



CORTES GENERALES
**DIARIO DE SESIONES DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**
COMISIONES

Año 2025

XV LEGISLATURA

Núm. 265

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 20

celebrada el martes 18 de febrero de 2025

Página

ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparencias:

- **Conjunta del presidente (Soto Bonel) y la vicepresidenta primera (Ramírez Puerta) de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA, para trasladar la importancia de la gestión sanitaria y del papel del directivo de la salud. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000256) 2**
- **Del director general de BioInnova Consulting, Pulso Vital-Alianza Cardiovascular (Smith Aldecoa), para presentar el informe «Propuestas de mejora y llamado a la acción institucional y legislativa en el abordaje de las ECV en España». Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000257) 10**
- **Conjunta de la presidenta de la Asociación Española de Cáncer de Tiroides (Sáez Sánchez) y de la señora Bretón Lesmes, endocrinóloga y miembro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, SEEN, ambas miembros de la Alianza por la Obesidad, para continuar avanzando en las conclusiones y propuestas que son competencia de la comisión, y así mejorar la atención y calidad de vida de las personas que viven con obesidad en España. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000258) 18**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 2

Se abre la sesión a las diez y cuarenta minutos de la mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días a todos, se abre la sesión.

Perdón por este pequeño retraso inicial para tomar algunas decisiones en la Mesa, que pasamos a comentar. El próximo miércoles a las ocho y media de la mañana, vamos a tener una reunión de Mesa para constituir la ponencia, de tal forma que nos dé tiempo a estar a las nueve en el Pleno para sustanciar preguntas y después, el miércoles por la tarde, tras la finalización del Pleno, tendremos una reunión de salud mental en formato comisión para que conste en el *Diario de Sesiones*. Una vez constituida la ponencia, los ponentes decidirán por su cuenta cuando se reúnen.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS:

— **CONJUNTA DEL PRESIDENTE (SOTO BONEL) Y LA VICEPRESIDENTA PRIMERA (RAMÍREZ PUERTA) DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE LA SALUD, SEDISA, PARA TRASLADAR LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN SANITARIA Y DEL PAPEL DEL DIRECTIVO DE LA SALUD. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000256).**

El señor **PRESIDENTE**: Dicho esto, vamos a realizar tres comparencias en esta sesión, como propusimos en nuestra última reunión. Tengo que informarles de que doña María Gema Medina Gómez, vicepresidenta de la Sociedad Española de Obesidad, no puede asistir y que en su lugar comparecerá doña Irene Bretón Lesmes, endocrinóloga y miembro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, que será nuestra última comparencia, si no me equivoco.

A continuación, pasamos escuchar a nuestros primeros ponentes del día, don José Soto Bonel y doña María Dulce Ramírez Puerta, presidente y vicepresidenta primera de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA. Por favor, acompañenme y tomen asiento en la mesa. **(Pausa)**.

Tiene la palabra José Soto Bonel.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE LA SALUD, SEDISA** (Soto Bonel):

Muchas gracias, señorías. Es para nosotros un orgullo y un honor estar aquí para contar quiénes somos, qué hacemos y qué nos preocupa. Si al final de esta comparencia les pedimos algo, lo haremos educadamente para no molestar, que no es nuestro interés; nuestro interés es únicamente que nos conozcan. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**.

Hace veinte años empezamos siendo poco más de 80 socios y ahora mismo somos 3009, y creciendo, además, porque en el último mes se han incorporado más de 40 personas. Somos directivos entendiendo directivos como gestores de recursos también, es decir, admitimos en nuestra sociedad, por ejemplo, a jefes de servicio médicos de los hospitales o de los centros de salud, también a ingenieros de base, que son los responsables de mantenimiento de los hospitales. Ahora mismo, estamos trabajando en más de setenta proyectos propios, innovando constantemente, y vamos a seguir ofreciendo al sector nuestras opiniones, nuestros trabajos y organizando eventos para dar a conocer esto que nosotros estudiamos. Somos más de cuatrocientos socios trabajando en los setenta proyectos ahora mismo —fue un empeño de esta junta directiva, cuyo mandato hemos renovado por otros cuatro años— y tenemos cincuenta alianzas estratégicas con otras sociedades, científicas fundamentalmente, o con organizaciones profesionales u organizaciones de pacientes y también con universidades.

Los objetivos estratégicos la junta directiva actual —con mandato de 2025 a 2029, finalizado este periodo, este presidente que les habla terminará su representación, puesto que tenemos limitados los mandatos a dos, es decir, ocho años, transcurridos los cuales no podemos ejercer más la presidencia—, nuestro empeño, es mejorar el liderazgo, no solo ser más jefes, sino más líderes, incorporando las opiniones del sector y trabajando en decisiones compartidas con principios claros de transparencia y gobernanza a través de alianzas, comités, comité de ética y deontología, comisión de comunicación, comité de organización, etcétera. Nuestro objetivo inicial era ser cada vez más profesionales y aportar al sector sanitario —y, por tanto, a este país llamado España— seriedad en nuestro trabajo, conocimiento de los temas que nos impelen y preparación, y, a cambio, aceptamos la evaluación de nuestros responsables, como es obvio, y buscamos siempre participación y buscamos consensuar las decisiones importantes, donde nosotros, como SEDISA, no actuamos en nuestra sociedad como responsables de los procesos, sino como sociedad de directivos justamente para eso, para ofrecer posicionamientos, planteamientos e innovación.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 3

Nos preocupa la transformación digital con la inteligencia artificial, y a tal fin hemos creado dos comités exclusivos para esto. Asimismo, tenemos interés en la gestión basada en el valor, en aumentar el valor de lo que hacemos, aumentar el valor de nuestros servicios y aumentar el valor de nuestro Sistema Nacional de Salud para que cada día sea más efectivo y eficiente.

En cuanto a la profesionalización, que he dicho que es nuestro *latemotiv*, por el que hemos nacido y por el que continuamos peleando, en un entorno complejo y en constante evolución, la toma de decisiones en salud —y leo textualmente— debe basarse en conocimientos especializados, herramientas de gestión modernas y una visión estratégica. Buscamos siempre mantener el compromiso con los profesionales, con el sistema sanitario, con los pacientes, con la sociedad y con la salud. Entendemos que cuanto más profesionales seamos, mejor serán los servicios que nosotros dirigimos y, por tanto, aportaremos eficacia, efectividad y eficiencia en nuestro trabajo.

En cuanto al directivo como líder de profesionales, como he dicho anteriormente, nosotros entendemos que los directivos no tenemos que ser jefes, tenemos que ser líderes y, por tanto, convencer a nuestros equipos de este comportamiento como líderes, es decir, generar participación, ambiente y desarrollo profesional buscando siempre la eficiencia y la sostenibilidad de nuestro sistema, embarcados, como estamos, en un periodo de difícil financiación, pero sin olvidar que todo lo que hagamos en cuanto a innovación y tecnología está al servicio de la mejor salud de nuestro pueblo, de nuestras ciudades, de nuestro país. Tenemos como prioridad al paciente, debiendo comportarnos con él con ética y con calidad.

Tenemos un decálogo que hemos resumido en siete puntos, que tienen a su disposición: gestión basada en competencias y transparencia, regulación del nombramiento y cese de cargos, gestión sanitaria basada en valor, reto de profesionalización, cambio de modelo, papel del ministerio y consejo interterritorial y desarrollo por comunidades autónomas.

A continuación, voy a ceder la palabra a la vicepresidenta porque hemos repartido el tiempo y ya he cumplido estrictamente con el mío.

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE LA SALUD, SEDISA** (Ramírez Puerta): Muchas gracias.

Gracias, presidente. También quisiera agradecer a todos ustedes la oportunidad que nos brindan de presentar nuestra sociedad, de presentar nuestros proyectos y la línea estratégica adalid de lo que es SEDISA desde sus inicios, esa línea que, como bien ha dicho nuestro presidente, es la profesionalización del directivo de la Salud. Desde el 2013, SEDISA, —y ahora cumplimos veinte años de trayectoria, como bien ha dicho José Soto— nuestros socios, nuestros implicados, están haciendo posicionamientos de la importancia de la profesionalización del directivo de la Salud. Esto que se ha ido implementando como documentos de posicionamiento, y que tienen ustedes aquí como decálogos de lo que debería ser la profesionalización del directivo, en los últimos años hemos ido un paso más allá y hemos dado herramientas de profesionalización, herramientas que se engranan dentro de lo que es un comité de profesionalización dentro de SEDISA, que tiene varias líneas de desarrollo. Una de esas líneas es apostar por líderes nuevos, por directivos nuevos, creando un grado de directivos de gestión sanitaria. Este grado ya es una realidad, y tenemos una primera promoción con la Universidad Europea de Madrid; es un grado ADE en gestión sanitaria, siendo los primeros en Europa en tener este tipo de herramienta de formación. Otra herramienta de mejora —ya no de formación, porque realmente es una mejora continua en las competencias del directivo de la salud— es lo que llamamos desarrollo profesional continuo, y en esto me detendré más tarde un poquito más. Es lo que se llama el de DPC de SEDISA. No es únicamente una herramienta para formar nuevos directivos, sino para mantener los mejores directivos y mejor formados en las posiciones que tienen.

Luego veremos en lo que consiste el DPC, pero es un ciclo de mejora continua de las competencias del directivo en sus distintos perfiles directivos. Pero esto no tendría sentido si no vamos a un poco más, es decir, que nosotros como sociedad científica podemos avalar, podemos certificar el grado de desarrollo de competencias de un perfil directivo, pero necesitamos la certificación —la acreditación, mejor dicho— de los organismos pertinentes en acreditar esos perfiles directivos, ese desarrollo de competencias. Lo que pretendemos, al fin y al cabo, no solamente es el posicionamiento del directivo dentro de los profesionales de la salud, sino de la sociedad en general. Hay un problema de relevo generacional, y por eso optamos hacia ese grado ADE y a posicionarnos delante de lo que es la sociedad civil diciendo que la buena gestión, que es uno de nuestros lemas, también salva vidas; a nadie se le ocurriría tener un pueblo o una ciudad sin un alcalde, lo mismo que a nadie se le ocurriría tener un hospital sin un buen

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 4

gestor, pues muchos hospitales tienen muchos más profesionales que un pueblo o una ciudad de población media, digámoslo así.

Como les he dicho, me voy a detener en lo que es el desarrollo profesional continuo. Es un ciclo de mejora con el que pretendemos, y de momento está hecho, una autoevaluación de las competencias en distintos perfiles directivos. Por tanto, partimos de lo que es un mapa de competencias en los perfiles directivos; hemos empezado a trabajar en el perfil —y esto ya está desarrollado— del director de organizaciones sanitarias, que realmente corresponde a lo que es el gerente de un hospital, pero también, como ha dicho antes nuestro presidente, estamos dando pie —porque, evidentemente también tienen que tener competencias gestoras o competencias directivas— a los mandos intermedios de esas organizaciones sanitarias, como puede ser el jefe del servicio de farmacia hospitalaria o cualquier otro jefe de servicio, o también en el ámbito de la enfermería, de la que no nos olvidamos, ya que nuestro siguiente perfil directivo a desarrollar sería la supervisión de enfermería. Ya están desarrollados, como digo, estos cuatro perfiles, al igual que lo están el de director médico, el de director de continuidad asistencial y, como digo, empezamos a trabajar en la dirección de enfermería. Lo que se hace precisamente es definir un grupo de expertos muy bien seleccionado de ámbito nacional, que ya han trabajado y que son expertos en el desarrollo de estos perfiles, donde una mayoría de ellos han pasado de ese ámbito de la gestión a ser directivos también de un servicio regional y que conocen también, digamos, desde un nivel más macro, lo que es la gestión sanitaria. Creamos ese grupo de expertos, que son los que van a trabajar en esas competencias, unas competencias que van a ser tanto transversales como específicas. Las transversales son aquellas competencias que son más comunes a todos los perfiles directivos, como pueden ser la gestión de personas, la comunicación y el liderazgo, que tanto ha mencionado nuestro presidente, y luego están aquellas más específicas del perfil. Lo que pretendemos, y lo que ya estamos haciendo, es que el directivo entre a autoevaluar esas competencias que están previamente ponderadas según el perfil directivo, y una vez hecha esa autoevaluación, mediante la plataforma del DPC se asigna al mismo una puntuación determinada y se le dan las áreas de mejora para que esté formándose —SEDISA presta también esa formación— de forma continua en esas áreas con un asesor, que es un mentor que se le asigna, para que luego, a la hora de poder certificar esas competencias, pueda también presentar esas evidencias de que ha alcanzado ese grado de competencias.

