Sanidad. Hablamos, por ejemplo, de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, que durante mucho tiempo estuvo en un cajón; se ha sacado del cajón, se está limpiando, se está fomentando y en esa estrategia de cronicidad de lo que se trata es de hacer un abanico amplio para todos estos temas que implican un manejo de cronicidad y un manejo multidisciplinar para detectar muchas de las cosas que ponen en esta PNL.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 15

Hablan en esta PNL sobre la coordinación, y estamos totalmente de acuerdo. En el nuevo plan de atención primaria —que esperamos que se apruebe en breve en el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad— hay una parte importantísima, por ejemplo, sobre la atención domiciliaria y la detección de problemas nutricionales como este; hay una parte importantísima de coordinación entre especialistas de atención primaria y hospitalaria en temas como este; hay una parte importantísima de lo que estamos haciendo en el Ministerio de Sanidad con el Ministerio de Derechos Sociales, con un marco referencial sobre la coordinación. Creemos que esa coordinación durante mucho tiempo no ha sido la más adecuada y se está haciendo un marco de referencia entre ambos ministerios para, entre otras cosas, trabajar todos estos temas dentro de las instituciones sociosanitarias. Ese marco va a ser parte importantísima de todo el trabajo que se está realizando.

Y, cómo no, para terminar, voy a hablar de la Red de Escuelas de Salud, donde se habla mucho de las cosas que comentaba la compañera del PP, se habla del trabajo de las asociaciones con los pacientes para poder poner en valor la identificación y el manejo de sus problemas de nutrición. La guía del ministerio es de 2021; lo que hay que hacer es fomentar su implantación en los diferentes niveles.

Por lo tanto, las enmiendas van encaminadas a destacar, por un lado, el trabajo que ya se está haciendo y, por otro, que este es un problema respecto del cual estamos totalmente de acuerdo.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

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

Sí, señorías, estamos hablando hoy de una alteración, la de la desnutrición relacionada con la enfermedad muy seria, y que constituye un problema sanitario de gran envergadura, tan seria que afecta a uno de cada cuatro pacientes en España y casi al 40% de las personas mayores de 70 años, y que en la actualidad supone un coste adicional para el Estado de unos 1140 millones de euros. Una situación para la que la legislación disponible actualmente en nuestro país —la referida a alimentos para usos médicos especiales— está totalmente desactualizada. Y a ello habría que añadir, una vez más, como en casi todo, que su aplicación a nivel autonómico es muy variada y desigual. La legislación no considera que la DRE sea una enfermedad más, que se debería evaluar y regir por los mismos aspectos regulatorios que otras prestaciones y patologías, y eso que las asociaciones para luchar contra la DRE ya formaban parte de las estrategias sanitarias de la Unión Europea desde el año 2003. En aquel momento ya se puso de manifiesto la importancia de la nutrición en los hospitales, así como las medidas encaminadas a su prevención y tratamiento, y posteriormente en la Declaración de Praga de junio, en 2009, los representantes de los ministerios de salud de los Estados miembros de la Unión Europea recalcaron expresamente la necesidad de sistematizar el cribado nutricional obligatorio como uno de los pasos esenciales para combatir la desnutrición en todos los niveles asistenciales. Hoy nos trae el Grupo Popular una proposición no de ley para tomar una serie de medidas en este asunto de la DRE que nos parecen muy apropiadas y necesarias, y hemos querido presentar una enmienda con el único ánimo de potenciarla y de desarrollarla aún más, profundizando en temas como la financiación de proyectos de investigación, la creación de una base de datos nacional sobre la propia patología, la promoción de la colaboración entre investigadores españoles e internacionales, o la creación en los hospitales de equipos multidisciplinares, con el objetivo de asegurar un abordaje integral y eficiente de esta enfermedad. Lo hemos hecho porque nos parece que lo que plantea esta proposición no de ley es suficientemente importante para que no se quede en una de tantas que pasan por esta comisión, que al final no van a ningún sitio. Nos gustaría que, si se aprobara, pudiera llegar al Gobierno lo más específica y completa posible, y esperamos que pueda ponerse en marcha en el menor tiempo.

Gracias.

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

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

Efectivamente los trastornos de nutrición son un problema muy relevante en la sociedad, tanto por exceso como por defecto, y desde luego, es un problema asistencial de los más importantes que tiene actualmente la sociedad. Pero hoy no hablamos de eso, hoy hablamos de la desnutrición en pacientes con enfermedades graves que ingresan en los hospitales. La nutrición en los hospitales, aparte de en pacientes

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 16

más o menos graves, también es un tema importante porque es habitual que un paciente que vaya por cualquier cosa —una fractura de cadera, etcétera— empiece a tener trastornos porque la comida no le sienta bien, porque está sin sal, porque no le gusta el menú, etcétera, porque el sistema que se ha generalizado en la mayoría de los hospitales es una cocina externa que hace un preparado externo, y eso hace que a veces la comida llegue con una temperatura inadecuada.

El Grupo Popular presenta esta PNL y es verdad que hay una asociación de especialidades y foros de pacientes que están empujando porque pretenden que se generalice esta cuestión. Al mismo tiempo, no todos los hospitales tienen el mismo nivel. Pensemos que no partimos de cero, la desnutrición se viene tratando, hay especialistas en la práctica —aunque en no existe la especialidad de nutrición parenteral y enteral— y además están en la innovación tecnológica; no creo que ese sea el problema. El problema que tratamos de corregir es que los sanitarios estén sensibilizados, que, del mismo modo que cuando se exploraba a un paciente en urgencias se le daba un pellizco en la piel para ver si estaba deshidratado, hay que hacer un examen sistemático de todo paciente que llega, que puede entrar ya desnutrido y, cuando llevan cuatro o cinco días de ingreso hospitalario, hay que evaluar si sigue desnutrido, si avanzó...

Presentamos una enmienda junto con SUMAR que aprovecha las cosas que ya se están haciendo y mejora un poco la proposición no de ley. O sea que, si es aceptada, votaremos favorablemente.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario Mixto no está ahora mismo.

El Grupo Parlamentario Vasco tampoco está.

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu. **(Pausa)**. Tiene la palabra.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: El tema está bien traído y es importante encararlo, pero es un tema muy transversal y que tiene muchas caras.

Como comentaba anteriormente, se refiere a la desnutrición relacionada con la enfermedad, pero sobre todo suele estar relacionada con el enfermo, es decir, con la persona y con su situación social. Y entonces estoy de acuerdo con las transitorias y propuestas que se hacen cuando se pide una coordinación con los servicios sociosanitarios, con los servicios primarios, porque en realidad lo que tenemos que afrontar es un problema que requiere una prevención primaria, pero luego una vez detectado el problema necesita una prevención secundaria. A la persona a la que ya se le ha detectado este problema no vale solamente con darle una formación, sino que hay que darle una cobertura muy amplia en diferentes cuestiones.

Estoy de acuerdo con las diferentes transaccionales que se han hecho. Conozco experiencias que se están llevando a cabo desde los servicios sociosanitarios, pero todavía tengo que decir —y conozco muy de cerca algunas de estas experiencias— que muchas veces nos encontramos con una impotencia fundamental porque muchas veces es un problema muy relacionado con la psicología y con la situación del entorno más cercano de la persona y con todos los problemas que tiene, y eso conlleva un apoyo sociosanitario que a veces tiene que ser intenso.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Parlamentario Junts per Catalunya. **(Denegación)**. No.

Grupo Parlamentario Republicano. **(Pausa)**. Me parece que no está.

Disculpen, el ponente tiene que aceptar las enmiendas.

La señora **VELASCO MORILLO**: Estamos estudiando la posibilidad de una enmienda transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

— RELATIVA A LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN TODA ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VOX. (Número de expediente 161/001096).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos ahora al que era nuestro punto 5, proposición no de ley relativa a la mejora de la asistencia sanitaria en toda España, del Grupo Parlamentario VOX, que tiene cinco minutos para presentarla.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 17

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

Esta proposición no de ley creo que resume lo que vamos trabajando durante estos meses de legislatura y son las piedras angulares que consideramos que tienen que marcar los pasos para que la sanidad española pueda hacer frente a los retos del futuro; no hablamos del año que viene, sino de los retos que tendremos incluso dentro de veinte años.

En ella promovemos la devolución al Estado de las competencias autonómicas en materia sanitaria, y aprovecho para decir a sus señorías que cuando decimos al Estado no nos referimos a Madrid como ustedes lo entienden, ni a ese «Madrid roba», y tampoco nos referimos a Pedro Sánchez que se cree el Estado muchas veces y no lo es, nos referimos a competencias de unificación para que todos los españoles puedan acceder de manera equitativa y justa a una sanidad pública y de calidad. En tanto en cuanto no consigamos esta recuperación, hay que trabajar para que las competencias sanitarias se diseñen desde un plan nacional de sanidad que subsane progresivamente las desigualdades en materia sanitaria producidas entre las regiones como consecuencia del Estado de las autonomías. Uno de los principales problemas que tenemos es que cada autonomía hace la guerra por su cuenta; lo vimos durante la pandemia y lo seguimos viendo cuando los pacientes muchas veces tienen que desplazarse a otras autonomías buscando unos servicios que en la suya no tienen. Esto no lo puede negar: existe una desigualdad, existe una inequidad, existe una injusticia hacia los españoles.

Presentamos de nuevo incrementar en el presupuesto general del Estado las partidas destinadas a sanidad. Seguimos gastando menos de lo que deberíamos en sanidad, más aún teniendo en cuenta que vamos a un modelo de cronicidad; y, aunque ustedes lo digan, no actúan en consecuencia. Nos encontramos ante un gasto farmacéutico que es peso fundamental en los presupuestos de todas las regiones, por lo tanto, tiene que ser algo prioritario aumentar el porcentaje de gasto materia de sanidad. Luego si quieren ustedes vienen con sus discursos falsos y diciendo que de VOX odia la sanidad pública. No, no, es que VOX está empujando para que ustedes suban el gasto en sanidad. Ya votaron una vez que no a la subida de los presupuestos generales del Estado. Hoy vamos a votar esta iniciativa por puntos para que se vuelvan ustedes a retratar respecto de la subida de las partidas destinadas a sanidad en los presupuestos generales del Estado. Ya veremos a ver qué votan ustedes. Pero, claro, eso de quitar el gasto superfluo o ideológico a ustedes les da urticaria.

Proponemos promover la creación de una tarjeta sanitaria única. Sus señorías el martes subieron a la tribuna y dijeron que no era así, pero luego nos decían que sí, que en ciertas comunidades existían esos problemas, que se lo dijéramos a no sé quién, como si nosotros fuésemos parte de esos grupos. No, yo les recuerdo que nosotros somos VOX y no tenemos nada que ver con el resto de los grupos; no tenemos cadenas, no tenemos mochilas y no tenemos que pedir a nadie permiso para defender nuestros valores y nuestras ideas. Lo hacemos con convicción.

Promover condiciones laborales. Nadie me puede negar lo que llevan reclamando los profesionales meses e incluso años. Queremos hablar de la situación de nuestros sanitarios, no solamente en materia de seguridad en los centros de salud y hospitales, sino que estamos hablando también de materia laboral porque muchas veces en los hospitales vemos condiciones laborales que distan mucho de ser las buenas —no hablamos de que sean las mejores, sino solamente buenas—. Cualquiera de ustedes puede seguir redes sociales, los chats de los médicos, las acciones de los representantes de los profesionales sanitarios, y verá lo que tienen que sufrir en su día a día cuando, por ejemplo, tienen que dormir en un camastro mientras que muchas veces están solos en las urgencias de un centro hospitalario. Y vemos una y otra vez cómo el Gobierno y las autonomías no hacen nada. Por eso, pedimos promover esas condiciones laborales del personal sanitario que garanticen también sus salarios competitivos, que fomenten la conciliación familiar, que aseguren la retención del talento español —otro de los problemas que tenemos— y, por supuesto, que dignifiquen la profesión de nuestro personal médico y de nuestro personal de enfermería.

Y, por último, queremos promover también un límite máximo de plazas en los grados de Ciencias de la Salud en las universidades públicas españolas. Consideramos que hay que permitir que los ciudadanos tengan ese ascensor social en las universidades, pero que sea un ascensor social real, porque otra de las cosas que la izquierda española se ha cargado es ese ascensor que nos permitía a los trabajadores de clases obreras, de clases humildes, poder llegar a ser mucho más de lo que antes podíamos ser. Hasta eso se han cargado ustedes.

En resumen, promovemos la creación de plazas; promovemos, como he dicho, la devolución al Estado de las competencias, la recuperación estatal de competencias; incrementar los presupuestos del Estado;

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 18

la creación de la tarjeta sanitaria única; promover unas condiciones laborales óptimas para nuestros profesionales sanitarios, y finalmente promover el incremento del límite de plazas en los grados de Ciencias de la Salud de las universidades. Creo que son todas reivindicaciones justas, que se votarán por separado y que retratarán, por supuesto, los posicionamientos y todos los discursos de postureo de muchas de sus señorías.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a las intervenciones de los grupos.

El Grupo Mixto. (**Denegación**).

El Grupo Vasco no está.

Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Por la falta de respeto del proponente a esta comisión y por la falta de rigor propositiva, no voy a entrar al debate.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupo Parlamentario Republicano? (**Pausa**).

Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Nos vuelve a sorprender el Grupo VOX con una propuesta llena de humo y poco coherente con sus actitudes y sus acciones a la hora de las votaciones. También trae un tema que se debatió el pasado martes con la proposición y creo que quedaron claras las posturas.

Vuelve otra vez a manifestar este afán centralista de su grupo parlamentario, obviando por otro lado esto que tanto les gusta, que este es un derecho constitucional. Pero ya no es solamente esto, sino que además está vastamente demostrado que la asunción por parte de las comunidades autónomas de las competencias en materia de sanidad ha dado lugar a un modelo que es ampliamente reconocido como exitoso, sabiendo que la gestión desde la proximidad siempre es más eficiente, más eficaz y también que da mejor respuesta a las necesidades reales de los ciudadanos en ese entorno.

En la misma línea y ante su gran obsesión contra las lenguas cooficiales, he de reflejar otra vez que ellas son parte de la gran riqueza cultural de nuestro país y, por lo tanto, desde nuestro grupo siempre trabajaremos para velar por su protección y por su promoción, como dice la Constitución —que tanto les gusta— en su artículo 3.

Para ser un poco telegráfica en los puntos que trata su PNL y en relación con la situación y condiciones de los profesionales, es importante poner de relieve que quien normalmente acostumbra a votar en contra de las mejoras de las condiciones laborales de los ciudadanos es su grupo, que nunca está y no se le espera, como hizo en la reforma laboral o en las múltiples propuestas presentadas por el Ministerio de Trabajo. Pero también es importante recordar algunas de las medidas impulsadas por el Gobierno para paliar el déficit de médicos de familia, así como del resto de profesionales sanitarios; medidas como el incremento de la oferta de plazas de formación especializada en medicina familiar y comunitaria, que hubo un aumento de plazas de un 38 %, llegando a 2492 en la convocatoria de 2023-2024; la mejora de las condiciones laborales de los profesionales actuales y futuros a través de la reducción de la temporalidad; la negociación del estatuto marco que se está haciendo también para mejorar sus condiciones laborales; la estrategia realizada en el marco de la OMS para la retención de talento; o la financiación del incremento de plazas de Medicina en las universidades públicas y la mejora de la calidad docente a través de la partida presupuestaria de 52 millones de euros.

En relación con la tarjeta sanitaria individual, como ya se manifestó en el Pleno del pasado martes, mi compañera le hizo ver que esta propuesta ya existe hace más de veinte años, que se enmarca en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en concreto en el real decreto que la regula, y por lo tanto ya tiene su validez. Evidentemente, como siempre, es posible realizar mejoras, pero ya se puede asegurar la prestación farmacológica en todo el territorio con cualquier tarjeta, en cualquiera de las más de 22 000 farmacias del territorio y también se encuentra disponible la historia clínica digital.

Y, para acabar, voy a hacer referencia a los presupuestos generales del Estado, que ya contemplaban una mejora en el refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud, con un incremento de un 6,7 % y de unos 500 millones para infraestructuras en atención primaria. Y, sí, evidentemente nos provoca urticaria el comentario de su gasto superfluo e ideológico, porque ustedes lo único que quieren hacer es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 19

desmantelar el estado de bienestar, como bien demuestran con cada una de sus propuestas e intervenciones.

Gracias. **(Aplausos)**.

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

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

Señores de VOX, vuelven ustedes a remitirnos a través de una PNL, una enmienda a la totalidad. Quizás sea por la época en la que ustedes registran esta PNL, se centra en la época estival, momento en el que la disminución de recursos se adecua precisamente a los movimientos de la población año tras año. Eso lo sabemos los que hemos trabajado muchísimos años en el sistema público de salud.

También hacen hincapié en la falta de facultativos sanitarios, hacen todo un refrendo de datos.

Insisten en relación con la tarjeta sanitaria, que les dije el otro día en el Pleno que afortunadamente todas las comunidades autónomas tienen una tarjeta sanitaria que está perfectamente normalizada, estructurada, asegurada y centralizada por el Ministerio de Sanidad con el conjunto de las comunidades autónomas y a través del INGESA. Por lo tanto, esa insistencia en la tarjeta sanitaria individual y su falta de gestión es falsa. Cada ciudadano, independientemente del color de la tarjeta —tanto la física como la virtual— tiene acceso y puede ejercer sus derechos farmacológicos y clínicos.

También insisten de nuevo en las condiciones laborales de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud y hacen una serie de propuestas. Insistimos en que los puntos 1 y 2 son anticonstitucionales porque ustedes niegan el Estado de derecho respeto a las autonomías e insisten, una y otra vez, en que se devuelvan competencias al Estado. Parece que el Estado es un ente abstracto desconocido, sin embargo, el Estado está no solamente en la parte nacional o central, sino también en las comunidades, en los ayuntamientos y en las diputaciones, afortunadamente tenemos un Estado de derecho diverso, rico y plural.

Insisten de nuevo en que además los presupuestos generales del Estado den más y más dinero al sistema sanitario, y les recuerdo que en los últimos presupuestos generales aprobados se incrementó más de 7049 millones, precisamente la cantidad para el Sistema Nacional de Salud, o sea, es un 6,7 % de los presupuestos anteriores, que 1538 millones corresponden precisamente a las actuaciones de PERTE, que además se intenta que todo se pueda estructurar a través de la gestión de sus servicios regionales de salud y de las comunidades autónomas en la atención primaria.

Y de nuevo insisten en la tarjeta sanitaria única. ¡Pero sí ya existe, se está desarrollando, y además la historia clínica la tienen los pacientes y lo pueden perfectamente disfrutar en cualquier lugar! Lo mismo que su tema farmacéutico.

Vuelven ustedes a insistir en el tema laboral para los profesionales sanitarios, en los distintos grados. Sinceramente, no vamos a poder asumirla. **(Aplausos)**.

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

El señor **BELMONTE GÓMEZ**: Muchas gracias, con la venia.

En primer lugar, este grupo pide la votación por puntos de la PNL del Grupo VOX. El Partido Popular es un partido autonomista porque el autonomismo es una historia de éxito en nuestro país, es una realidad original en nuestra Constitución que incide en descentralizar las competencias para lograr una mayor cercanía y participación de los ciudadanos en sus decisiones directas. Ello exige un esfuerzo compartido por todos para que esa coordinación sea eficaz, real y efectiva. La realidad actual de los ciudadanos nos dice que esa historia ha tenido muchas más luces que sombras y avanza hacia una mayor afinación y eficacia, con lo cual no podemos tomar la parte por el todo, ni podemos invalidar el concepto porque haya cosas que mejorar.

El Partido Popular no está ni a favor de una involución en un centralismo hermético o monolítico ni tampoco en una disolución federal extractiva que quizá vea al Estado como una tarta que hay que repartir y no como un edificio que hay que construir entre todos. Pensamos que la gestión cercana, que la gestión de las comunidades autónomas y que las competencias descentralizadas siempre tienen elementos de mejora, pero este sistema tiene que seguir siendo estable a la hora de gestionar la vida de los ciudadanos.