Con esta herramienta, y con todo este perfil que les estamos proponiendo y que les hemos mostrado de desarrollo de la sociedad, lo que realmente pretendemos es llegar a esa herramienta, ya que ustedes son los mejores conocedores de este sistema y los que nos pueden apoyar sobre qué tipo de movimiento tenemos que hacer para conseguir esa profesionalización del directivo. Consideramos, como venía en el decálogo, que en este sentido es esencial el liderazgo del consejo interterritorial, pero luego es competencia de cada servicio regional de salud el poder desarrollar la forma de contratar al directivo y, no nos olvidemos, también la forma de cesar a los directivos, porque en ese cese tendría que ir implícita una evaluación de esas competencias conseguidas, de ese desempeño conseguido.

Queremos agradecer esta oportunidad. Estamos deseosos de que nos ayuden a poder hacer realidad nuestro propósito y nuestro lema que, como hemos dicho al inicio, es que la gestión, la buena gestión, también salva vidas.

Muchas gracias a todos. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, intervendrán los distintos grupos parlamentarios. Me parece que no está el Grupo Mixto, tampoco el Grupo Vasco ni Euskal Herria Bildu ni Junts per Catalunya y tampoco el Grupo Republicano.

Tiene la palabra el Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **RECAS MARTÍN**: Muy buenos días. Muchísimas gracias.

Yo creo que todos los que estamos aquí conocemos SEDISA y de alguna manera hemos colaborado con esta sociedad, y los que nos hemos dedicado a la gestión, mucho más. Os agradecemos infinitamente que estéis aquí, poniendo vuestro granito de arena en lo que habéis dicho de que la gestión también salva vidas porque sin duda alguna es así.

Os he estado escuchando con mucha atención y me ha interesado mucho, por ejemplo, lo que decíais de la regulación de los nombramientos. Hablabais de ese cese objetivo, y quería preguntarnos cómo podríamos desarrollar ese cese objetivo. Hay dos partes; la primera, es que sea objetivo el que el gestor de los diferentes ámbitos tenga realmente una profesionalización de la gestión no acorde, como vemos,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 5

con el color político que le venga en gana a quien esté en ese momento, y también qué podemos hacer para que esa selección sea objetiva y para que se cese sea objetivo, venga de quien venga.

Otra cuestión muy interesante de la que habéis hablado es del mapa de competencias. Os habéis reunido con el Ministerio de Sanidad. Todos somos conscientes de que, dentro del estatuto marco, hay una parte muy importante de profesionalización de la gestión y también, como bien habéis dicho, de definir ese mapa de competencias no solo de los directivos, gerentes y supervisoras, sino de pasar del mero hacer unos turnos a ser realmente gestoras de recursos, gestoras de personas y gestoras de salud. Me interesaría mucho saber cómo vais a hacer ese mapa de competencias de los diferentes niveles.

Quiero hacer una última pregunta, porque la equidad nos preocupa mucho. ¿Cómo hacemos para que encaje la parte pública de la formación de profesionales que se dediquen a la dirección con vuestro modelo? ¿Cómo hacemos para encajar vuestra excelencia y conseguir que esa excelencia pueda llegar absolutamente a todos los profesionales que quieran dedicarse a gestión?

Muchísimas gracias. Estamos a vuestra entera disposición.

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

La señora **ARMARIO GONZÁLEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días. En primer lugar, sean bienvenidos los dos comparecientes al Congreso de los Diputados y muchísimas gracias por su comparecencia, en la que han expuesto la importancia de la gestión sanitaria y el papel fundamental de la persona que ejerce la dirección de la salud. En la última memoria anual que aparece en su página web —del año 2023, no sé si tienen alguna más reciente, pero me voy a remitir a la que aparece en la web— reflejan que celebraron el XXIII Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria en Las Palmas de Gran Canaria. Dado que las islas Canarias sufren una emergencia nacional en materia de inmigración masiva descontrolada, nos gustaría saber si el personal sanitario, si los directivos de salud de las islas pudieron trasladarles en aquel momento sus preocupaciones, sus necesidades, ya que todos sabemos que los ciudadanos de las islas denuncian constantemente que sus servicios sanitarios se colapsan muy a menudo. Además, si estos profesionales han recibido esa formación continua, nos gustaría saber sobre qué especialidad y qué necesidades les han transmitido en cuanto a formación.

También aparece en la memoria la consecución de los objetivos estratégicos de la sociedad, a los que ustedes han hecho referencia. Recogen que, en aquel momento, en el año 2023, habían llegado hasta el 66 % en cuanto a profesionalidad. Nos gustaría saber en este caso qué les ha impedido alcanzar el cien por cien de los objetivos, como sí los han alcanzado en otros ítems que aparecían en esa consecución de objetivos. En el compromiso con la sociedad y con los pacientes alcanzaron el 50 % de los objetivos. Nos gustaría saber cuáles son los objetivos que quedan por cumplirse y cuáles son los que han logrado.

Por otro lado, también me ha llamado la atención que han participado en la V Cumbre Española Contra el Cáncer. Nuestro grupo parlamentario quiere preguntarles cómo creen que va a repercutir que el ministerio haya rechazado financiar un fármaco clave contra el cáncer infantil más común, si tienen un cálculo de cuánto pacientes vulnerables van a dejar de tener acceso a este tratamiento y si los directivos de la salud les han trasladado su preocupación.

También han participado en los Desayunos POP sobre «Nuevos retos de la salud pública en la gestión de la cronicidad» y habrán conocido que durante estos últimos días lo que se está haciendo crónico en España es ver a nuestros profesionales sanitarios sufrir agresiones, y de ahí que soliciten que se revisen los protocolos sanitarios para garantizar su seguridad y las mejoras de las condiciones laborales, que son, al final, las que les hacen salir a la calle para protestar por unas merecidas mejoras laborales.

Para finalizar, desde VOX queremos mostrarles todo nuestro apoyo y compromiso para acabar con esa precariedad laboral, con esa desigualdad que sufren no solo los profesionales sanitarios, sino también los pacientes que hacen uso de nuestros servicios según la comunidad autónoma en la que residan o trabajen. Estamos muy comprometidos con su seguridad personal, con la conciliación laboral, con retener todo el talento que tienen nuestros profesionales para beneficio de todos y también como medida para paliar ese relevo generacional al que se ha hecho antes referencia. También quisiéramos decirles que estamos muy comprometidos con que el único requisito para acceder a las plazas en materia de lenguas sea, simplemente, el conocimiento del español.

Muchas gracias a los dos comparecientes.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 6

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Ahora, el Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

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

En primer lugar, queremos agradecer a don José Soto y a doña Dulce Ramírez su pormenorizada exposición y felicitarles por esos más de veinte años que llevan ya trabajando. Pasar de 20 a 3000 —3009 has dicho— socios también demuestra la gran labor que estáis desarrollando. La labor que desarrolláis tiene un claro un objetivo, objetivo que comparte el Grupo Parlamentario Socialista, y que es fortalecer la difusión, el análisis y la concienciación de la importancia de una gestión sanitaria para el buen funcionamiento del sistema de salud. Recogemos y analizaremos pormenorizadamente vuestro decálogo en defensa de la profesionalización de los directivos de la salud y la gestión sanitaria.

Coincidimos en el objetivo prioritario que defiende que una gestión en salud de calidad, eficiente, transparente y honesta mejora la calidad asistencial de los pacientes y, por tanto, también nuestro sistema sanitario, pero también hay aspectos que requieren un poquito más de análisis, posiblemente, porque en reiteradas ocasiones se ha confundido la profesionalización con la privatización, con extender la sanidad pública dentro de los estándares de la sanidad privada. Por lo tanto, ahí nos queda un trabajo importante que hacer para seguir diferenciando eso y poniendo en valor que en la sanidad pública también es más que necesaria la gestión de calidad.

Habéis hablado de que ya habéis conseguido a través de vuestros colaboradores la creación de ese grado de Administración y Dirección de Empresas en Gestión Sanitaria. También existen distintas universidades que tienen másteres en gestión sanitaria. Por tanto, puede ser un grado profesional totalmente diferente, que después se especialice en este aspecto, en la gestión sanitaria. No voy a decir que es una tarea complicada, pero sí que es intensa la lucha que lleváis para conseguir el desarrollo profesional, pero los ejemplos de formación y de trabajo que estáis poniendo encima de la mesa, desde luego, son importantes y os avalan para seguir trabajando en esta línea.

Hay algunos aspectos que ya han salido en las intervenciones de otros grupos, pero nos gustaría conocer si habéis participado en el proceso de consulta pública de la ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud, que estuvo el pasado mes de mayo en consulta pública previa. Queremos saber si habéis participado y en qué términos. Por supuesto, también nos gustaría conocer vuestra opinión como expertos sobre qué modificaciones normativas se necesitarían, al margen de las cuatro pinceladas que habéis dado. Habéis terminado vuestra comparecencia refiriéndoos a la posibilidad de una proposición no de ley, pero, posiblemente, entraríamos en problemas de competencias con las comunidades autónomas y, por lo tanto, se requeriría otro tipo de figura normativa que pueda dar un poco más de globalidad a lo que pretendéis. Me gustaría que nos dijerais si tenéis alguna idea sobre eso o si habéis valorado cuál de esas iniciativas sería la más conveniente.

Como ya he dicho, analizaremos tranquilamente vuestro decálogo, porque tiene cosas muy interesantes. Intentaremos ver de qué manera podemos ayudar.

También habéis comentado que necesitáis indicaciones sobre a qué puertas llamar. Creo que la primera puerta a la que tenéis que llamar —me imagino que ya lo habréis hecho— es al ministerio. Os recomiendo que, a través de las iniciativas que tiene el ministerio en los distintos aspectos, presentéis mejoras o enmiendas que se puedan asumir en esas leyes que tenemos ahora mismo en cartera: la ley de universalidad, la ley de cohesión. Hay distintos aspectos normativos en los que se puede participar todavía. Y esa idea de profesionalización afecta no solo al Ministerio de Sanidad, sino, posiblemente, también a los ministerios de Educación y de la Función Pública, por lo que a ellos también podéis acudir.

Por nuestra parte, estamos a vuestra disposición para que sigáis adelante con vuestro trabajo y colaboraremos en todo lo que podamos para ayudaros.

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

El señor **BELMONTE GÓMEZ**: Buenos días.

En primer lugar, quiero dar las gracias al presidente y a la vicepresidenta de SEDISA no solamente —que también— por estar aquí, por comparecer y compartir sus planteamientos, sino también por la labor que han llevado a cabo durante un dilatado periodo de tiempo, que se ve refrendada, lógicamente, con el crecimiento, en primer lugar, del número de socios, pero también con el refrendo social de su labor y,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 7

lógicamente, con el refrendo a su junta directiva. Ese primer agradecimiento es obligado para todas las personas que comparecen aquí y, especialmente, para ustedes.

Ha quedado más que expuesto y encima de la mesa que la gestión sanitaria no es una gestión únicamente asistencial, sino una cuestión que refiere la equidad, la eficiencia y que influye en la sostenibilidad del sistema. Por eso, no solamente hacen falta criterios desde el punto de vista de la administración, sino que, como sus directivos, los directivos que van ingresando en toda la sanidad —en la sanidad pública y en la que no lo es— prestan una labor asistencial importantísima es importante que tengan esos conocimientos. Por ello, hay alguna incógnita que me gustaría compartir con ustedes, por si pueden ofrecernos alguna visión o criterio al respecto.

En primer lugar, en cuanto a la cuestión del ministerio, me gustaría saber si los diplomas de acreditación avanzada, esos diplomas que se están perfeccionando, incluyen ya la acreditación de perfiles directivos, porque entendemos que la acreditación no solamente tiene que ser en cuanto a la cuestión puramente asistencial, sino también una validación un poco más reglada.

La segunda cuestión es respecto a la formación que dan. Me gustaría saber si en esa labor formativa que ustedes han impulsado y que está teniendo tanta repercusión han obtenido o están en proceso de obtener un reconocimiento no solamente social o del sector en cuanto al conocimiento que se da, sino también alguna validación oficial, o si tienden un poco a ese reconocimiento para poder incidir en esa cuestión de la que hemos hablado al principio de la intervención, en esos criterios que tienen que regir no solamente ya en lo asistencial, sino en la gestión, puramente, de la sanidad.

En tercer lugar, nos gustaría conocer su experiencia con las comunidades autónomas y la dimensión que está tomando la formación directiva a la hora de la elección o de las experiencias de formación en las diferentes comunidades autónomas.

La cuarta pregunta es sobre un problema común, y sería cómo ven ustedes esta situación que se anuncia de falta de relevo generacional no solo en profesionales de todo tipo, sino, en concreto, en los de la salud, y si esto también afecta a los directivos de gestión sanitaria. También nos gustaría saber si tienen prevista alguna medida al respecto. Evidentemente, esa brecha generacional que vamos a tener con las jubilaciones y la falta de posible relevo también pueden ocasionar problemas a la hora de encontrar profesionales capacitados, implicados y formados para enfocar esta cuestión.

Por último, les reitero el agradecimiento por haber venido y, por supuesto, esperamos sus opiniones, que serán tenidas en cuenta. Gracias por la labor que hacen y por su larga trayectoria durante tantos años al servicio de la sanidad.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Tiene la palabra el señor Soto.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE LA SALUD, SEDISA** (Soto Bonel): Muchas gracias a todos, porque nos motiva estar aquí con ustedes. Ustedes son los representantes de nuestros ciudadanos. Con algunos de ustedes hemos trabajado más y con otros menos, pero cada vez que vemos la cara de un diputado o de una diputada pensamos, como ciudadanos que son y como representantes de los ciudadanos, que son el objeto clave de nuestro trabajo y empeño en profesionalizarnos. Gracias por los comentarios que nos aportan.

Los nombramientos y los ceses. Nosotros planteamos que en los nombramientos se prime a aquellos más preparados, con formación y con experiencia acreditadas. Hemos trabajado en esto con el ministerio, con el Congreso de los Diputados en la anterior legislatura y con nueve comunidades autónomas. ¿Por qué trabajamos este campo? Porque planteamos que, si fuéramos capaces de acreditar una formación y una experiencia, estaríamos como en los tiempos del Insalud. A mí me tocó dirigir una buena parte del Insalud, y el Insalud nombraba a sus directivos con una lista que el ministerio aportaba, y el ministerio ejercía —dicho entre comillas— de comprobador de que se tenía acreditada formación y experiencia para los distintos nombramientos, con más o menos complejidad. Sin embargo, los ceses creemos que tienen que ser por evaluación del desempeño, no porque entre un gerente nuevo en el hospital y decide que va a cesar al día siguiente a todos los directivos del equipo, porque eran de otro equipo anterior. Eso, aunque cada vez menos, se da. También ocurre que se cesa a todos los gerentes de una consejería por lo mismo. De eso hemos sido acusados a veces los directivos y creemos que tenemos que tender a otro tipo de nombramientos y de ceses, basados más en planteamientos objetivos y en evaluaciones objetivas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 8

En Canarias, previamente a nuestro congreso, tuvimos tres encuentros distintos: uno en Santa Cruz de Tenerife, otro en La Palma y otro en Las Palmas. Cada vez que hacemos un congreso, en el ámbito autonómico de ese congreso hacemos tres actividades precongresuales. Nuestro próximo congreso va a ser la última semana de mayo en Zaragoza y ya hemos hecho una jornada en Teruel y otra jornada en Huesca, y la última la haremos en Zaragoza el día anterior al Congreso. En La Palma, en concreto, también iniciamos entre los directivos una campaña de reconocimiento del esfuerzo que se había hecho desde la Administración canaria y desde el Cabildo Insular de La Palma. Estuvimos visitándoles y animándolos, porque la desgracia que tuvieron con el volcán fue importante. En la junta directiva tenemos un directivo canario que nos informa y cuenta que todavía están llevando a cabo labores de recuperación muy difíciles. Nosotros nos empeñaremos en apoyarles en lo que podamos.

Sanidad pública y privada. Nosotros solo distinguimos la buena sanidad y, por tanto, la sanidad es mejorable, puesto que planteamos que, en cualquier momento, a nada que se piense, hay aspectos mejorables que hay que abordar, sobre todo si son ámbito de nuestra competencia. Y si no es un ámbito de nuestra competencia, tenemos que posicionarnos y convencerles a ustedes y al Ejecutivo —al Ejecutivo español o a los Ejecutivos autonómicos— de esto, de que tenemos que mejorar los servicios sanitarios permanentemente. No hemos alcanzado la excelencia total. No estamos en diez sobre diez. Si no hiciéramos esto, no estaríamos desarrollando nuestras funciones bien. Cualquier aspecto que se analice tiene algo mejorable y nosotros queremos incorporarlo a nuestros análisis, a nuestras propuestas y a nuestros posicionamientos públicos. En nuestra junta directiva tenemos diecinueve componentes —contándonos a nosotros—, de los cuales cuatro son directivos de la sanidad privada, que trabajan igual que nosotros. Yo he sido muchos años directivo de la sanidad pública, pero ahora llevo unos meses como directivo de la sanidad privada, eso sí, sin ánimo de lucro, porque trabajo con los hermanos de San Juan de Dios. Desde luego, tenemos empeño en que los públicos no vayamos contra los privados y que los privados no vayamos contra los públicos. Hay que intentar aprovechar sinergias e intentar plantear a las autoridades nuestro análisis de las sinergias, y luego las autoridades que hagan lo que quieran, con su responsabilidad de mover el sistema para mejorarlo.

En cuanto a la formación, el grado en ADE con especialidad en gestión sanitaria, como ha comentado la vicepresidenta, es uno de nuestros éxitos y nos ha costado —hay que reconocerlo— llevarlo adelante casi cuatro años. También tenemos tres másteres universitarios, una cátedra de gestión universitaria para hacer investigaciones y tenemos una escuela de liderazgo propia —estos días estamos desarrollando un curso de liderazgo femenino— para incentivar esa formación y el perfeccionamiento de todos los socios.

En cuanto al ministerio, tanto a la ministra actual como a la ministra anterior y al secretario de Estado nosotros les planteamos nuestros análisis y reivindicaciones, que son estas que les estamos contando a ustedes. De momento no estamos descontentos, porque al menos se nos ha escuchado y hay algunas cosas en las que se nos han comprometido fechas. Por ejemplo, en la tendencia a acreditar la formación de los directivos según niveles, a apoyar el DPC según niveles.

También contamos con las comunidades autónomas. Cada vez que hay un consejero nuevo en una comunidad le invitamos a que venga a exponernos a los directivos de SEDISA sus análisis y propuestas, y nosotros damos seguimiento de sus conferencias para su análisis a todos los socios de SEDISA y a la gente en abierto que también se quiera incorporar. Hasta ahora no nos ha fallado ningún consejero, han venido todos, aunque faltan por pasar algunos de los últimos nuevos, pero nos han prometido que vendrán. Les estamos buscando fecha.

Dejo a Dulce, por si quiere aportar algo.

La señora **VICEPRESIDENTA PRIMERA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE LA SALUD, SEDISA** (Ramírez Puerta): El presidente me ha dejado poco margen, pero me voy a dedicar un poco más a los aspectos técnicos que nos habéis planteado.

Con respecto al DPC y al mapa de competencias o consecución de objetivos, el mapa de competencias se define con el comité de expertos, como ya he comentado antes, y se hace una metodología cualitativa muy bien desarrollada con un método Delphi y, después, de priorización: matrices decisionales para priorizar las distintas competencias. Todo eso se hace de forma consensuada con ese comité de expertos. Quisiera hacer hincapié en el hecho de que ese mapa de competencias no sirve solamente para autoevaluarse, sino para fomentar esa formación por competencias. De hecho,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 9

nos has preguntado sobre cómo podemos alinear posiciones en la formación, pues por ahí, por el mapa de competencias y por desarrollar la formación por competencias. Ahí nosotros tenemos una herramienta que es una joya —perdonadme que lo diga así, pero es que es así—, porque son los propios socios, los propios directivos los que nos están dando cuál es ese margen de mejora que tienen y en qué hay que formarles. Por lo tanto, ese mapa de competencias es también la vía de formación y no solamente de autoevaluación.

Con respecto a la consecución de objetivos, evidentemente, la memoria era del año 2023 y falta por desarrollar la de 2024, que estamos a punto de publicarla. Y para nada —ni mucho menos— está en que fueran líneas estratégicas menos desarrolladas. El tema de la profesionalización quedaba por desarrollar dentro de lo que era nuestro plan de gestión de la candidatura. Hay dos perfiles, que son los que desarrollamos en 2024, por tanto, se llegó a cumplir el cien por cien.

En cuanto al compromiso con los pacientes, nos quedaba por desarrollar también una gran herramienta, que desarrollamos con la POP y con otras asociaciones de pacientes. Se trata de definir una herramienta para ver qué grado de implicación tienen las asociaciones y los colectivos de pacientes en las distintas organizaciones sanitarias, herramienta que ya se ha ido desarrollando en el año 2024 y, por tanto, también se ha cumplido ese objetivo.

Como ha dicho el presidente, no solamente nos hemos focalizado en el grado. El grado, como hemos dicho, lo consideramos importante para tener banquillo, para tener gente más joven, pero los másteres han sido nuestro *leitmotiv* de desarrollo profesional casi desde que empezamos. Como ha dicho nuestro presidente, tenemos tres másteres.

Respecto a la figura normativa, gracias, pero ayúdenos, porque no sabemos realmente cómo desarrollar esto. Creemos que el consejo interterritorial es una figura clave para coordinar, para consensuar que se lleve a cabo de una manera real la contratación y el despido de directivos basándose en su perfil profesional y en su desarrollo profesional y no en otros motivos. Por lo tanto, se tendrá que crear ahí ese marco normativo para después desarrollarlo, evidentemente, y no entrar, como decías, pisando competencias en los servicios regionales.

¿Qué experiencia tenemos con los servicios regionales? Nuestro mapa competencial lo pasamos a los servicios regionales, a los implicados en la contratación de los directivos, como pueden ser los directivos de recursos humanos. Les mandamos nuestro mapa competencial y les decimos que, por favor, nos aporten ideas y mejoras para redefinir ese mapa competencial. Hemos trabajado con algunas comunidades autónomas en este sentido, en desarrollar esos perfiles. Con respecto a la normativa, también es verdad que se han ido desarrollando algunas leyes y otras están en vías de desarrollarse a la hora de contratar al directivo basándose en esas competencias. Como sociedad científica, nos prestamos a que se nos utilice para esas contrataciones, porque estamos desarrollando una herramienta que va a definir esos perfiles, que se van a autoevaluar, así que, si encima pudiéramos avalar y acreditar esto con los organismos pertinentes, esta sería la herramienta perfecta para ello.