Señores de VOX, pongamos el argumento un poco también en carga. Imagínense un ministerio con las competencias centralizadas y que dependiera del actual ministerio o del Gobierno de Pedro Sánchez

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 20

la competencia de la asistencia sanitaria a los ciudadanos. En primer lugar, hubiéramos tenido un ministro por año, que quizá tendrían la suerte de los toreros con poca suerte: presentación, debut y despedida, es decir, cada año una cosa. Si gestionan la atención directa como la única que tienen, que es la de Ceuta y Melilla, como tuve ocasión de decir hace un par de días, ahí está el resultado: la desconfianza hacia la sanidad pública, la prestación farmacéutica o muchas otras cosas en las que lógicamente hay unos márgenes de mejora evidentes; porque más allá de lo que ven en el paseo del Prado, hay una realidad sanitaria evidente en nuestro país. Por lo tanto, con esa petición de votación por puntos, sí manifestamos la realidad evidente de la eficacia del Estado autonómico, lógicamente con mejoras y dentro de un proyecto común y compartido que es España.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Creo que el portavoz de VOX quiere intervenir.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Sí, por un orden de cosas, señor presidente.

Primero, la portavoz del Grupo Socialista se ha referido a los señores de VOX, obviando la presencia de mi compañera Rocío de Meer, que creo que es una gran parlamentaria y que debería ser reconocida su presencia en esta comisión.

Segundo, quería pedirle por favor que el portavoz de Bildu manifieste cuáles han sido las afirmaciones que él considera que han sido una falta de respeto o un insulto hacia esta Cámara, con el fin de mantener la buena sintonía y el respeto que tenemos todos en la comisión, para tomar nota.

Y, tercero, quiero comunicar que efectivamente aceptamos la votación por puntos de nuestra PNL
Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Alguien quiere hacer aclaraciones sobre estos puntos, que son formales? **(Denegaciones)**. ¿No? Vale.

Después hablamos sobre la utilización del plural masculino en las distinciones de género.

— PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON CELIAQUÍA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001177).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición no de ley número 6, para mejorar la calidad de vida de las personas con celiaquía, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, quien tiene cinco minutos para exponerla.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Gracias, presidente.
Buenas tardes, señorías.

También queremos dar las buenas tardes a la Sociedad Española de Enfermedad Celíaca, a la Associació Celiacs de Catalunya, a la Federación de Asociaciones de celíacos de España y a la Asociación de Celíacos y Sensibles al Gluten de Madrid, que están siguiendo la comisión desde una sala anexa. Gracias a todos ellos por haber impulsado esta iniciativa que presenta hoy mi grupo.

La enfermedad celíaca es una patología multisistémica, con base autoinmune provocada por el gluten y otras proteínas relacionadas en personas genéticamente susceptibles. Afecta a todas las edades. En edad adulta suele descubrirse entre los 40 y los 60 años, pero hay estudios recientes que sugieren que el 25 % de las personas diagnosticadas tienen más de 65 años.

En las tres últimas décadas se ha registrado un notable aumento de la prevalencia de esta enfermedad, siendo una de las enfermedades de transmisión genética más frecuentes en nuestro entorno. Los sistemas de nuestro Sistema Nacional de Salud así lo recogen; la base de datos de atención primaria en 2022 observaba que en nuestro país más de 154 000 personas están diagnosticadas de esta enfermedad, con casi 14 000 nuevos diagnósticos cada año. A pesar de los avances y del conocimiento de esta enfermedad, sigue siendo infradiagnosticada debido a su carácter sistémico, que afecta a una pluralidad de órganos y de sistemas. En todas las edades presenta un cuadro de mala absorción y deterioro nutricional, acompañado de otras manifestaciones. Por ejemplo, en la infancia, estancamiento del crecimiento, retraso puberal, fatiga crónica, dermatitis y otros síntomas; en la edad adulta, anemia, ferropenia, enfermedad metabólica ósea, trastornos neurológicos y psiquiátricos, infertilidad, sobrepeso —en un 21 % de los casos— o, incluso, obesidad —en un 12 %—.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 21

El retraso o ausencia de diagnóstico puede tener graves consecuencias para la salud y calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad. En este momento, la dieta es la única que puede hacer desaparecer los síntomas y que conduce a normalizar las pruebas serológicas y resolver las lesiones. Una dieta cuyo seguimiento requiere de un mayor gasto económico para los pacientes: según FACE, 845 euros extra al año por cada persona con celiaquía. Esto es debido al elevado coste de las materias primas y a los controles exhaustivos que requiere la fabricación de los productos.

Nuestro Gobierno de coalición trabaja en el abordaje de la enfermedad y lo hace en firme, y así va revisando de manera continuada el protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca, contrastándolo con publicaciones recientes como el documento de consenso sobre la aplicación de recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, y facilita el acceso a esta información a través del UpToDate del Ministerio de Sanidad. En el marco de la Estrategia de Salud Digital, se están desarrollando herramientas que incluyen sistemas de alerta de síntomas críticos. Para la promoción de la salud en la escuela se ha elaborado una Guía de Escuelas Promotoras de Salud a partir del acuerdo marco entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad, incluyendo protocolos y guías para las comunidades autónomas en relación con la dieta sin gluten.

Pero, sin duda, es necesario avanzar. Por eso nuestra PNL para mejorar los registros clínicos; la sistematización de los datos epidemiológicos; actualizar de manera permanente el protocolo para el diagnóstico precoz; establecer planes de formación para este diagnóstico; ofrecer dieta sin gluten en el ámbito educativo y sociosanitario, Instituciones Penitenciarias, etcétera; ayudas directas a los pacientes e impulsar la investigación. Agradecemos las enmiendas de todos los grupos y su predisposición para llegar a un texto de consenso en favor de las personas celíacas. Con esta iniciativa, el Grupo Parlamentario Socialista pretende contribuir al mayor conocimiento y mejor abordaje y atención de la enfermedad celíaca, poniendo en valor el rigor clínico, la evidencia científica disponible y las necesidades de las personas que la padecen, para avanzar en la igualdad de oportunidades en salud y la equidad territorial.

Gracias a todos los grupos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Para enmiendas, Junts per Catalunya.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Sí. Gràcies, president.

Bé, ahir mateix el diputat Jordi Fàbrega, diputat de Junts al Parlament de Catalunya, defensava, va presentar una proposta de resolució de la mà de l'associació Celíacs de Catalunya, una proposta que va molt més enllà de la iniciativa que debatem avui. La celiaquia és una malaltia genètica autoimmune que pateix l'1 % de la població, especialment la que està en edat infantil o jove, on la prevalença multiplica per 5 la registrada en l'edat adulta i, a més, cada cop hi ha més celíacs. I no és només perquè cada cop siguem més capaços de diagnosticar, sinó per altres raons que evidentment hem d'estudiar, hem d'analitzar des de la ciència.

Per tant, parlem d'un problema que és un problema de més d'un milió de persones i que va en augment. Donat que ens han acceptat algunes de les nostres esmenes, donem la iniciativa per bona, però falten alguns punts per materialitzar les necessitats que tenen els malalts que considerem rellevants i que responen a les reivindicacions de l'associació Celíacs de Catalunya, als que des d'aquí vull felicitar per la feina ingent que fan, acompanyant els malalts, tenint especial sensibilitat amb els nens, amb els joves que són, a més, els que pateixen una major prevalença d'aquesta malaltia o de la sensibilitat al gluten. L'associació ajuda els pares i les mares de nens i joves celíacs a saber gestionar emocionalment la seva situació.

I donat que estem en un món prou complex pels joves i pels nens, cada cop amb més problemes de salut mental, imaginem-nos sobre què els pot suposar patir una malaltia que no té cura i que els obliga a seguir una dieta especial, que els provoca danys intestinals amb símptomes com ara la diarrea, la fatiga, la pèrdua de pes, la inflamació, l'anèmia. És normal que tota aquesta situació els generi depressió, apatia, irritabilitat, ansietat i, per això, és molt de destacar la feina que fa l'associació Celíacs de Catalunya.

Pensant en aquesta situació, celebrem que hagin acceptat que hi hagi ajudes directes a les famílies amb persones afectades, tot i que nosaltres també havíem proposat un punt i és que els aliments sense gluten formin part de la cartera del sistema estatal de salut. En qualsevol cas, no pot ser que la malaltia els faci més vulnerables, menys encara en un estat on aquest mateix any s'ha trencat, s'ha tornat a establir un nou rècord en ratis de pobresa infantil. I ens ha de preocupar especialment, doncs això, la seva salut física i mental.

També demanàvem i s'ha acceptat que, més enllà de promoure la difusió del protocol de la malaltia, hi hagi plans de formació per millorar i agilitzar el diagnòstic. Cal recordar que el 75 % dels celíacs no saben

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 22

que ho són. També han validat que, sempre des del respecte de les competències autonòmiques, que per a nosaltres és fonamental, s'obligui a que hi hagi una dieta alternativa lliure de gluten a l'escola, on ha de mantenir-se la tasca de sensibilització i informació sobre quines complicacions pot tenir la malaltia celíaca.

Han incorporat que s'impulsi la investigació, que les administracions públiques financin estudis per millorar diagnòstics i tractaments. Però ha quedat fora una demanda que té molt a veure amb el pa de cada dia dels malalts. Les famílies volen etiquetar-ho correctament, el pa o el pa comú sense gluten i que tingui un tractament fiscal que no sigui discriminatori per al col·lectiu celíac. Dient-ho ras i curt, no pot ser que l'entrepà que menja el nen al pati o que pren en sortir de l'escola suposi una penalització econòmica per als seus pares.

Esperem que aquesta darrera proposta acabi sent acceptada en una iniciativa futura, que sí que sigui legislativa. I en tot cas, agafem conjuntament un compromís, però necessitem que tot el que pactem, com dèiem, formi part del cos legislatiu o dels plans del govern executiu.

Gràcies.

Gracias, presidente.

Ayer mismo el diputado Jordi Fàbrega, de Junts, presentó en el Parlamento de Cataluña una propuesta de resolución de la mano de la Asociación Celíacos de Cataluña; una propuesta que va mucho más allá de la iniciativa que debatimos hoy. La celiaquía es una enfermedad genética autoinmune que padece el 1% de la población, especialmente la que está en edad infantil o joven, donde la prevalencia multiplica por cinco la edad adulta. Además, cada vez hay más celíacos, y no es solo porque cada vez seamos más capaces de diagnosticar, sino por otros motivos que, evidentemente, tenemos que estudiar, analizar desde la ciencia. Por tanto, hablamos de un problema, que es un problema además de un millón de personas, que va en aumento.