Ya solo me queda apostillar un poco lo que decía el compañero con respecto al relevo generacional. El relevo generacional es un problema no solo en la profesión sanitaria, sino mucho más en la gestión sanitaria. Y no es porque nos falte banquillo y no tener gente joven, es que la gente que está no le ve el atractivo a un perfil de gestión que no está reconocido socialmente, que no está tampoco reconocido económicamente y que muchas veces conlleva estar trabajando veinticuatro horas al día con unos criterios que tampoco tenemos muy claramente definidos. Nosotros gestionamos para las personas, para los pacientes, para los profesionales, y muchas veces nos tenemos que sujetar a normativas que dificultan nuestro propio desarrollo de la profesión. Por eso, hay que hacer más atractiva esta profesión, porque realmente lo es, y es necesaria, y para ello, evidentemente, hemos creado —antes no lo hemos dicho— el primer Día de la Gestión Sanitaria. Ha sido un éxito y creo que hay que mantener posiciones en el sentido de dar a conocer socialmente la necesidad de lo que es un gestor sanitario, de un directivo de la salud.

Esperamos haber dado respuesta a la mayoría de las preguntas que nos han hecho.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias al señor Soto y a la señora Ramírez.

Yo creo que sí han dado respuestas claras y precisas a las preguntas que se han formulado. Mil gracias por estar aquí con nosotros. **(Pausa)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 10

— **DEL DIRECTOR GENERAL DE BIOINNOVA CONSULTING, PULSO VITAL-ALIANZA CARDIOVASCULAR (SMITH ALDECOA), PARA PRESENTAR EL INFORME «PROPUESTAS DE MEJORA Y LLAMADO A LA ACCIÓN INSTITUCIONAL Y LEGISLATIVA EN EL ABORDAJE DE LAS ECV EN ESPAÑA». POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000257).**

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, el segundo compareciente es don Borja Smith Aldecoa, director general de BioInnova Consulting, que viene representando a Pulso Vital-Alianza Cardiovascular para presentar el informe que han elaborado sobre propuestas de mejora y llamado a la acción institucional en las enfermedades cardiovasculares. **(Pausa).**

Muchísimas gracias por estar aquí con nosotros. Tiene usted quince minutos iniciales, y después habrá un turno de preguntas y respuesta por su parte.

Cuando usted quiera.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE BIOINNOVA CONSULTING, PULSO VITAL-ALIANZA CARDIOVASCULAR** (Smith Aldecoa): Muchas gracias, presidente.

Estimadas señorías, buenos días a todos y todas.

Antes de empezar mi presentación, me gustaría agradecer su presencia a la doctora Carmen Suárez, jefa de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Princesa y responsable de la Unidad de Riesgo Vascular, y presidenta de AMAREVA, y a doña Maite San Saturnino, presidenta de la Organización de pacientes de la Fundación Española del Corazón y Sociedad Española de Cardiología. Sin la parte médica y sin la parte de pacientes seguramente este proyecto tendría poco sentido y es importante que seamos capaces de aglutinar todos los perfiles y todos los que de alguna forma estamos involucrados en esto, porque —¡ojo!— enfermedad cardiovascular somos todos.

Para nosotros es un verdadero honor poder comparecer hoy aquí en esta Comisión de Sanidad del Congreso para compartir con ustedes la iniciativa Pulso Vital-Alianza Cardiovascular. Antes de entrar directamente en esta iniciativa, permítanme contextualizarles el reto que supone el abordaje de las enfermedades cardiovasculares desde los ámbitos de la prevención primaria y secundaria, del diagnóstico precoz del tratamiento y del seguimiento —incluida la rehabilitación— y, adicionalmente, en términos sociales y económicos.

La enfermedad cardiovascular representa una grave amenaza para la salud pública, siendo la segunda causa de muerte en España. Digo la segunda porque justo en el último INE publicado ha pasado a ser la segunda en números absolutos, porque en mujeres sigue siendo la primera causa, con un 26,5% del total de defunciones, aproximadamente 120 000 personas, y primera causa a nivel mundial. Según los últimos datos disponibles en Eurostat, más de 1,7 millones de personas fallecieron en 2001 en Europa por enfermedades cardiovasculares, aproximadamente el 33% de las defunciones. Además, su impacto económico en la Unión Europea alcanza los 282 000 millones anuales —creo que esto lo dice todo—, de los cuales el 53% corresponden a costes de atención sanitaria, el 26% a pérdidas de productividad y el 21% a costes de atención informal a personas con enfermedad cardiovascular.

Esta realidad subraya la urgencia de adoptar enfoques coordinados y efectivos para combatir el problema; una tarea en la que Pulso Vital se ha consolidado como un proyecto clave. Desde su lanzamiento en 2023 este proyecto ha alineado sus acciones con la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud, la ESCAV, publicada por el Ministerio de Sanidad en abril de 2022. También converge con iniciativas desde el Parlamento Europeo que priorizan en la agenda política una estrategia europea de salud cardiovascular. De hecho, el 3 de diciembre de 2022, el propio Consejo Europeo pidió más esfuerzo para ayudar a prevenir las enfermedades cardiovasculares.

Pulso Vital es una iniciativa liderada por BioInnova Consulting, de la cual soy director general, y apoyada por ocho compañías farmacéuticas: Amarin, Amgen, Daiichi Sankyo, GSK, Lilly, Novartis, Novo Nordisk y Sanofi. Además, este proyecto reúne a un equipo multidisciplinar de veintidós expertos de alto nivel y cuenta con la colaboración de dieciocho prestigiosas sociedades, fundaciones, asociaciones y entidades. Se las enumero: Adeslas, AEPOVAC, AMAREVA, Asociación Española de Pacientes que Viven con Obesidad, Asociación Diabetes Madrid, Corazón sin Fronteras, Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, DeepLabs, Foro Español de Pacientes, Fundación HUMANS, Fundación Lídera, FutureMeds, el Instituto Europeo de Posgrado, Más Visibles, la Sociedad Española de Arteriosclerosis, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria —SEMERGEN—, la Fundación Española del Corazón y la Universidad Europea de Madrid.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 11

Pulso Vital es una iniciativa que sigue y seguirá acogiendo a instituciones que se impliquen con estas enfermedades. Es realmente un proyecto vivo y abierto a cualquier persona que de alguna forma quiera involucrarse con este objetivo. De hecho —como me han autorizado a comunicarlo, se lo digo—, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos se incorporará a esta alianza en las próximas semanas.

El propósito de Pulso Vital es generar un impacto significativo en la contención de dichas afecciones y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, demostrando así un enfoque proactivo y multidisciplinar en la lucha contra la enfermedad cardiovascular en España. Implica una estrecha colaboración con empresas líderes en salud cardiovascular, así como autoridades sanitarias, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y otros *stakeholders* relevantes, todo ello bajo dos premisas: continuidad en el tiempo, porque entendemos que solo de la continuidad surgirán los pequeños cambios que nos acerquen al propósito, y el compromiso de la acción de todos aquellos que de manera directa o indirecta pueden alinearse con los propósitos, poniendo especial foco en la sociedad civil.

Fruto del trabajo y análisis multidisciplinar de todos los expertos que colaboraron en Pulso Vital, incluido personas del ámbito legislativo, durante 2004 se desarrolló un informe titulado Propuestas de mejora y llamada a la acción institucional y legislativa en el abordaje de la enfermedad cardiovascular en España, que representa un hito significativo en la lucha contra este tipo de enfermedades en nuestro país. Este documento, que les hemos entregado previamente, identifica áreas críticas de mejora y propone un plan de acción concreto y aplicable. Adoptando un enfoque integral, las propuestas de Pulso Vital abarcan aspectos clave como la optimización de los procesos asistenciales, la promoción de la equidad en el acceso a la atención cardiovascular, el aumento de la concienciación pública sobre las enfermedades cardiovasculares, y el posicionamiento de la salud cardiovascular como prioridad en la agenda política y sanitaria. El decálogo de medidas prioritarias se convierte en la base del informe, con el objeto de establecer un estándar de calidad en la atención cardiovascular.

Entro ahora a enumerárselas. Implantación de un sistema estandarizado de estratificación de riesgo cardiovascular. Desarrollo de una estrategia preventiva integral, con sistemas de alerta automática. Refuerzo del papel de la atención primaria y enfermería en la prevención y seguimiento del riesgo cardiovascular, incrementando la dotación de recursos económicos y humanos en el primer nivel asistencial. Diseño e implementación de programas de capacitación y sensibilización sobre el manejo de enfermedades cardiovasculares, especialmente en mujeres, dirigido a profesionales sanitarios. Desarrollo e implementación de un informe de alta hospitalaria que garantice la continuidad asistencial y el seguimiento del paciente. El asegurar la financiación de la ESCAV y desarrollar un conjunto de indicadores de supervisión para su implementación en las comunidades autónomas. Implementación de guías de práctica clínica validadas a nivel nacional y desarrollo de protocolos de continuidad asistencial para la atención cardiovascular, incluyendo un sistema de información compartida que permita la coordinación efectiva entre todos los niveles asistenciales. Garantía de que la cartera común de servicios y prestaciones asistenciales y terapéuticas esté disponible en todas las comunidades autónomas y hospitales, e implementación de un informe público de seguimiento del estado de situación de los compromisos adquiridos. Establecimiento de un programa de prevención, así como de un programa de adherencia a los tratamientos farmacológicos que estén adaptados, dirigidos y sean accesibles para toda la población. Desarrollo de un plan estratégico de asignación de recursos y expansión de infraestructuras sanitarias, enfocado en áreas como desigualdad en el acceso a la atención cardiovascular. Como pueden observar, dichas medidas abarcan diferentes líneas de responsabilidad, entre las que se encuentran la legislativa, la ejecutiva nacional y autonómica, asistencial, societaria y pacientes.

Durante el año 2025 continuaremos haciendo seguimiento a la adopción, desarrollo e implementación de las medidas apuntadas en el informe que salió en 2024, pero también se trabajará en la profundización de las siguientes líneas estratégicas prioritarias que nos marcamos para este año. La primera de esas líneas será asegurar la financiación de la ESCAV y desarrollar un conjunto de indicadores de supervisión para su implementación en las comunidades autónomas. Trabajaremos específicamente en tres aspectos: promoción de la asignación de un presupuesto específico para la ESCAV, tanto en los presupuestos generales del Estado como a nivel autonómico; creación de un cuadro de mando con indicadores clave de proceso y resultados; creación de un observatorio nacional de salud cardiovascular con informes públicos anuales, que monitoricen la concreta implementación de la ESCAV a través de estos indicadores clave.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 12

La segunda prioridad será el desarrollo de estrategias que disminuyan la inequidad en el acceso a pruebas diagnósticas y a tratamientos. Se trabajará para definir una carta de servicios para la enfermedad cardiovascular que sea mínima, obligatoria y de carácter vinculante para todas las comunidades autónomas, soportada por guías de práctica clínica validadas a nivel nacional. También proponer medidas que aseguren la equidad en el abordaje de enfermedades cardiovasculares, como por ejemplo los programas de adherencia a los tratamientos. Desarrollo de una estrategia preventiva integral que incluya medidas enfocadas a disminuir la inequidad de género en el ámbito cardiovascular, formación a profesionales sanitarios y pacientes, entre otros. Promoción de la vacunación en materia de prevención en el ámbito cardiovascular, ya que está demostrado que los pacientes con enfermedad cardiovascular tienen mayor riesgo de padecer complicaciones.

Una tercera línea estratégica será la implementación de un sistema estandarizado de estratificación de riesgo cardiovascular a través del desarrollo de una herramienta digital a nivel regional-nacional para la estratificación del riesgo cardiovascular, incorporando variables socioeconómicas y de estilo de vida integradas en la historia clínica digital; implementación de un sistema de alerta automatizado, sobre la base de la detección temprana potencial de enfermedades cardiovasculares; promoción de la creación de estrategias para llevar a cabo un abordaje asistencial individualizado sobre la base del perfil de riesgo global de cada paciente, y la cuarta, y no menos importante en prioridad, será el desarrollo y la implantación de un informe de alta hospitalario que garantice la continuidad asistencial y el seguimiento de pacientes. En este aspecto, nos focalizaremos en crear una plantilla estandarizada de informe de alta que incluya un plan de diagnóstico, tratamiento, seguimiento detallado y objetivos de control terapéuticos que aseguren una transición adecuada y segura del hospital a la atención primaria. Implementación de un sistema de notificación automática al médico de atención primaria y enfermería correspondiente tras el alta hospitalaria y asegurar seguimiento semestral de la calidad asistencial de los pacientes de prevención secundaria que no acudan a las unidades de rehabilitación cardíaca.

En conclusión, Pulso Vital representa una llamada a la acción para todos los *stakeholders* del sistema sanitario español en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. Su éxito dependerá de la colaboración estrecha entre las instituciones, los profesionales sanitarios, los pacientes y la sociedad civil. Con la implementación de estas propuestas España tiene la oportunidad de liderar el camino hacia un futuro con menos incidencia y mejor manejo de las enfermedades cardiovasculares, elevando significativamente la calidad de vida de sus ciudadanos y la eficiencia del sistema sanitario. Creemos sinceramente en el papel legislador que apoye y empuje aquellas propuestas planteadas desde la iniciativa y que entran dentro de un ámbito de actuación, a través de los mecanismos más oportunos para ello.

Por último, quiero agradecer a sus señorías de la comisión el haberme dado la oportunidad de trasladarles el inmenso trabajo de todo el equipo humano y profesional que participa y colabora en la iniciativa: de sus colaboradores, de sus expertos y de la sociedad civil, comprometida y activa frente a las enfermedades cardiovasculares. Y, ahora sí, quedo a su disposición, si así lo cree conveniente la Presidencia de la Mesa, para sus preguntas.

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

Vamos a empezar en orden inverso, para permitir asistir a Mesa al portavoz del Grupo Popular. **(El señor Cofiño Fernández pide la palabra)**.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Disculpen. Tengo Mesa y portavoces en quince minutos. **(Varios señores diputados: Yo también)**.

El señor **PRESIDENTE**: Intervenís los que tenéis Mesa y portavoces. Hay tiempo. Empezamos por el Grupo Popular.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Gracias, presidente, por permitirme intervenir en primer lugar.

Gracias al resto de señorías. Muy buenos días a todos.

Bienvenido al Congreso y a la Comisión de Sanidad, don Borja Smith. Quiero agradecerle la presentación de este informe que no es solo importante, como ha destacado en su intervención, sino que además hasta hace muy poquito, efectivamente, las enfermedades cardiovasculares eran la primera causa de mortalidad en España, ahora superadas por las enfermedades oncológicas, según el último

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 13

informe del INE. Pero siguen representando un alto porcentaje respecto a los fallecimientos en nuestro país y, por lo tanto, es muy necesario abordar esta problemática desde un enfoque integral y, además, decidido. Las cifras son muy importantes, muy destacadas. Como ha comentado, son 120 000 los fallecimientos en España por las enfermedades cardiovasculares a los que se unen también los más de 5 millones de ingresos hospitalarios, lo que redundará también en un coste sanitario muy importante. Además, se produce el envejecimiento de la población y el aumento de otros factores de riesgo asociado, como pueden ser la obesidad o el sedentarismo, que incrementan la presión también sobre nuestro sistema sanitario. Existe una disparidad territorial, por lo que se hace evidente la necesidad de una estrategia nacional que garantice la equidad de acceso a los recursos preventivos y terapéuticos, siempre de la mano del consenso y del diálogo con las comunidades autónomas.

Desde el Partido Popular compartimos plenamente la necesidad de priorizar la prevención y el diagnóstico temprano, no solo en esta, sino en cualquier otra patología, actuando con determinación frente a esta denominada crisis sanitaria. En nuestro programa de partido, en el ámbito sanitario, hemos defendido medidas de promoción de hábitos de vida saludable a través bien del deporte o bien también de la alimentación equilibrada, así como políticas de prevención que reduzcan los factores de riesgo asociado a las enfermedades cardiovasculares, como pueden ser la obesidad o, por supuesto, el tabaquismo. Nuestro programa, además, recoge medidas específicas para fortalecer el Sistema Nacional de Salud bajo los principios de universalidad, gratuidad y solidaridad, garantizando un sistema cohesionado que permita a todos los ciudadanos acceder a diagnóstico y tratamientos innovadores independientemente del lugar donde vivan, del lugar de su residencia.

Coincidimos, además, en la importancia constante, creciente —y, además, en este siglo en el que vivimos— de la innovación, que debe ser un pilar muy importante, un pilar fundamental. España debe liderar la investigación biomédica, el acceso a tratamientos innovadores y, por ello, hay que reforzar esa colaboración público-privada para seguir impulsando ensayos clínicos que permitan que esos avances científicos lleguen mucho más rápido a los pacientes. Sin lugar a duda, las enfermedades cardiovasculares no solo son una cuestión médica, sino una cuestión social —lo ha comentado usted— y económica y que exigen respuestas lo más inmediatas posible. Queríamos saber, además, si con este trabajo —y a lo mejor con otros trabajos, pero con este trabajo referido a enfermedades cardiovasculares— realizan un seguimiento, cómo lo hacen y cómo se puede implantar a nivel de asistencia sanitaria.

Para terminar, señor Smith, quiero agradecerle de nuevo su intervención, su contribución a esta Cámara y le aseguramos que desde el Grupo Parlamentario Popular vamos a trabajar para convertir propuestas en acciones concretas. Le reiteramos nuestro compromiso de un sistema sanitario sólido, innovador y equitativo, porque las enfermedades cardiovasculares no solo son una prioridad sanitaria, sino también una cuestión de país.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

¿El Grupo Parlamentario Socialista o el Grupo Parlamentario VOX necesitan ir a Mesa? **(La señora Almodóvar Sánchez: Sí, pero no pasa nada. Pueden esperar.—Risas)**. Hay tiempo, ¿no?

Señor Cofiño, tiene usted la palabra.

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

Muchas gracias por la intervención y gracias por poner de relieve, como muy bien ha señalado en la presentación, la importancia de un tema prioritario en términos de enfermedad, de mortalidad prematura y de calidad de vida de la población —iba a decir asturiana— asturiana y española. **(Risas)**. Algunos temas de enfoque, que creo que es importante también mencionarlos, porque también los enfoques son políticos.

Roseto es un pueblecito pequeño en Pensilvania, que fue fundado por inmigrantes italianos; se fundó a principios del siglo XX y llamó muchísimo la atención, porque cuando empieza la epidemiología y la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Estados Unidos a mitad del siglo XX, en Roseto la gente se moría de mayor. Venían de un pueblecito italiano y se morían bastante mayores. Llamó mucho la atención porque sí que había habido una transición epidemiológica de otras enfermedades infecciosas y aparecían las cardiovasculares, y en Roseto la gente no se moría. Los epidemiólogos empezaron a estudiar a ver qué ocurría. En primer lugar, pensaron es que quizás todos tenían una base genética parecida, pero se vio que otros italianos que venían de otros pueblos parecidos y estaban en otras zonas de Estados Unidos ya se morían también de enfermedades cardiovasculares, como los norteamericanos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 14

nativos. Se pensó que también podía ser por la dieta mediterránea; hacían algo de dieta, pero los rosetianos no es que fueran tampoco especialmente saludables. No eran *runners*, ni hacían *fitness* ni los hábitos individuales eran especialmente muy llamativos. Lo que llamó la atención era que los rosetianos eran una comunidad muy cohesionada y en donde no había desigualdades. Hay un video muy bonito que se puede ver en YouTube donde ellos cuentan su historia, y lo que se vio es que era una comunidad muy cohesionada y donde no existían desigualdades. Decían: En Roseto estaba muy mal visto ser muy pobre o ser muy rico. Lo interesante de la historia es cuando la siguiente generación de Roseto empieza a tener modelos sociales diferentes. En la comunidad de Roseto tenían las sillas en la parte delantera de los porches; en las casas norteamericanas normalmente la vida se hace atrás. Cuando las casas en Roseto empiezan a tener las sillas detrás en el porche y a competir a ver quién tiene la piscina o el coche más grande es cuando aparece el primer evento cardiovascular, en los años setenta.

Ichiro Kawachi, que es un referente de capital social de la Universidad de Harvard, menciona cómo el estrés, la cohesión social y las desigualdades socioeconómicas son un factor determinante en las enfermedades cardiovasculares. Y Geoffrey Rose, años más tarde, cuando habla de epidemiología social, menciona también cómo la importancia de ciertas cuestiones no está tanto en las prevenciones de hábitos individuales, sino en políticas colectivas. Eso es muy importante para poner el foco cuando hablamos de enfermedades cardiovasculares. Esto no es nada novedoso en salud pública, epidemiólogas norteamericanas y españolas llevan casi veinte años hablando de la importancia de los determinantes sociales en este enfoque. Incluso tenemos estudios, como el Inter99, publicado en el *British Medical Journal* ya hace casi diez años, donde se menciona que no tiene ningún impacto en la salud poblacional tratar de modificar los hábitos de forma individual en las consultas. Es decir, algo en lo que nuestros profesionales pierden mucho tiempo, que es dando recomendaciones en consulta de cómo mejorar tu dieta o alimentación de forma individual, en términos poblacionales no tiene ningún impacto. Hay metaanálisis que lo demuestran ahora mismo: tiene más impacto hacer medidas poblacionales. Hay un ejemplo muy claro, que es el ejemplo del tabaquismo. Desde luego que puede tener un impacto individual tratar de dar un consejo antitabáquico en consulta, pero el mayor impacto poblacional que hemos conseguido con políticas poblacionales es cuando hemos regulado los espacios libres de humo con legislación.

Quiero decir esto porque es importante poner el foco en que nuestra formación y nuestra especialización muchas veces se ha realizado desde una perspectiva muy biologicista y eso ha hecho que a veces busquemos las llaves no donde se han caído sino donde tenemos luz, y eso a veces es un error de foco. Nuestro ministerio y diferentes comunidades autónomas, como la comunidad autónoma de la que yo vengo, Asturias, en la que hemos trabajado mucho en salud pública, hemos tratado de enfocar las cardiovasculares con una lógica y necesaria atención clínica individual, que ha supuesto una mejora de calidad de vida en términos de morbilidad y mortalidad de las personas —esto es evidente—, pero también con la necesidad de hacer políticas aguas arriba y otras políticas. De hecho, esta sería una cuestión interesante en la intervención.

Termino con esto. Las sociedades de cardiología, las sociedades de medicina de familia y las sociedades de salud pública en otras comunidades autónomas, en otros países y también en nuestro país ya hacen ese llamado, y creo que lo señalaba muy bien. Por ejemplo, nuestras guías de valoración de riesgo cardiovascular tienen que tener en cuenta, como tienen las escocesas, factores socioeconómicos. Por centrar el problema, necesitamos políticas aguas abajo, necesitamos políticas de atención clínica individual, necesitamos mejorar la disponibilidad de fármacos y de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, pero necesitamos poner el foco también en que políticas —como, por ejemplo, la reducción de la jornada laboral— que mejoren la calidad de vida de las personas son políticas que va a tener un impacto enorme en la salud cardiovascular de la población española.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra la representante del Grupo Socialista.