Puesto que nos han aceptado algunas de nuestras enmiendas, damos la iniciativa por buena, pero faltan algunos puntos por materializar: las necesidades que tienen los enfermos, que consideramos relevantes y que responden a las reivindicaciones, como veíamos, de la Asociación Celíacos de Cataluña. Desde aquí me gustaría felicitar por el trabajo ingente, acompañando a los enfermos, teniendo especial sensibilidad con los niños, con los jóvenes, que son los que padecen una mayor prevalencia, como decíamos, de esta enfermedad o de la sensibilidad al gluten. La asociación ayuda a los padres y a las madres de niños y jóvenes celíacos a saber gestionar emocionalmente su situación, y, puesto que estamos en un mundo bastante complejo para los jóvenes y para los niños cada vez con más problemas de salud mental, imaginémosnos qué les puede suponer padecer una enfermedad que les obliga a tener una dieta especial, con daños intestinales con síntomas, diarrea, fatiga, pérdida de peso, inflamación, anemia. Es normal que en toda esta situación generen depresión, irritabilidad, ansiedad, etcétera y, por tanto, es mucho que destacar el trabajo que hace la Asociación Celíacos de Cataluña, así que celebramos que hayan aceptado que haya ayudas directas a las familias con personas afectadas, aunque nosotros también habíamos propuesto algún punto, y es que los alimentos sin gluten formen parte de la cartera del sistema estatal de salud.

En cualquier caso, no puede ser que la enfermedad los haga más vulnerables y menos todavía en un Estado en el que este mismo año se ha vuelto a establecer un récord en ratios de pobreza infantil, y nos debe preocupar su salud física y mental. También pedíamos —y se ha aceptado— que, más allá de promover la difusión del protocolo de la enfermedad, haya planes de formación para mejorar y agilizar el diagnóstico. Debemos recordar que el 75% de los celíacos no saben que lo son. También hemos validado que, desde el respeto de las competencias autonómicas, que para nosotros es fundamental, se obligue a que haya una dieta alternativa libre de gluten en el colegio, donde se mantenga la sensibilización e información sobre qué complicaciones puede tener la enfermedad celíaca.

Se ha incorporado que se impulse la investigación, que las administraciones públicas financien estudios para mejorar los diagnósticos y tratamiento, pero ha quedado fuera una demanda que tiene mucho que ver con el pan de cada día de los enfermos. Las familias quieren etiquetar de forma correcta el pan común sin gluten, y que tenga un tratamiento fiscal que no sea discriminatorio para el colectivo celíaco. Es decir, claramente no puede ser que el bocadillo que come el niño en el patio o después del colegio suponga una penalización económica para sus padres. Esperamos que esta última propuesta, aceptada con una iniciativa futura que sea legislativa, y hoy cogemos un compromiso conjunto, pero necesitamos que todo el paquete forme parte del cuerpo legislativo o de los planes del Gobierno Ejecutivo.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 23

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Grupo Plurinacional SUMAR, si no me equivoco.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Exacto.

Primero de todo, quiero agradecer al Grupo Socialista que hoy nos traiga esta propuesta. Creo que al final, cuando aterrizamos en dar respuesta a problemáticas concretas, a personas a las que ponemos nombres y apellidos, tiene mucho más sentido el trabajo que aquí estamos haciendo. Por lo tanto, también quiero agradecer a todas las asociaciones, federaciones, a la sociedad española de celiacía, que hoy también nos están acompañando en el seguimiento de este debate, que hayan hecho posible que hoy se lleve a cabo el debate de esta propuesta.

También quiero agradecerles el trabajo que hacen defendiendo, reivindicando, visibilizando y acompañando a las personas que padecen la enfermedad celíaca, la cual ha experimentado un notable aumento de su prevalencia en las últimas tres décadas, siendo una de las enfermedades de transmisión genética más frecuentes en los países de nuestro entorno, como también comentaba mi compañera, y teniendo también en cuenta que, a pesar de los avances en su conocimiento, desarrollo y perfeccionamiento de las pruebas serológicas sigue siendo infradiagnosticada, en gran medida también por este carácter sistémico de la enfermedad. A la vez, también existe el riesgo de sobrediagnóstico al detectar lesiones en pacientes que podrían obedecer a otras causas.

Por ello, en la línea planteada en la proposición y también en la enmienda que hemos realizado desde nuestro grupo, es importante promover la mejora de los registros clínicos de manera sistemática para mejorar la identificación de casos y la vigilancia de la enfermedad. Por otro lado, para favorecer el diagnóstico temprano, fiable y fidedigno es importante el seguimiento y la atención integral; son necesarios los protocolos con los criterios clínicos, serológicos y genéticos, entre otros. Por ello es importante el protocolo que ya existe para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca, que es un documento desarrollado con la participación de múltiples sociedades científicas y asociaciones de pacientes, y promovido por el Ministerio de Sanidad.

A su vez, es importante la constante actualización y revisión de este protocolo ya existente, como ya se va realizando, y también el acceso de esta información actualizada y basada en la evidencia para los profesionales sanitarios, como ya facilitan a través del ministerio en herramientas como UpToDate o también el caso de las alertas informáticas de atención primaria ante síntomas críticos, que se están desarrollando en el marco de la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud, facilitando el seguimiento adecuado de la enfermedad celíaca.

Por otro lado, es bien sabido que la dieta estricta sin gluten conduce a la desaparición de los síntomas, la normalización de las pruebas serológicas y la resolución de las lesiones en la mayoría de los pacientes. Por ello, en la línea de la propuesta, también se planteaba la importancia de fomentar la promoción de la salud en la escuela. En el marco del acuerdo entre el Ministerio de Educación y Sanidad se elaboró una Guía de Escuelas Promotoras de Salud, que incluye también protocolos y guías existentes en relación con la dieta sin gluten; guía que también deberíamos conseguir que fuera accesible y aterrizará en todos los centros educativos del país.

En el abordaje de esta enfermedad es importante no obviar una realidad que sufren los pacientes con enfermedad celíaca en su día a día: el elevado coste económico de los productos requeridos para la dieta celíaca. Según datos de la Federación de Asociaciones de Celíacos de España, la diferencia existente en la adquisición de productos con y sin gluten se sitúa en unos 845,20 euros al año extra. Por ello es...

El señor **PRESIDENTE**: Lo vamos a dejar aquí.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Perdón.
Por ello es importante establecer sistemas de ayudas destinadas a esta compra.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Gracias, presidente.
Buenas tardes, señorías.

Si hablamos de celiacía hablamos de una enfermedad autoinmune crónica que se desencadena por la ingestión de gluten, una proteína presente en el trigo, la cebada y el centeno. En las personas con predisposición genética, el consumo de gluten provoca una respuesta inmune que daña el revestimiento

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 24

del intestino delgado, lo que afecta a la absorción de nutrientes. En cuanto a los síntomas de la celiaquía, estos pueden variar ampliamente entre los individuos y pueden incluir desde síntomas gastrointestinales a síntomas no gastrointestinales, con un diagnóstico que se realiza a través de tres parámetros —historia clínica, análisis de sangre y biopsia intestinal— con un único tratamiento eficaz para la celiaquía, que es una dieta estricta sin gluten. Esto implica evitar todos los alimentos que contengan trigo, cebada y centeno, así como productos que puedan estar contaminados con gluten. Es fundamental la educación del paciente celiaco, es decir, que estos comprendan su patología y sepan de la importancia de leer las etiquetas de aquellos productos que van a comprar para su posterior consumo, y estén informados sobre la contaminación cruzada.

En cuanto a los puntos expuestos en la PNL del Grupo Socialista, hemos presentado una serie de enmiendas en varios puntos del *petitum*. En cuanto al comienzo de este, incluimos: «El Congreso de Diputados insta al Gobierno a trabajar desde el consenso real con las Comunidades Autónomas, los representantes de los profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes, así como a destinar cuantos recursos humanos, económicos, tecnológicos y estructurales sean necesarios para...» Sobre el primer punto, estamos de acuerdo con el estudio epidemiológico. Entendemos que dicho estudio se realizaría a través del Centro de Investigación Carlos III o similar, aunque nos gustaría que el punto comenzase con la palabra «materializar», en vez de «promover». Es decir, que no se quede solo en una declaración de intenciones y, además, sería interesante que no se vinculara solo a un único estudio en un momento determinado, sino que se realizasen actualizaciones en un horizonte temporal de entre siete y diez años, por ejemplo, cuando se estime oportuno, sin que se tenga que modificar la metodología.

El segundo punto comenzaría en «actualizar el protocolo». Lo anterior lo incluimos en el inicio del *petitum*. Incluir la palabra «científicas» tras «nuevas evidencias», terminando el punto con «definiendo medidas como el establecimiento de alertas». Sería muy positivo el hecho de la evaluación de la actualización de estas medidas, teniendo en cuenta los avances científicos o clínicos, con una periodicidad adecuada, por ejemplo, de tres años.

El tercer punto, empezaría por «mejorar», ya que lo anterior lo habíamos incluido al inicio del *petitum*. El cuarto con «promover desde el ámbito educativo medidas de sensibilización y de información». El quinto, en vez de comenzar por «estudiar el establecimiento» proponemos hacerlo con la palabra «materializar», al igual que en el punto 1, para que no quede solo como una simple declaración de intenciones. El sexto nos parece adecuado, no lo modificaríamos, pero sí que nos gustaría que se hiciese hincapié en que se vele por el cumplimiento de estas medidas.

Para finalizar, se debe tomar en consideración que la celiaquía es una enfermedad que, junto a lo expuesto en nuestra intervención y los datos ofrecidos en el texto de la PNL presentada, requiere de un manejo cuidadoso del paciente y conseguir una adherencia estricta a una dieta sin gluten. Factores como el reconocimiento temprano de la enfermedad y el tratamiento adecuado pueden prevenir complicaciones a largo plazo, mejorando significativamente la calidad de vida de quienes la padecen.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

¿Grupo Parlamentario Mixto? **(Pausa)**. No está.

Grupo Parlamentario Vasco no está.

Euskal Herria Bildu, por favor.

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

Quiero empezar diciendo que vamos a apoyar la transaccional en la que se está trabajando, porque nos parece que a pesar de los avances que hemos tenido en los veinte últimos años en la elaboración de los diferentes protocolos, en la mejora de las prácticas y de la concienciación, todavía sigue habiendo infradiagnóstico. Por tanto, todo lo que podamos hacer en este sentido es positivo e incluso desde esta comisión, dando apoyo a todas las medidas que se están proponiendo. Por eso sería bueno que este estudio epidemiológico se enfocara prácticamente hoy a la actualización de las causas del infradiagnóstico, que es diferente al que podía haber hace diez o doce años, porque se debe a razones diferentes. El estudio debería ser desde un punto de vista de comparación de los diferentes programas que puede haber en Europa, precisamente para ir a detectar, a conocer, a poner dianas realmente de avances positivos y sobre los problemas concretos. Eso, por un lado, en cuanto al infradiagnóstico.

En cuanto a la sensibilización, como es importante detectarlo lo más precozmente posible, sobre todo, tenemos que ir a públicos dianas, población joven. No podemos dejarlo todo en la escuela. En cuanto a la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 25

paliación del sobrecoste, realmente tenemos que atenderla. Por un lado, subvención a familias, porque hay diferentes razones. Hay que atender que en muchos casos la no tolerancia está muy ligada con otras enfermedades, con otras casualidades familiares, y en ese sentido serán necesarias subvenciones particulares a familias. Por otro lado, el abaratamiento de los productos específicos para personas celíacas es otro elemento importante y por eso vamos a apoyar esta propuesta.

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

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

Señores socialistas, hoy nos presentan una proposición sobre la enfermedad celíaca, un tema que nos preocupa a todos. Sin embargo, lo que nos plantean es otra fórmula vacía, otra cortina de humo más, una proposición superficial y, como siempre, absolutamente ineficaz para resolver los problemas que enfrentan los españoles.

Hablamos de una enfermedad que no tiene cura, y aunque la propuesta de crear unidades de diagnóstico avanzado es útil no aborda los problemas estructurales del sistema sanitario. Esas unidades, sin duda valiosas y necesarias, así planteadas no tienen ningún sentido, porque ¿se han preguntado de dónde van a sacar los recursos para dotar estas unidades con los medios necesarios? ¿Cómo van a formar a los profesionales que las gestionen? Y, lo más importante, ¿cómo van a garantizar que en todos y cada uno de los rincones de España se ofrezca el mismo nivel de atención, los mismos protocolos, sin importar si uno es de Madrid o de Huelva? Siguen pensando que la sanidad es un lujo, dependiendo de la región donde uno viva.

Esta iniciativa no es más que un parche en un sistema sanitario que hace aguas por todos los lados y se lo recuerdo por enésima vez: en esta comisión hablamos de salud, hablamos de vivir o de morir o vivir con dignidad, así que menos proposiciones y recuerden que son el Gobierno, así que actúen. Pero, además, se atreven a hablar de forma pequeña, de forma extraña, de las dificultades económicas de la dieta sin gluten, un problema que afecta a muchísimas familias. Sin embargo, no proponen ninguna medida real, concreta, y no se trata de poner el IVA a cero, que eso beneficiaría a todos sin distinción, incluso a las rentas más altas, sino que se trata de ayudas directas, ayudas individualizadas como, por ejemplo, beneficios fiscales en el IRPF dependiendo del número de miembros, dependiendo de la renta, dependiendo de la situación; en el IRPF, ese que les encanta subir. Eso sería lo lógico y sería aplicable de forma inmediata.

Esta PNL es otra vez otro brindis al sol, otro brindis más del Partido Socialista que luego cuando gobiernan —y están gobernando, señores socialistas— no hacen nada. Los que nos proponen es otra vez una muestra de su interés de no abordar los problemas reales. Así que no nos intenten engañar de nuevo, no intenten ponerse medallas presentando iniciativas que luego ustedes no aplican y que carecen de efectividad. Por eso nosotros nos vamos a abstener, porque, insisto, no les creemos y no vamos a avalar su incompetencia con una simple palmadita en la espalda. Si lo que les preocupa realmente es la situación que vive este colectivo, les instamos de nuevo a que como Gobierno presenten un compromiso real, un compromiso tangible, que nosotros estudiaremos y seguro que defendemos y apoyamos para proteger los derechos y las necesidades de este colectivo con el que estamos profundamente identificados. Mientras tanto, mientras no lo hagan como Gobierno, siguen demostrándonos que este sistema, este Sistema Nacional de Salud, sigue siendo otro enfermo más que está abandonado y desangrado por su falta de interés y por su falta de inversión.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora le toca al Grupo Parlamentario Socialista, por favor. ¿Sabe qué va a hacer con las enmiendas?

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Sí, gracias, presidente.

Hemos llegado a un texto transaccionado que ya tiene la Mesa.
Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 26

— RELATIVA A LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL ABORDAJE ASISTENCIAL TEMPRANO E INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001313).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 7. Proposición no de ley relativa a la prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje existencial temprano e integral del cáncer de mama en España, que presenta el Grupo Parlamentario Popular. Tiene cinco minutos para ello.

Muchísimas gracias.

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

Buenas tardes, señorías.

El cáncer representa en todas sus variantes, y junto con las enfermedades cardiovasculares y las patologías neurodegenerativas, una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y pérdida de bienestar y de calidad de vida de nuestra sociedad. Junto con el envejecimiento progresivo de los ciudadanos y los condicionantes genéticos, la exposición a factores de riesgo como tabaco, bebidas alcohólicas, contaminación, obesidad, sedentarismo, etcétera, siguen suponiendo las principales causas del cáncer. En el informe *Las Cifras del Cáncer en España 2024* de la Sociedad Española de Oncología Médica, se contempla que en 2020 se diagnosticaron en torno a 18 millones de casos nuevos en el mundo y que para 2040 el número de casos nuevos esperados será de 28 millones por año.

Entre los tumores diagnosticados con mayor frecuencia a nivel mundial destaca el de mama, con más de 2.200.000 casos, seguido de pulmón, colon, recto, próstata y estómago. En España, tomando de igual modo la información facilitada en dicho informe, se estima que cuando haya concluido el año se habrán diagnosticado en torno a 290.000 casos nuevos, correspondiendo principalmente a los tumores de colon y recto, seguido de los de mama con 36.300 casos y próstata. En hombres, los diagnósticos más frecuentes serán próstata, colon, recto y pulmón, mientras que en las mujeres el mayor impacto lo tendrán los tumores de mama, seguidos de colon, recto y pulmón.

La Organización Mundial de la Salud indica que un tumor de mama es diagnosticado a nivel mundial cada treinta segundos. Es el tumor maligno más frecuente en la mujer, tanto a nivel mundial como europeo y también en los países occidentales. Además, afectará a una de cada ocho mujeres a lo largo de su vida. El Centro Nacional de Epidemiología publica que el cáncer de mama es el tipo de cáncer que mayor número de defunciones provoca entre las mujeres en nuestro país, concretamente 6.658 en el año 2022. No obstante, y de acuerdo con la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, cuya última actualización fue aprobada por el consejo interterritorial en 2021, España presenta una tasa inferior a la media de la Unión Europea en cuanto a los tumores de mama con respecto al resto de países. Hay 123,5 casos por cada 100.000 mujeres y año frente a los 142 casos de media de la Unión. Se presenta, además, una tendencia descendente desde 1992.

Por todo lo anterior, y tomando en consideración las reivindicaciones planteadas desde las asociaciones de pacientes y las sociedades científicas, el Grupo Parlamentario Popular presenta esta proposición no de ley instando al Gobierno a materializar con inmediatez, y desde la total convergencia con lo dispuesto en el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, cuantas medidas sean necesarias para mejorar la prevención del cáncer de mama en España, así como su diagnóstico precoz y un abordaje asistencial temprano, integral, multidisciplinar, humanizado y personalizado, que sea además de precisión en las condiciones de calidad, equidad y seguridad en todo el país.

Pedimos, además, que el Gobierno consensue las inversiones e impulse las medidas para ampliar prestaciones y servicios existentes con las comunidades autónomas y los coordine con los representantes de los pacientes y de los profesionales sanitarios, dando prioridad a la consecución de avances desde la I+D+i para agilizar, tanto como sea posible, el acceso de los ciudadanos a las innovaciones terapéuticas y tecnológicas. Además, pedimos que el Gobierno lidere las acciones necesarias para desarrollar la atención social, psicológica y de acompañamiento, tanto para los pacientes con cáncer de mama como para sus familiares.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por su intervención.

Para enmendar, el Grupo Parlamentario Socialista por tres minutos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 27

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Muchas gracias, presidente.

En 2021, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobaba la actualización de la estrategia del cáncer del sistema, que está alineada completamente con el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. La estrategia inicial es de 2008, del Gobierno Zapatero, se actualizó en 2010 y no se ha vuelto a actualizar hasta 2021. Por eso es una estrategia importante, como ahora me referiré, y pedimos en nuestra enmienda que se incorpore una referencia a la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. La estrategia fue una acción necesaria en el momento en que nació y en sus actualizaciones, y parte de la actualización de una primera observación, que es la estabilidad de las tasas de incidencia desde 2012 hasta 2020 del cáncer de mama; una estabilidad engañosa debida a las diferencias de los programas de detección precoz en los diferentes territorios de nuestro Estado y a la saturación del cribado.

El cribado de cáncer es fundamental, es uno de los aspectos clave que aborda la estrategia en cáncer y es fundamental para la detección precoz. El cáncer de mama, como ha dicho la diputada del Grupo Popular, es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres y el que provoca más mortalidad entre nosotras, y se ha demostrado que el cribado precoz en mujeres de 50 a 69 años es efectivo para diagnosticar de manera precoz la enfermedad. Por lo tanto, se ha de seguir en esta línea, tal como marca la Unión Europea, quizá extendiéndolo a edades más tempranas —45 años— y más tardías —74—.

El aspecto de la investigación también nos parece fundamental. Nuestra enmienda va a reforzar también este punto de la proposición no de ley, porque nuestro Gobierno trabaja y trabaja mucho en la investigación. El Instituto de Salud Carlos III ha financiado entre 2018 y 2023 un total de 125 proyectos de investigación sobre cáncer de mama, con más de 18 millones de euros de inversión. También cuenta el instituto con un programa de investigación de cánceres mamarios y ginecológicos que integra siete grupos de investigación especializados. El Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas ha destinado, de 2019 a 2024, más de 6 millones de euros en investigación de cáncer de mama, aunque, sin duda, hay que avanzar mucho más. De ahí nuestra enmienda, hecha con todo el ánimo de mejorar la iniciativa del Grupo Popular en favor de las mujeres con cáncer de mama.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias

Pasamos ahora al turno de grupos.

Grupo Parlamentario Mixto. Señor Rego, ¿quiere intervenir? (**Denegación**).

Euskal Herria Bildu, por favor.