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

Buenos días, señorías, ponente.

Gracias, Borja, por la exposición, que nos has hecho, muy detallada; es un informe muy completo que hemos podido ver con antelación, un documento que pretende minimizar los riesgos de estas enfermedades cardiovasculares en nuestro país. Un análisis y un diagnóstico que pone el punto y las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 15

líneas para mejorar y que los datos puedan bajar un poco. Me ha llamado mucho la atención —yo sí que tenía los datos a nivel de mortalidad en Europa y en España— el dato que no tenía de esa bajada de fallecimientos por enfermedad cardiovascular que se produjo en 2022, pero que en mujeres no ha bajado, ha sido solamente en los hombres. No sé si se me puedes indicar el motivo por el que ha habido esa diferencia, por qué no baja de forma lineal. Si ha sido por campañas de prevención, por diagnóstico o si tenéis identificado el motivo por el que en la mujer sigue siendo un poquito más alto.

El grupo de enfermedades del sistema circulatorio como los tumores y otras enfermedades son —discúlpame si me equivoco— previsibles, porque hay unos indicadores de forma general que se pueden variar, que puede ser variables o educables. Por ejemplo, con relación al consumo de tabaco, a través del Ministerio de Sanidad y todo el programa que se está realizando para que eso pueda disminuir; la calidad de vida, como ha comentado el compañero Cofiño, que puede ser laboral, el estrés, la tensión, el colesterol, el ejercicio. Todo lo que a través de una atención primaria se puede hacer con esa prevención para que en la sociedad se tenga esa conciencia y esa visibilización. ¿Se podría incidir más en indicadores de estrés? ¿Se podría establecer en esos criterios que sea el estrés el que potencie enfermedades cardiovasculares?

La iniciativa de Alianza Cardiovascular o Pulso Vital es un trabajo de difusión profesional que está en sintonía con las estrategias gubernamentales, un decálogo que sin duda aumenta esa sensibilización y visibilidad, aumentando así también esa excelencia asistencial a la que se quiere contribuir a través de la equidad en el territorio. Desde la política, y en concreto desde el Grupo Parlamentario Socialista, no podemos hacer otra cosa nada más que abrir nuestras agendas y priorizar este trabajo, con todas las pautas y las líneas que nos has expuesto, y ayudar en todo lo posible en esa prevención a todos los niveles: a nivel de Estado, de comunidad y de municipio. Nosotros estaremos aquí para hacer propuestas y seguir apoyando la causa.

Muchas gracias, Borja.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX, a quien agradezco su flexibilidad y cortesía con los turnos.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: De nada, presidente.

Gracias, señor Smith, por su intervención y bienvenido a esta comisión, porque para nosotros, para nuestro grupo parlamentario, siempre es importante tratar en un foro como este un asunto como el de las enfermedades cardiovasculares, porque, evidentemente, como ha comentado usted, no estamos hablando de una enfermedad cualquiera, sino de una de las que representa una de las principales causas de mortalidad. Ha comentado usted que es la segunda en España y la primera en Europa, por lo tanto, es un gran desafío para nuestro sistema de salud. Es cierto, como relata su informe que, al final no estamos hablando de una enfermedad en solitario, sino de un cúmulo de dolencias en las que podemos incluir el infarto de miocardio, la insuficiencia cardiaca, los accidentes cerebrovasculares y que, efectivamente, a pesar de los avances médicos, siguen siendo responsables de miles de muertes anuales.

Lo primero —y en lo que estamos totalmente de acuerdo con usted— es que estas enfermedades están fuertemente relacionadas con factores de riesgo, muchos de ellos modificables, como la hipertensión, la obesidad, el tabaquismo, la inactividad física y las malas dietas. Ha comentado un interviniente —y estamos totalmente en línea con él— que seguramente el estrés elevado cada vez se está comprobando como posiblemente una gran causa de las enfermedades cardiovasculares. Por eso pensamos —y hoy es un día que es crucial desde cualquier ámbito de la sociedad y en esta Cámara— que hay que promover y concienciar sobre la prevención, fomentando hábitos de vida saludables y el control de factores de riesgo. Por eso nos ha parecido interesante, en su informe y en su intervención de hoy, el enfoque integral de su propuesta abarcando desde la prevención primaria, la secundaria, hasta el diagnóstico precoz, el tratamiento efectivo y personalizado, e incluso el seguimiento continuo de los pacientes. Poniendo, además, especial énfasis en la equidad en el acceso a la atención.

Tenemos y le quiero hacer partícipe de algunas dudas sobre las propuestas que ha hecho, porque algunas de ellas, como usted ha dicho o está en una frase en el informe, requieren de la coordinación entre el Ministerio de Sanidad y las regiones, lo que a nuestro entender podría dificultar su viabilidad a corto plazo, debido a la incompatibilidad de los sistemas informáticos de las comunidades y la complejidad de integrar estas múltiples fuentes de datos. Le hago la primera pregunta concreta: ¿Qué medidas clave considera esenciales para asegurar una interoperatividad efectiva entre los sistemas de salud, permitiendo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 16

una atención coordinada y sin barreras geográficas para los pacientes con enfermedades cardiovasculares? Porque además le comento que, desde nuestro grupo parlamentario, siempre hemos defendido este sistema de interoperabilidad de la tarjeta, de la historia clínica —y en español— que valga para todo el territorio nacional independientemente de la región de residencia del paciente para que facilite todo y se pueda circular libremente. Además, en esta legislatura, hemos presentado una proposición de ley cuyo título era: Para la garantía, a nivel estatal, del funcionamiento efectivo de la tarjeta sanitaria individual y la plena interoperabilidad de las historias clínicas. Una PNL que, por cierto, fue rechazada por el Grupo Socialista y por sus socios de Gobierno. Esta es una parte.

Usted, en su intervención, también propone asegurar la financiación de la estrategia en salud cardiovascular y ha hablado usted de tres puntos. Esos tres puntos, voy a reiterarle la pregunta, aunque ya lo hemos escuchado: ¿usted ve realmente posible asegurar la financiación de esa estrategia en salud cardiovascular? Me gustaría que fuera concreto. Porque nosotros pensamos que el aumento de la dotación de recursos económicos y humanos en el primer nivel asistencial es crucial y, como estamos hablando de la segunda causa de mortalidad en España, creo que es un tema para tomarse en serio. Por tanto, me gustaría saber —si no se me escapara mucho y me centrara— si realmente usted se lo cree. Porque, volviendo a la financiación, me gustaría preguntarle y voy a ser más concreto. ¿Cómo se puede garantizar la financiación estable para la estrategia en salud cardiovascular teniendo en cuenta las limitaciones presupuestarias, las tensiones interterritoriales y el hecho de que ahora mismo no tengamos presupuestos generales del Estado? ¿Si usted no cree —y esta es una pregunta para contestar sí o no—, porque estamos hartos de verlo, que podría haber resistencia por parte de algunas regiones frente a cambios en la financiación de la cartera de servicios —hablo de la cartera de servicios y de regiones concretas— y que esa resistencia podría dificultar la puesta en marcha de algunas medidas?

Finalmente, porque no quiero extenderme más, porque le haría alguna otra pregunta, pero esta última creo que es fácil. ¿Cómo cree que la colaboración público-privada podría mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares sin generar duplicidades o desigualdades en el acceso a los servicios? En cualquier caso, se me acaba el tiempo, enhorabuena por su intervención y espero que me lo pueda concretar lo máximo posible en su respuesta.

Gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Señor Smith, tiene siete minutos.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE BIOINNOVA CONSULTING, PULSO VITAL-ALIANZA CARDIOVASCULAR** (Smith Aldecoa): Perfecto.

Muchas gracias por las preguntas. Señorías, la verdad es que ustedes me hacen preguntas para que, casi en siete minutos, pudiera arreglar el problema de la enfermedad cardiovascular en España, lo cual me va a resultar un poco complicado. **(Risas del señor presidente)**. Es verdad que nosotros, de alguna forma, hemos trabajado con las asociaciones de pacientes, con la parte legislativa, con los profesionales sanitarios que, por cierto, creo que estamos de enhorabuena porque en este país tenemos unos grandísimos profesionales sanitarios **(el señor vicepresidente, Pose Mesura, hace gestos afirmativos)**, de lo cual nos tenemos que dar la enhorabuena todos, porque es importante. Lo que les podemos dar son recomendaciones que a lo mejor suenan un poco a pasarles la pelota, pero igual algunas de las cosas las tienen que hacer ustedes. Nosotros podemos hacer el trabajo de plantearlas, pero difícilmente les puedo ayudar en lo que es la operativa de todo eso. Aun así, les doy mi opinión con respecto a algunos de estos puntos.

Hemos hablado del tema de los datos. Creo que el hecho de que la enfermedad cardiovascular en hombres —el genérico—, porque es verdad que en mujeres no tanto, esté descendiendo es realmente satisfactorio para todos. Esto es un tema que significa que alguna cosa se está haciendo bien. Sinceramente, creo que hay aspectos, como la ley del tabaco en su momento, que empiezan a ver los resultados ahora. Es verdad que en sanidad es una pena, porque normalmente las actuaciones que tomamos en un momento determinado seguramente o no las vamos a ver o, desde luego, las veremos a muy largo plazo, y seguramente sin ser capaces de correlacionar lo que nosotros hicimos con el resultado que ha habido. Obviamente, hay muchas cuestiones que son perfectamente correlacionables, y para eso está la ciencia, quiero decir que para eso están los profesionales. En la I+D, que es un tema en el que profundizaré ahora un poco, tenemos grandísimos profesionales que son capaces de darnos las pistas suficientes como para que nosotros tomemos las decisiones adecuadas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 17

En cuanto a la I+D, sin ella es imposible hacer cualquier tipo de actuación sanitaria. Podemos hacer muchas actuaciones sanitarias que políticamente puedan sonar muy bien, pero, al final, si esto no tiene por detrás una evidencia científica que nos acompañe realmente, será difícil. Es verdad que aquí han salido muchos temas, sale el tema de los condicionantes, el del tabaquismo, el de la mujer, o sea, realmente hay muchas cosas que podemos poner encima de la mesa, pero, con evidencia plena, no todas. Evidentemente, considero que sí, por supuesto que hay que seguir trabajando en eso, y lo que hay que hacer es fomentar que los profesionales tengan esa capacidad para seguir investigando en servicios de salud para que nos vayan marcando la pauta de, en las actuaciones que estamos tomando, cuál es verdaderamente la correlación que están teniendo y hacia dónde nos están llevando.

Casi les daría la razón a todo lo que nos han planteado. Hemos hablado de condicionantes sociales. Claro, es obvio que quien está sometido a un nivel de estrés alto puede tener un episodio cardiovascular. ¡Ojo!, ahora y hace cincuenta años, por lo que quiero decir que aquí no hemos inventado nada nuevo. Es verdad tenemos muy claro que, quien no está sujeto a un tema de tabaquismo, tiene muchas más posibilidades de no tener una enfermedad cardiovascular. Esos son temas muy objetivos, pero habrá que estudiar los otros, por supuesto que sí. El tema del alcohol, ese es otro tema que siempre está encima de la mesa y siempre lo va a estar, lo tenemos clarísimo. Es muy evidente que igual hay que tomar alguna actuación al respecto. Hábitos saludables de vida, pues sí. Además, ese es un tema que es el que más nos gusta, porque —me van a perdonar, porque es una opinión personal, no es científica ni nada— ya estamos tardando en poner una asignatura de salud en los colegios. Desde luego, con toda seguridad, eso y el deporte es lo que probablemente —¡ojo!, habrá que verlo— vaya a tener efecto en los pacientes cardiológicos del futuro. Con esto, es verdad que les abrimos un abanico muy amplio de lo que hay que hacer, obviamente, siempre basado en lo que los profesionales nos van diciendo.