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

A pesar de que hay estadísticas que dicen que se estabilizan los cánceres de mama, en realidad la detección de nuevos tumores de cánceres aumenta y esto es una tendencia. Sin embargo, también tenemos buenas noticias, y es que la supervivencia va aumentando, va mejorando exponencialmente; la supervivencia en los últimos veinte años ha tenido una evolución muy positiva. ¿En función de qué? En función del diagnóstico precoz, del abordaje asistencial temprano. Sabemos qué es lo que hay que hacer y por eso mejorar en el diagnóstico precoz, en el abordaje asistencial y en la investigación son elementos que siguen siendo fundamentales. Cualquier esfuerzo que hagamos en este sentido es positivo. Serían convenientes los cribajes y que podamos hacer un estudio objetivo de la eficacia de los diferentes programas existentes, precisamente para detectar las buenas prácticas, que sería un elemento importante en estos momentos.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El siguiente grupo es Junts per Catalunya. (**Denegación**).

El Grupo Republicano no está.

Grupo Plurinacional SUMAR, por favor.

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

Gracias por la propuesta y por la exposición. Es un tema muy pertinente y, además, pensamos que refleja perfectamente bien la complejidad de los procesos de salud y enfermedad; concretamente, cómo somos cuerpos biológicos con una determinada base genética y cómo ciertas exposiciones pueden activar o no la evolución hacia un proceso patológico. En esta enfermedad, el cáncer de mama, lo que pretendemos es hacer una detección precoz y que la detección precoz no sea un adelantamiento

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 28

diagnóstico, sino que les sirva para establecer cuanto antes un tratamiento curativo y que mejore la calidad de vida y la supervivencia.

Algo que así contado es aparentemente sencillo, tiene una complejidad enorme y se lleva mucho tiempo trabajando en ello. He tenido la fortuna de poder trabajar en cribados de cáncer de mama desde el año 2002 hasta el 2024, como técnico, como jefe de sección, como jefe de servicio y como director general de Salud Pública, y conozco bastante bien lo que ha sido la evolución de este país en cuanto a los programas de prevención, de cribado y también de todas las líneas asistenciales. Posiblemente, somos de los grupos más críticos a la hora de decir que hay que mejorar aspectos en nuestro sistema sanitario, pero también hemos tenido evoluciones. Quiero agradecer el trabajo de muchas personas de nuestro sistema sanitario que han trabajado en las diferentes líneas de prevención y de asistencia, y solamente quiero incorporar un matiz, que se ha reseñado en la intervención, pero que consideramos importante, que es el tema de las desigualdades en las diferentes fases del proceso, tanto en la prevención como en la asistencia. Tenemos que conseguir programas integrados con una calidad suficiente para mejorar la calidad de vida, pero siempre con la perspectiva de disminuir desigualdades, según los diferentes ejes de equidad, en las personas afectadas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario VOX, por favor.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Gracias, señor presidente.

Evidentemente, *a priori* apoyaremos cualquier iniciativa que vaya a favor de mejorar la vida de las personas que sufren cáncer de mama y, sobre todo, de su detección temprana, a la espera, desde luego, de si transaccionan o no transaccionan y en qué términos, porque es una cuestión fundamental. En España sigue habiendo 30000 mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama cada año, todos conocemos o tenemos a alguien cerca que sufre cáncer de mama y aún hay muchos retos por delante.

Además, el abordaje del cáncer de mama tiene que ser integral, accesible y equitativo, independientemente no solo del lugar de residencia, sino también de la situación económica. Hay que abordar y mejorar su prevención. Evidentemente, las campañas de concienciación son importantes para esta prevención, prevención que luego desemboca en una detección temprana. También hay que abordar los factores de riesgo: el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, fomentar estilos de vida saludables. Evidentemente, la detección temprana es fundamental, por lo que reducir las listas de espera para mamografías y, además, asegurar que las mamografías puedan estar disponibles en los entornos rurales es muy importante. Hay que fortalecer la investigación, más mamografías, más cobertura social y menos listas de espera. También es un reto importante lidiar con las secuelas físicas, emocionales y económicas, el después de un cáncer de mama superado, y consideramos fundamental que se financien determinados medicamentos innovadores importantes. Da la casualidad de que tenemos un Gobierno que paga facturas a Broncano, que pone falditas en los semáforos, que pinta bancos de morado y que se dedica a financiar puntos violetas. ¿Y cuántas vidas de mujeres han salvado los puntos violetas? Ninguna. Sin embargo, hay cuatro medicamentos aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos y no incorporados en el catálogo de la Seguridad Social en España, relativos al cáncer de mama, que sí podrían salvar muchas vidas y no están financiados, porque las prioridades de este Gobierno ya sabemos perfectamente cuáles son.

Por tanto, nosotros pedimos menos sectarismo en un tema tan transversal como este, que los recursos públicos se utilicen para quienes verdaderamente lo necesiten y que medicamentos, como pueden ser Enhertu, Trodelvy, olaparib, talazoparib —no soy especialista y puede que los lea mal—, tucatinib y elacestrant, que son medicamentos aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos y no incorporados en nuestro sistema de Seguridad Social, se incorporen. Por eso, desde VOX pedimos medidas efectivas que sí vayan a salvar vidas y no sectarismo.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra la ponente en relación con la aceptación de enmiendas. **(Pausa)**.

No está en este momento en la sala. Esperaremos a que vuelva, no hay prisa.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 29

— RELATIVA AL RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS PERSONAS QUE PADECEN COVID PERSISTENTE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO PLURINACIONAL SUMAR. (Número de expediente 161/000947).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto número 4, que habíamos dejado atrás: la Proposición no de ley relativa al reconocimiento y atención de las personas que padecen COVID persistente, presentada por el Grupo Parlamentario SUMAR.

Tiene la palabra por cinco minutos.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Presidente, miembros de la Mesa, señorías, casi todas las veces nuestro trabajo como parlamentarios es tratar de poner una escalera para subir iniciativas legislativas desde la calle al Parlamento o desde la población al Congreso, y subirlas al Congreso no para quedarnos con ellas, sino para poder hacer políticas útiles y políticas reales que puedan volver a bajar a la calle para mejorar la vida de las personas. Lo hemos visto recientemente con la aprobación de la ley ELA, que ha sido fruto de un esfuerzo de consenso y acuerdo parlamentario a partir del trabajo de personas afectadas y asociaciones, y lo vemos de nuevo con esta iniciativa legislativa que presentamos hoy sobre el COVID persistente. Mi papel como diputado es apoyar una escalera en la pared y que puedan subir todas las personas que están detrás de esta iniciativa. Detrás hay más de dos millones de personas afectadas en nuestro país, y todas y cada una de ellas, con sus nombres y apellidos, son las protagonistas de este proceso legislativo.

Me gustaría empezar expresando mi agradecimiento, fundamentalmente, a las personas que han trabajado en este proceso, muy especialmente a mi compañero diputado Jorge Pueyo y a nuestro compañero de grupo parlamentario Chesús Yuste, porque han sido las personas que han engarzado con las diferentes asociaciones todo este trabajo. Quiero mencionar a todas las asociaciones, pero muy especialmente a algunas con las que ellos han trabajado de forma muy directa, como son las asociaciones de Aragón, Cataluña, Madrid, Galicia, Andalucía, Canarias, Baleares y Castilla-La Mancha, sin dejarme a ninguna de las otras con las que también hemos ido trabajando. Han sido clave, porque del informe colectivo que han realizado, que es el análisis de situación, pronóstico y propuesta de acciones para el cuidado del paciente con COVID persistente, surge el texto que hoy elevamos a esta comisión. Sin dejarme el nombre de ninguna persona detrás, también quiero mencionar a tres personas que me han comentado que tenemos que señalar por su trabajo, que son Delphine Crespo, Silvia Soler y Martín Arévalo. Quiero comentaros también —esto Jorge no lo sabe— que, en el propio proceso, cuando registramos la iniciativa, a una compañera salubrista que trabaja en el País Vasco, Aitziber, le había perdido la pista antes de la pandemia, no sabía nada de ella, no habíamos vuelto a trabajar juntos, pero me llamó emocionada, porque había sido diagnosticada con COVID persistente y formaba parte de este grupo de personas.

Hoy nuestro trabajo es, ni más ni menos, que presentar la PNL de una forma muy sencilla, que consiste en reconocer, visibilizar y mejorar un abordaje integrado para las personas afectadas por COVID persistente. Es una enfermedad que afecta mayoritariamente a mujeres. Es un claro ejemplo de la perspectiva de género en nuestro enfoque en temas de salud. El otro día la presentamos en el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y dijimos que ningunear, olvidar o relativizar el abordaje de algunas enfermedades que están más ligadas a problemas de las mujeres también son formas estructurales de violencia de género. Es una enfermedad que reconoce la OMS desde el año 2021. Cada día tenemos más evidencias de cómo es la fisiopatología de una enfermedad con múltiples síntomas, difusos, complejos y que han paralizado la vida diaria de muchas mujeres afectadas. Por ejemplo, este año *Nature Neuroscience* ha publicado un estudio por el que, en la neblina mental, esa fatiga mental que es un síntoma característico, ya sabemos los mecanismos inflamatorios que se están produciendo en la barrera hematoencefálica y que pueden ser la causa de esta neblina. Como he dicho antes, sabemos que en nuestro país son en torno a dos millones las personas afectadas, la afectación puede ser en torno a diez o veinte personas afectadas por COVID pueden acabar desarrollando COVID persistente, aunque también tenemos una buena noticia, y es que un estudio del *New England Journal of Medicine* de este año decía que en personas vacunadas el riesgo puede disminuir a un 3,5%. Por eso, también es importante trabajar—de hecho, lo estamos haciendo— en una PNL en el sentido de mejorar las medidas de prevención, no solamente en relación con la vacuna, sino también con medidas de ventilación o entornos de protección y entornos seguros.

El objetivo que planteamos en la PNL es sencillo —es el objetivo que deberían tener muchas proposiciones no de ley—, pero es un objetivo ambicioso: homogeneizar las guías clínicas que tengamos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 30

en nuestro país; homogeneizar la codificación sanitaria para tener buenos sistemas de información sanitaria que nos permitan tener registros del número de personas realmente afectadas y no hacer un infradiagnóstico; que los procesos asistenciales sean integrados, de tal forma que podamos propiciar unidades multidisciplinarias o, en su defecto, que haya una coordinación con un abordaje multidisciplinar de las personas afectadas; campañas de sensibilización y de comunicación, porque algo que hemos visto es el rechazo y el desconocimiento de lo que supone ser una persona afectada por COVID persistente; mejorar las situaciones laborales, en el sentido del reconocimiento como enfermedad profesional, y favorecer la incorporación laboral de aquellas personas afectadas y su recolocación en los mejores puestos de trabajo acordes a sus características; avanzar en líneas de formación y de investigación, y seguir abriendo el foco. Algo que hemos trabajado con la ley ELA es no centrarnos solamente en una patología, sino en otras patologías no reconocidas que puedan tener una situación similar, y que la COVID persistente abra camino para poder mejorar la calidad de vida de estas personas.

Termino con mi agradecimiento. Tenemos un grupo importante de personas afectadas que nos están siguiendo en el Congreso, un abrazo fuerte para todas ellas. Y hay que seguir empujando y mejorando la calidad de vida de estas personas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para defender su enmienda, el Grupo Parlamentario Popular, por favor.

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

Buenas tardes, señorías. Hoy nos traen a esta comisión una proposición no de ley en relación con una afección con la que conviven a diario miles de personas en España. Se trata del COVID persistente, que en nuestro país afecta a más de dos millones de personas y que fue reconocida en octubre de 2021, un año y medio después del inicio de una pandemia que nos afectó a nivel mundial. Además, el COVID persistente presenta una sintomatología que afecta, en diversos grados, a quien lo padece, llegando a ser incapacitante en un amplio porcentaje de casos y provocando no solo problemas de salud, sino problemas laborales o sociales que les impide llevar una vida normal.

Aunque estamos de acuerdo con la base que hoy nos compete, no compartimos lo que ustedes han tardado en llegar hasta aquí. No hay que olvidar que son el partido que sustenta al Gobierno y que su trabajo se basa en materializar y agilizar, pero también se basa en concretar y actuar para que sea una realidad, y para que sea una realidad, hay que dotarlo presupuestariamente. Además, forman parte del mismo Gobierno que gestionó de una manera deficiente la pandemia, una época muy complicada para muchos españoles, y que a día de hoy sigue siendo un problema para todos, como vemos en la propuesta que estamos tratando. Creo que todos estamos de acuerdo en que, cuando se trata del ámbito de la salud, se debe priorizar a las personas, se debe de priorizar la gestión, se debe priorizar —insisto—, concretar y dotar presupuestariamente. Ustedes siempre hablan de la importancia de la salud mental, pero también creemos que llegan tarde. No nos olvidemos de que las personas que se ven afectadas por el COVID persistente necesitan —necesitaban desde el principio— tratamientos psicológicos para poder reconducir sus vidas. Es más, en la exposición de su PNL reconocen que un estudio llevado a cabo con estos pacientes por el Gobierno de España entre 2021 y 2022 quedó incompleto al cancelarse sin explicación ninguna, una prueba más de lo que explicado anteriormente. La pandemia nos marcó, pero, señorías, más a algunas personas que no son capaces de rehacer su vida, precisamente, por este COVID persistente.

Por eso, ante esta situación que afecta a miles de personas, hemos presentado una serie de enmiendas. En las mismas hay unos objetivos claros: que el trabajo se centre, tanto en la atención hospitalaria como en los servicios sociales; ampliar las campañas de formación, tanto a médicos como a trabajadores del ámbito social; homogeneizar los sistemas de diagnóstico para que ningún paciente se quede fuera; integrar en la investigación de la enfermedad al ámbito público y privado, así como crear un registro preciso de pacientes con COVID persistente en España.

Señorías, no hay tiempo que perder cuando se trata de la salud. Tenemos un compromiso con cada uno de los pacientes que aún siguen buscando respuestas. Esperamos que actúen en consecuencia, que centren su trabajo y que los casos de corrupción que conocemos cada día del Gobierno del que forman parte no sean un obstáculo para seguir ralentizando estas cuestiones. Porque, señorías, tenemos que ser conscientes, y en eso seguro que estamos todos de acuerdo, de que para los pacientes el tiempo no juega a su favor.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 31

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias
Grupo Parlamentario Mixto, por favor. (**Denegación**).
¿El Grupo Parlamentario Vasco? (**Pausa**). No está.
¿Grupo Euskal Herría Bildu?

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Sí, muchas gracias.

Vamos a apoyar esta iniciativa por las propuestas que contiene en sí y, fundamentalmente, por el hecho de que desde este Congreso de los Diputados puede hacerse un reconocimiento a todas esas personas afectadas y asociaciones que han venido trabajando desde la soledad, desde el abandono en muchos casos, hasta que realmente han tenido un reconocimiento y una certificación de su sufrimiento. Tener un diagnóstico es algo importante cuando no se sabe que se tiene. En ese sentido, vaya por nuestra parte este reconocimiento a las personas y a las asociaciones que lo han hecho posible.

No voy a repetir muchos de los elementos que se están comentando, pero sí quiero insistir en una cuestión. Son necesarios el tratamiento y la coordinación desde lo sanitario, pero es importante desde el sistema social, desde la Seguridad Social, el reconocimiento de la enfermedad por las secuelas que tiene y por las consecuencias económicas que está teniendo para muchas de estas personas. Quiero insistir en esta segunda línea para que no pase desapercibida dentro de esta comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Junts per Catalunya, por favor.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Moltes gràcies, president.

Doncs justament vull intervenir, perquè el covid persistent és una malaltia que no ha tingut el focus que mereix. I, per tant, en aquest sentit, és bo que s'hagi portat aquesta iniciativa, aquesta proposició no de llei. Ens mantindriem en un to també una mica crític, malgrat la bona entesa que hi ha hagut sempre amb el company diputat Rafa Cofiño, en el sentit que, sent SUMAR qui té en aquests moments el Ministeri de Sanitat, doncs també hauria tingut una certa lògica que s'hagués començat ja a aplicar algunes d'aquestes mesures que es demanen avui.

Però aquesta iniciativa és molt benvinguda perquè es tracta d'una malaltia que, com s'ha comentat, té moltíssima gent i, a més a més, és una malaltia clarament femenina, amb un 75 % de dones. Es parla d'entre un i dos milions de dones a tot l'Estat amb aquesta covid persistent. A més, una malaltia clarament complicada perquè, com es recull a la iniciativa i com comenten sempre les associacions de persones que la pateixen, s'han de tenir en compte més de dos-cents símptomes i això ja genera una dificultat de per sí que fa moltes vegades molt difícil el diagnòstic i, per tant, com a conseqüència, hi ha un infradiagnòstic a tot l'Estat.

I, a més a més, també cal posar-li el focus perquè encara hi ha molt recorregut a fer respecte dels tractaments. Aprofito aquest focus d'avui, per tant, per posar-hi incís en el que té a veure amb la fisioteràpia cardiorespiratòria, amb la prescripció també de l'exercici físic, la rehabilitació olfactiva i neurocognitiva. Crec que aquestes oportunitats que tenim, com deia, de posar el focus doncs són ben rebudes. Tindran el nostre suport.

Gràcies.

Muchas gracias, presidente.

Justamente, quisiera intervenir porque el COVID persistente es una enfermedad que no ha tenido el foco que merece. Por lo tanto, en este sentido, es bueno que se haya llevado esta iniciativa, esta proposición no de ley. Nos mantendríamos en un tono también un poco crítico, a pesar del buen entendimiento que siempre ha habido con el compañero, el diputado Rafa Cofiño en cuanto a que, siendo SUMAR quien tiene ahora el Ministerio de Sanidad, también habría tenido una cierta lógica que se hubieran empezado ya a aplicar algunas de estas medidas que se piden hoy.

Pero esta iniciativa es muy bienvenida, porque se trata de una enfermedad que, como se ha comentado, tienen muchas personas y, además, es una enfermedad, claramente, femenina, en un 75% de mujeres. Se habla de que entre uno y dos millones de mujeres en todo el Estado padecen esta COVID persistente. Además, también es una enfermedad claramente complicada, porque, como se recoge en la iniciativa y como se comenta siempre por parte de las asociaciones de personas que la padecen, se deben tener en cuenta más de doscientos síntomas, y esto ya genera una dificultad de por sí que hace a menudo muy difícil el diagnóstico y, por lo tanto, como consecuencia, hay un infradiagnóstico en todo el Estado.

Además, también hay que ponerle el foco, porque todavía hay mucho recorrido por hacer respecto a los de tratamientos. Y aprovecho el foco de hoy también para poner un inciso en lo que tiene que ver con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 32

la fisioterapia cardiorrespiratoria, con la prescripción también del ejercicio físico, con la rehabilitación olfatoria y neurocognitiva. Creo que estas oportunidades que tenemos, como decía, de poner el foco son bienvenidas y tendrán nuestro apoyo.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Moltes gràcies.
Grupo Parlamentario VOX, por favor.

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

Desde VOX queremos saludar a las asociaciones de afectados por el COVID persistente y mostrar nuestro reconocimiento y apoyo a los pacientes y asociaciones por el trabajo que hacen.

Hoy SUMAR nos presenta un *petitum* muy extenso, en el que SUMAR insta a SUMAR, el Gobierno insta al Gobierno. Viendo algo tan extenso, esto me recuerda las palabras de Quevedo, que decía que nadie ofrece tanto como el que no va a cumplir. Y es que es nota habitual por parte de este Gobierno el incumplimiento. VOX no va a participar del engaño ni va a mentir a un colectivo que lleva tres años ninguneado, con una enfermedad que afecta a más de dos millones personas y que, como ustedes han dicho, la OMS reconoce desde 2021. Ustedes no han hecho nada y gobiernan desde hace casi siete años, y el Ministerio de Sanidad pertenece a su grupo.

Me ha sorprendido muchísimo el señor Cofiño, porque dos minutos los ha dedicado, directamente, a alabar a la gente de su grupo que ha ayudado a traer esta iniciativa, dos minutos que podía haber aprovechado para pedir disculpas, porque ustedes formaban parte del Gobierno —por mucho que hayan cambiado de siglas— cuando negaron lo que estuvimos avisando otros grupos. Dos meses antes de que nos encerraran en casa, en enero de 2020, ya hubo grupos que preguntamos qué estaba pasando con el COVID-19, y se nos insultó, se nos llamó de todo —negacionistas, extremistas, de todo—, y estas son las consecuencias de no tomar medidas a tiempo y de no hacer las cosas como hay que hacerlas. Sabían que había un virus y lo ocultaron. Lo reconocieron las que fueran antes sus antiguas ministras. Y qué decir de aquella pancarta maravillosa con todas las ministras, donde una organizadora decía: no os beséis que hay virus. Y todas estaban con guantes higiénicos. Ustedes han puesto en peligro a la ciudadanía y hoy más de dos millones de personas sufren un COVID persistente, y dos millones de personas llevan tres años ninguneados sin que este Gobierno les haya dado respuesta. Nosotros no vamos a participar de este paripé que ustedes quieren montar hoy entre pancartas y camisetas, algo muy propio de Compromís, que forma parte de SUMAR, en mi Comunidad Valenciana. Se ve que se les ha pegado algo.