Tampoco me parecía que fuera oportuno del todo entrar en el tema de la mujer, ese tema sí que está estudiado. Es evidente que la mujer, por cuestiones hormonales, puramente fisiológicas y por otras psicológicas, tiene más posibilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, pues, lógicamente, tendremos que trabajar en eso. Habrá que hacer más formación específica para las mujeres, y no genérica. La genérica es fenomenal, obviamente, y quien note que va a tener un infarto tendrá que ir al hospital. Pero la sensibilidad y la especificidad que tenemos por género, en este caso concreto, sí que marca la diferencia entre que haya mayores niveles de supervivencia en un sexo que en el otro, pues, indudablemente, habrá que trabajar eso.

Me preguntaban sobre los sistemas de información, no sé si en la pregunta iba también la respuesta. Es evidente, claro que debemos de tener un sistema de información que sea interoperable, que realmente se pueda mantener y que efectivamente cualquier paciente en todo el territorio nacional pueda tener el mismo tratamiento esté donde esté. Ustedes y los profesionales de la sanidad pública tendrán que ver cómo se puede hacer esto, cuál es el coste y tener en cuenta otra serie de aspectos. Como sociedad civil, hay algunas cosas que son bastante obvias o a mí me lo parecen.

En cuanto a todos estos aspectos —y tampoco me quiero alargar mucho más—, les planteo un poco a dónde queremos realmente llevar este proyecto. Este es un proyecto del cual salió un decálogo inicial. Creo que las iniciativas que se plantean en ese decálogo y las líneas de actuación son muy claras. De hecho, preparando esta presentación en días pasados, tal y como lo escribimos, puede parecer que vamos a ser nosotros los que vamos a hacer la implantación de estas actuaciones. Ya nos gustaría, pero entenderán que es bastante imposible que nosotros podamos hacerlo. ¿Qué podemos hacer con esto? Sé que esa reflexión previa nos llevará a que podemos ahorrar ese periodo de reflexión a muchos gestores sanitarios que, de alguna forma, tienen que empezar a acometer determinadas actuaciones y ese camino se lo podemos ahorrar e incluso podemos trabajar más allá en intentar facilitarles luego la implantación. Porque es verdad que hay mucho interés en que algunas de estas cuestiones que están planteadas se pongan en marcha, por lo que seguro que se les puede ayudar. ¿Qué vamos a hacer realmente? Mucho trabajo de difusión, mucho trabajo de estar al lado de los profesionales, de los gestores y de los políticos para que sobre cualquier duda que pueda surgir o sobre cualquier actuación que se pueda plantear hacer nosotros estemos ahí ayudando. Por supuesto les lanzo la invitación. Sé que algunos de ustedes han participado en este documento y les invito a que vayan todos, por supuesto. Que escuchen a los profesionales, que verdaderamente escuchen a los pacientes, porque creo sinceramente que se lo van a poner muy fácil a la hora de priorizar o de tomar determinadas actuaciones. Si tenemos que poner más financiación o cómo va a ser, no se lo puedo decir. Yo, como persona de a pie, me encantaría que hubiera dinero para todo, pero son ustedes los que, de alguna forma, tienen que priorizar dónde ponemos el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 18

dinero y dónde no. Particularmente —y es Borja Smith el que habla—, me encantaría que, si puedo tener una vida más duradera y más satisfactoria, porque no estoy padeciendo un tipo de enfermedad como esta o porque si la padezco se me está tratando de forma adecuada, se pusiese ahí el dinero. Efectivamente, entiendo que esto es un tema sobre el que ustedes tienen que tomar la decisión de qué es lo prioritario en este país. Considero que aquí —en mi modestísima opinión— les estamos poniendo un problema que es muy grande y que cuesta mucho dinero a las arcas públicas. No veamos cualquier actuación que se ponga en cómo la vamos a financiar, sino en cuánto dinero nos vamos a ahorrar. Con esto no sé si les he contestado a todos. Quiero agradecerles muchísimo sus preguntas, la oportunidad que nos han dado de estar aquí y, por supuesto, quiero abrirles las manos para que, en cualquier participación que quieran tener en este grupo, tengan las puertas abiertas y los acogeremos con tremenda alegría.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Smith, por estar aquí con nosotros.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE BIOINNOVA CONSULTING, PULSO VITAL-ALIANZA CARDIOVASCULAR** (Smith Aldecoa): Gracias a ustedes.

— **CONJUNTA DE LA PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CÁNCER DE TIROIDES (SÁEZ SÁNCHEZ) Y DE LA SEÑORA BRETÓN LESMES, ENDOCRINÓLOGA Y MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN, SEEN, AMBAS MIEMBROS DE LA ALIANZA POR LA OBESIDAD, PARA CONTINUAR AVANZANDO EN LAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS QUE SON COMPETENCIA DE LA COMISIÓN, Y ASÍ MEJORAR LA ATENCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD EN ESPAÑA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000258).**

El señor **PRESIDENTE**: La siguiente comparecencia es de doña Irene Breton Lesmes, endocrinóloga y miembro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, y de doña Aránzazu Sáez Sánchez, presidenta de la Asociación Española de Cáncer de Tiroides. Si son tan amables, vengan a la Mesa. **(Pausa).**

Muchísimas gracias por estar aquí con nosotros hoy. Lo que hemos hecho es tener unas intervenciones iniciales de quince minutos, seguida de una ronda de los grupos parlamentarios y de una respuesta de siete minutos.

Tiene la palabra la señora Breton.

Muchísimas gracias.

La señora **BRETÓN LESMES** (endocrinóloga y miembro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, SEEN): Señorías, muy buenos días.

Comparezco hoy ante esta comisión en representación de la Alianza por la Obesidad. Una iniciativa conjunta que reúne a siete asociaciones de pacientes y a seis sociedades científicas que trabajamos por el reconocimiento y la mejora del abordaje de la obesidad en España. Comparezco hoy para trasladarles una realidad sanitaria que no podemos seguir ignorando y es que la obesidad es uno de los mayores desafíos de salud pública en España. No es solo un problema estético de hábitos individuales, sino que es una enfermedad crónica, recurrente y multifactorial y su falta de reconocimiento como tal está limitando gravemente la respuesta sanitaria y política que merece. Esta falta de reconocimiento genera un estigma asociado a la propia enfermedad. Los datos del estudio ENE-COVID indican que el 18,7% de la población adulta en España tiene obesidad y el 10% de los menores. Si consideramos también el sobrepeso, casi el 60% de la población española padece o está en riesgo de presentar obesidad. Esto nos sitúa ante uno de los países europeos con una mayor prevalencia de exceso de peso y una tendencia al alza, que es preocupante. Se estima que, de no actuar con contundencia, en el año 2030 el 37% de la población española tendrá obesidad. Es una enfermedad que afecta a toda la sociedad con consecuencias sanitarias, económicas y sociales. La obesidad no es solo un factor de riesgo, nadie elige tener obesidad, es una enfermedad en sí misma en todas sus etapas y es consecuencia de una alteración de los mecanismos que regulan el balance energético. Afecta a múltiples órganos y sistemas y está relacionada con más de doscientas enfermedades cardiovasculares: la diabetes tipo 2, enfermedades renales, hepáticas, hipertensión e incluso varios tipos de cáncer, por lo que, además de reducir la calidad de vida, reduce la esperanza de vida. Las personas con obesidad viven entre siete y diez años menos que aquellas que tienen un peso saludable.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 19

Señorías, la atención sanitaria para la obesidad en España es insuficiente, desigual y muchas veces ineficaz. No todas las comunidades autónomas tienen unidades especializadas. La coordinación entre los distintos entornos sanitarios no es la adecuada y esto genera una desigualdad en el acceso a la atención clínica. Las listas de espera de cirugía bariátrica pueden superar de media los doce meses, con enormes desigualdades también entre diferentes comunidades autónomas y pueden llegar a más de 1500 días de espera. Estos datos corresponden a estudios que han realizado las sociedades científicas, por ejemplo, la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, porque realmente las listas de espera de cirugía no incluyen datos de cirugía bariátrica. Pensamos que este es un problema importante, porque además no está incluida en el sistema de garantías de tiempos máximos de espera en la mayoría de las comunidades autónomas. Actualmente, ningún tratamiento farmacológico para la obesidad está financiado por el Sistema Nacional de Salud y esto significa que aquellos pacientes que requieren tratamiento médico deben asumir el coste íntegramente, lo que deja fuera, obviamente, a muchas personas que no se lo pueden permitir. El lugar de residencia de la persona que tiene obesidad no puede determinar la calidad de la atención clínica. Según el informe que realizó la propia Alianza por la Obesidad denominado «Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España», hoy en día una persona con obesidad en una comunidad autónoma puede recibir una atención y en otra comunidad una atención radicalmente distinta. Esto genera una desigualdad en la atención sanitaria y perpetúa la cronificación de la obesidad en muchas personas. Es decir, no solo existe un estigma hacia las personas con obesidad, sino un estigma hacia la obesidad en sí misma, como enfermedad crónica, que no recibe la misma consideración que otras enfermedades crónicas.

El impacto de la obesidad no solo se refleja en la salud, porque el coste económico es insostenible, es muy importante —y además está aumentando— y también existe un coste hacia los propios pacientes. En España se estima que representa el 9,7% del gasto total en sanidad. Se estima que genera más de 2000 millones de euros en costes sanitarios directos en España. Esto son algunos datos que constan en nuestro informe: las personas con obesidad tienen un 49% más de riesgo de hospitalización —hemos visto además que, por ejemplo, la obesidad aumenta la gravedad en los casos de COVID, y eso es algo muy reconocido—; aumentan en un 36% el consumo de medicamentos y —un dato puntual, pero muy relevante— aumentan en un 83% la necesidad de consultas en psicología, teniendo en cuenta además la escasez de profesionales que tenemos en este entorno. Desde el punto de vista social, se pierden 479000 jornadas laborales al año, lo que puede reducir el PIB en un 2,9%. Se estima que, si no actuamos, en 2030 el gasto sanitario directo derivado de la obesidad puede aumentar un 58%. Es necesario seguir avanzando en disponer, tanto para la población infantil como para la adulta, de un plan estructural de prevención y tratamiento para impedir que la obesidad siga sobrecargando el sistema sanitario y las arcas públicas. Pero también supone un coste elevado para los propios pacientes, para las personas que viven con obesidad. Se estima que los pacientes deben pagar de su bolsillo un gasto en salud un 30% mayor que las personas que no tienen obesidad. Como comentaba antes, el acceso a tratamientos efectivos sigue dependiendo en gran medida del poder adquisitivo del paciente, lo que agrava la desigualdad en salud.

Señorías, el coste de no actuar es mucho mayor que el coste de invertir en soluciones efectivas. No se puede seguir tratando la obesidad como una cuestión de una responsabilidad individual, es una enfermedad en sí misma, y esto requiere una respuesta estructural, equitativa y coordinada. Desde la Alianza por la Obesidad pedimos la creación de una estrategia nacional de atención integral a la obesidad que tenga un abordaje precoz y atendiendo también al estigma que sufre tanto la obesidad como estas personas y que contemple el reconocimiento de la obesidad como enfermedad crónica en la legislación española; la atención coordinada entre distintos entornos asistenciales, potenciando la atención primaria; la creación de unidades de atención multidisciplinar en todas las comunidades autónomas para realizar un abordaje y un tratamiento integral y efectivo, asegurando un acceso equitativo a endocrinos, dietistas, nutricionistas, psicólogos y expertos en actividad física, entre otros; la financiación también de tratamientos innovadores y la reducción de las listas de espera de cirugía bariátrica; un plan de formación para profesionales sanitarios, para mejorar la detección temprana y evitar enfoques erróneos dentro del propio sistema y, por último, campañas de sensibilización y de prevención dirigidas, no solamente a la población en general, sino también a las empresas y a las administraciones públicas. Señorías, la obesidad es un problema de salud pública de primer orden que requiere una respuesta política y legislativa estructural, pero, más allá de los datos que les he comentado, me gustaría que escuchasen a quienes viven con obesidad cada día.