Nosotros hemos visto, como siempre, cómo ustedes hacen buenas las palabras de Churchill, que decía que un político debe ser capaz de predecir lo que va a pasar mañana, el mes próximo y el año que viene, y después explicar por qué no ocurrió lo que él predijo. Ustedes dijeron que no había ningún peligro para la salud, que era un mero constipado, que esto iban a ser dos o tres casos contagiosos, pues miren ustedes ahora mismo la situación en la que nos encontramos.

Señores de SUMAR, como ya he dicho, nosotros no vamos a participar de esto. Hemos visto lo que ha pasado con la ELA. Han sido años echando para atrás una ley muy necesaria, que aún sigue sin presupuesto. Y les digo dos cosas antes de terminar: que es muy fácil prometer algo a alguien y lo difícil es cumplirlo. Les pido, por favor, que no ilusionen con sus palabras, si van a desilusionar con sus actos. Visto lo visto, después de un año de comisiones, me acuerdo hoy de Muñoz Seca, fusilado en Paracuellos, y que antes de morir dijo: «Me temo que ustedes no tienen intención de incluirme en su círculo de amistades». Y yo añadido: Yo tampoco a ustedes.

Muchas gracias.

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

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

Señorías, en primer lugar, quería contestar a la portavoz de VOX en el anterior punto, para decirle que sí, que los puntos violetas salvan vidas. **(La señora De Meer Méndez: ¿Cuántas?)**

Hoy debatimos una proposición no de ley relativa al reconocimiento y atención de las personas que padecen COVID persistente, una enfermedad reconocida como tal desde el año 2021 por la Organización Mundial de la Salud. Por lo tanto, señores de VOX, no llevamos tantos gobernando, porque estamos hablando del año 2021. No sé si son ustedes negacionistas o no del COVID persistente, pero del COVID

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 33

sí son negacionistas. Los datos que conocemos nos indican que, aproximadamente, entre el 10% y el 20% de la población infectada desarrolla COVID persistente. Por tanto, estamos hablando de un gran número de personas enfermas; por cierto, con una incidencia muy significativa en mujeres. El COVID persistente afecta en gran medida a la calidad de vida de los pacientes, así como su entorno laboral, familiar y de ocio. Como no puede ser de otro modo, este grupo parlamentario está de acuerdo con mejorar la atención de las personas que padecen esta nueva enfermedad.

Todos y todas estamos aquí para mejorar la vida de las personas, especialmente, de las más vulnerables, en este caso, de los enfermos y las enfermas de COVID persistente, porque, efectivamente, la sintomatología que padecen las personas afectadas —fatiga, dificultad para respirar, malestar general, problemas cardiovasculares, entre otros— tiene la entidad suficiente para que pongamos la mirada y el foco de atención sobre esta enfermedad y, especialmente, sobre las personas que la sufren. Es una posición que avala la evidencia científica. Los investigadores han observado un consenso en prestar especial atención no solo al desarrollo de los problemas de salud, sino también a las posibles consecuencias sociales derivadas de ella.

Así pues, el Grupo Socialista considera oportuna esta proposición no de ley, porque creemos que hay que trabajar para ofrecer una atención de calidad a estas personas de una manera integral, mejorando la coordinación entre los diferentes profesionales que se encargan de su atención, promoviendo la unificación de protocolos, poniendo en marcha campañas de sensibilización y de comunicación, desarrollando formación para los profesionales sanitarios, facilitando el registro adecuado de las personas afectadas y tratando de evitar el infradiagnóstico, estableciendo medidas de protección de la salud laboral e impulsando la investigación de la enfermedad. Aquí quiero señalar que el Instituto de Salud Carlos III cuenta, como línea prioritaria de investigación, el fomento de la investigación en salud pública, salud ambiental, salud laboral y en dependencia y servicios de salud para la mejor calidad de la vida funcional de la población, con especial enfoque en la investigación en COVID persistente, así como en salud pública relacionada con la actividad física y/o práctica deportiva, incluyendo la investigación científica en el control del dopaje.

Por último, este grupo parlamentario quiere agradecer a las asociaciones de pacientes su presencia hoy aquí siguiendo este debate, pero sobre todo queremos agradecer todas sus aportaciones, todo el trabajo que realizan y poner de relieve que, para mejorar la atención de las personas afectadas, tenemos que ir de la mano de ellas, escuchándolas y acompañándolas.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Plurinacional SUMAR, tiene que aceptar o rechazar las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Hemos revisado las enmiendas. Hay algunas enmiendas relacionadas con elementos de redacción y hemos incorporado el tema de las del registro. Hemos presentado una transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Perfecto, pero la transaccional no ha llegado. **(El señor Cofiño Fernández: Perdonad)**. Hay que fotocopiarla y repartirla.

Nos vamos tres minutos antes de empezar a votar, que es el tiempo que vamos a necesitar para fotocopiar la transaccional. **(El señor Cofiño Fernández pide la palabra)**.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Con nuestro estilo de máxima elegancia, máxima educación y máximo respeto, aceptamos totalmente las enmiendas. Y animamos también a que algunas dudas que se han manifestado por parte de algún grupo, como las asociaciones están presentes, puedan ir a hablar con ellas, porque les pueden responder...

El señor **PRESIDENTE**: Ahora estamos en la enmienda, no en la intervención. No hagamos tanto. **(La señora Vázquez Jiménez pide la palabra)**.

Diga.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 34

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

Intervengo con respecto a la PNL de cáncer de mama porque, cuando ha preguntado, yo estaba ausente. Agradecemos al Grupo Socialista las aportaciones y las hemos incorporado a nuestro texto.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Esas sí las tenemos.

Nos damos dos o tres minutos y empezamos a votar. Empezaremos a votar por el orden tal y como lo tenemos. **(Pausa)**.

PROPOSICIONES NO DE LEY. (VOTACIÓN).

El señor **PRESIDENTE**: Empezamos para que todo el mundo pueda coger su transporte. Vamos a seguir el orden para no perdernos.

Votamos el primer punto: Proposición no de ley relativa a la consecución de avances reales en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión pulmonar en el Sistema Nacional de Salud.

La ha presentado el Grupo Parlamentario Popular y se vota con la enmienda del Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Segunda proposición no de ley, relativa a la jubilación de las personas trabajadoras en la sanidad pública.

Ha sido presentada por el Bloque Nacionalista Galego, del Grupo Parlamentario Mixto. Se vota la transaccional entre el Grupo Mixto, Grupo Socialista y Grupo Parlamentario SUMAR.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 3; abstenciones, 14.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Tercera proposición no de ley, relativa a la colaboración con la Comisión Nacional de Radiofísica Hospitalaria, colegios profesionales y las sociedades científicas, del Grupo Parlamentario Socialista, con una enmienda transaccional del Grupo Popular y del Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 32; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley cuarta, relativa al reconocimiento y atención de las personas que padecen COVID persistente, del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, con la transaccional del Grupo Parlamentario Popular y del Grupo SUMAR.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 32; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos a la proposición no de ley quinta, que vamos a votarla por puntos. Proposición no de ley, relativa a la mejora de la asistencia sanitaria en toda España, del Grupo Parlamentario VOX.

Punto 1: Promover la devolución al Estado de las competencias autonómicas en materia sanitaria.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 3; en contra, 32.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazado.

Punto 2: En tanto en cuanto no se logre la recuperación estatal de las competencias sanitarias, diseñar un plan nacional de sanidad que subsane progresivamente las desigualdades en materia sanitaria entre regiones como consecuencia del Estado de las autonomías.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 3; en contra, 32.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazado.

Punto 3: Incrementar en los presupuestos generales del Estado las partidas destinadas a la sanidad, de modo que se garantice la suficiencia de la atención a las necesidades reales de los españoles y, en particular, de los más vulnerables. Para poder afrontar este gasto se eliminarán de los presupuestos generales del Estado todo gasto superfluo e ideológico.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 17.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 229

28 de noviembre de 2024

Pág. 35

El señor **PRESIDENTE**: Hay un empate. Tenemos que comprobar el voto ponderado. **(Pausa)**.

Queda aprobado por 170 votos a favor y 160 votos en contra.

Punto 4: Promover la creación de una tarjeta sanitaria única, así como unificar la historia clínica y farmacéutica digital de los pacientes españoles para que esta sea accesible a los médicos de todo el territorio nacional.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 3; en contra, 32.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazado.

Punto 5: Promover unas condiciones laborales al personal sanitario que garanticen unos horarios competitivos para los profesionales de toda España, faciliten la conciliación familiar y aseguren la retención del talento español, con el objetivo de evitar que nuestros profesionales sanitarios emigren a otros países.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 18.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazado.

Punto 6: Promover el incremento de los límites máximos de las plazas en los grados de la rama de Ciencias de la Salud que se imparten en las universidades públicas.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 18.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazado.

Pasamos entonces a la siguiente proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, para mejorar la calidad de vida de las personas con celiaquía, con la enmienda transaccional del Grupo Popular, del Grupo Socialista, del Grupo SUMAR y del Grupo Junts.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 32; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley séptima, relativa a la prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje asistencial temprano e integral del cáncer de mama en España, presentada por el Grupo Parlamentario Popular, con la enmienda transaccional del Grupo Popular y del Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 35.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Última votación. Proposición no de ley relativa a la prevención, diagnóstico precoz y abordaje integral y multidisciplinar de la desnutrición relacionada con la enfermedad en el Sistema Nacional de Salud, con las enmiendas del Grupo Popular, del Grupo Socialista y del Grupo SUMAR.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 35.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Muchísimas gracias. La próxima sesión será para celebrar la subcomisión de salud mental con comparecencias el día 10 y el día 18, miércoles, por la tarde, tendremos la comparecencia de la ministra de Sanidad.

Muchísimas gracias a todos.

Se levanta la sesión.

Eran las cinco y diez 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.