Doy la palabra a Arantxa Sáez.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 20

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CÁNCER DE TIROIDES** (Sáez Sánchez): Señorías, soy Arantxa Sáez, paciente de obesidad tratada con una cirugía bariátrica y hoy comparezco como representante de las asociaciones de pacientes que integran la Alianza por la Obesidad. No vengo a hablarles de cifras, vengo a hablarles de lo que significa vivir con obesidad en España, de las barreras que enfrentamos día tras día, de la discriminación que sufrimos y del abandono que sentimos cuando buscamos ayuda y no la encontramos. Vivir con obesidad no es solo un problema de salud, es un problema de vida. Es enfrentarse a la fatiga y al dolor, pero no solo de espalda o de rodillas, sino también de la mirada de quienes nos juzgan. Es vivir con miedo al rechazo en el trabajo, en el transporte público e incluso en la consulta médica. Es sentir que cada decisión cotidiana está condicionada por tu peso, desde elegir la ropa que quieres ponerte para salir o acudir o no a una reunión social. Pero también significa cargar con la presión psicológica enorme, que no solo es lo que nos dicen los demás, sino lo que nos decimos a nosotros mismos por tenerla. Nos hacen sentir que hemos fallado, cuando en realidad es que es el sistema el que nos está fallando a nosotros. A las personas con obesidad se nos culpa y se nos juzga por nuestra enfermedad. Nos dicen que es cuestión de fuerza de voluntad, cuando la obesidad es una enfermedad muy compleja, con múltiples factores, más allá de la alimentación o del ejercicio. Pero el estigma no es solo social, sino que también está presente en la sanidad. Ir al médico y que todo se reduzca a un «tienes que adelgazar», sin pruebas, sin exploraciones y sin un plan estratégico que seguir; que se nos trate con condescendencia o que se nos haga sentir culpables por necesitar esa ayuda; que no se nos ofrezcan tratamientos o que los tengamos que pagar de nuestro bolsillo. Aquellos que hemos pasado por una cirugía bariátrica debemos pagar nuestras vitaminas el resto de nuestros días o las cirugías de reconstrucción. Esto tiene consecuencias muy graves, porque la mitad de las pacientes que tenemos obesidad evitamos ir al médico por miedo a que se nos juzgue. Esto significa que hay enfermedades graves que no se detectan a tiempo o que se agravan con el tiempo.

Señorías, el estigma mata. Mata cuando una persona con obesidad no recibe atención médica a tiempo, mata cuando la ansiedad o la depresión nos consumen y mata cuando se nos excluye de tratamientos que podrían cambiar un poco nuestras vidas. La obesidad no afecta solo al cuerpo, sino que también afecta a nuestra mente. Muchas personas con obesidad vivimos con ansiedad, con depresión, con una mala relación con la comida y con miedo a salir a la calle. Nos cuesta encontrar ropa que nos haga sentir cómodos. Nos sentimos observados en los espacios públicos. Sentimos el miedo al rechazo de las personas que viven en una soledad no deseada, porque nadie quiere vivir con ellas. Hay personas que evitan salir de su casa por todo esto. Sin embargo, la salud mental de los pacientes con obesidad sigue siendo la gran olvidada. ¿Cuántos de nosotros hemos recibido apoyo psicológico dentro del sistema sanitario? ¿Cuántos tenemos acceso a una terapia para gestionar la ansiedad o la relación con la comida? Ya se lo digo yo: casi nadie. Porque la atención psicológica sigue sin ser prioridad en el abordaje de la obesidad. Tener obesidad en España además significa pagar más por seguir viviendo. Los pacientes con obesidad gastamos un 30% más en salud que las personas que tenéis normopeso. Si queremos un tratamiento adecuado muchas veces tenemos que recurrir a la sanidad privada. Si necesitamos una cirugía enfrentamos listas de espera interminables, mientras que en otros sitios esa lista de espera es menor. Lo más grave es que el acceso a los tratamientos farmacológicos sigue dependiendo del poder adquisitivo del paciente, lo que aumenta aún más el estigma y la desigualdad. Esto no es justo y la salud no debería depender del dinero que tenemos cada uno.

La obesidad también nos cierra puertas en el ámbito laboral. Se nos descarta en entrevistas de trabajo sin darnos la oportunidad de poder demostrar nuestra valía. Nos asignan puestos con menor visibilidad. No podemos tener oportunidad de promoción. Nos enfrentamos a comentarios despectivos o paternalistas. Un 44% de las personas con obesidad que respondieron a nuestra encuesta del informe habían sufrido discriminación en entrevistas laborales o en sus entornos de trabajo. Esto no es solo injusto, sino que agrava la situación. Porque, si no podemos acceder a un empleo digno, cómo se supone que vamos a cuidar de nuestra salud o paganos los tratamientos que necesitamos.

No vengo a pedir caridad ni buenas intenciones. Venimos a solicitar soluciones, queremos un acceso equitativo a los tratamientos. Queremos que los profesionales sanitarios nos comprendan y nos ayuden a encontrar esa solución que necesitamos. Queremos que el sistema de salud esté preparado para atendernos sin barreras ni prejuicios. Por eso nuestra propuesta para esta comisión es clara: garantizar el acceso equitativo a tratamientos en todo el territorio nacional —no puede ser que el código postal determine si una persona recibe o no un tratamiento para la obesidad—; reducir las listas de espera excesivas para la cirugía bariátrica; poder acceder a tratamientos farmacológicos financiados, y acabar

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 21

con el estigma del sistema sanitario, del ámbito laboral y de la sociedad. Dedicación y respeto para las personas con obesidad.

Señorías, es hora de actuar. La obesidad no es una elección, pero tratar de mejorar nuestra situación sí que lo es y está en sus manos. Quiero agradecerles las iniciativas que están en marcha y solicitarles que sigan avanzando en ellas.

Muchísimas gracias por su atención. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Empezamos el turno, respetando el orden habitual a menos que alguien necesite intervenir antes. Grupo Parlamentario SUMAR, por favor.

La señora **RECAS MARTÍN**: Hola a las dos.

Muchísimas gracias.

La verdad que habéis puesto sobre la mesa dos temas, por una parte, cuando ya está la obesidad, cuando ya está la enfermedad y, por otra parte, la prevención y la promoción. Para mí hay varias cuestiones. Que es un problema de salud pública, creo que todos lo tenemos claro. Que el estigma es importantísimo. Que las responsabilidades individuales que solemos cargar, tanto el sistema como los profesionales sanitarios, en la persona es algo que hay que trabajar desde las guías clínicas y por parte de los multiprofesionales en cualquier estrategia que se haga. Yo creo que ahí todavía nos queda mucho por hacer. De desigualdad aquí hablamos mucho, de la desigualdad en los territorios, de por qué si vivo en Madrid tengo acceso a unas cosas diferentes que si vivo en Andalucía o en La Rioja. Ese es un reto que tenemos que trabajar entre todos, y no hay mayor oportunidad que un consejo interterritorial y un trabajo con el ministerio para ponernos de acuerdo en muchas cosas; porque, una vez en el consejo interterritorial, la gente se pone de acuerdo, porque en las cosas importantes —y esta es una enfermedad importante— al final conseguimos consensos.

Mi primera pregunta está relacionada con un aspecto del que creo que cada vez se habla más, cada vez se habla más de romper con el estigma, con más éxito o con menos éxito; es verdad que a veces las campañas no han sido las más adecuadas. Y os quería preguntar si notáis que en los últimos años se ha hecho un trabajo importante para la desestigmatización de todos estos temas, es decir, si vosotras habéis notado que hay alguna clase de cambio, alguna clase de esperanza trabajando en las campañas de sensibilización.

Por otra parte, quería destacar el tema de la prevención, y la prevención sobre todo de la obesidad infantil. No sé si sois conscientes de que ahora mismo en el Ministerio de Sanidad hay un plan muy potente, el PENROI —seguro que estáis ahí metidas porque yo creo que todas las sociedades o alianzas están ahí trabajando—, donde se pone manifiesto que depende de dónde nazcas o de qué familia o qué escuela o qué entorno te toquen tienes más posibilidades —el doble— de tener obesidad a lo largo de tu vida. Se están trabajando muchísimos puntos importantes y participan más de quince ministerios, sociedades científicas, Gasol también está por medio, están todos trabajando para intentar la prevención de la obesidad desde diferentes partes. Están las escuelas promotoras de la salud, las ciudades saludables. Si yo no tengo espacios verdes para poder hacer ejercicio..., si yo no tengo una escuela donde haga una alimentación saludable..., si yo no tengo un patio donde poder hacer ejercicio... Está en marcha un real decreto para comedores escolares. Todo ese tema de la promoción y de la prevención nos parece importantísimo y se está trabajando.

Sin embargo, os quería preguntar sobre qué obstáculos creéis que este ambicioso PENROI —que ojalá salga todo bien— puede encontrarse con estos temas.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Grupo parlamentario VOX, por favor.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Sí, gracias presidente.

Muchas gracias, doctora, y sobre todo muchas gracias, señora Sáez, por su intervención, porque creo que esas intervenciones tan valientes son las que nos pueden hacer reflexionar sobre el problema.

Para nuestro grupo, la obesidad debería ser una de las principales preocupaciones de la salud pública en España, teniendo en cuenta además que su prevalencia está aumentando de manera alarmante y que se está convirtiendo en un factor de riesgo —como ya ha comentado la doctora— para distintas enfermedades crónicas y complejas. Evidentemente, las personas con obesidad tienen un mayor riesgo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 22

de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión, cáncer o trastornos respiratorios, entre otros. Pero, según he entendido —y de nuevo agradezco la intervención—, creo que todo esto, a parte de aumentar esa mortalidad prematura que usted valoraba en siete o diez años, además genera problemas emocionales y psicológicos la depresión y la ansiedad, que todavía agravan más la situación de salud de los afectados. Nuestro grupo presentó la legislatura pasada una proposición no de ley sobre la creación y desarrollo de un plan estratégico de abordaje integral de la obesidad —que no sé si tuvo usted el tiempo o el gusto de leerla— donde ya abogábamos, entre otras cosas, por el abordaje integral de la obesidad en atención primaria, por la creación de unidades de obesidad en centros de especialidades específicos y no asimilables a otras patologías, así como unidades de obesidad hospitalarias. Y esto es muy importante —creo que lo hemos dicho ya en varias ocasiones—, la creación de unidades específicas de cirugía bariátrica con dos técnicas principales: la manga gástrica y el baipás gástrico. Usted lo ha comentado antes —incluso alguno de los intervinientes de otros partidos—, estamos hablando siempre de la equidad, pero es que es algo obvio. Con todos mis respetos —y que no suene a tono enfadado— para nosotros esto de hablar del consejo interterritorial y de todos estos rollos no vale; para nosotros está la competencia de sanidad —si no total, revertida— a un Gobierno unificado o central en algunas enfermedades. Esta es una de ellas, lo hemos dicho muchas veces: la obesidad, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares. Esto no funciona. A ver si alguien se da cuenta de una vez de que esto no funciona tal como lo tenemos ahora mismo parido.

Además, en esta legislatura hemos hablado también de una proposición no de ley relativa a prevenir y combatir el sobrepeso y la obesidad en menores. Sobre este punto le pregunto, doctora, dígame una acción, una —si no le pido más, una— que consideraría prioritaria para que se reconociera a nivel político la obesidad como una patología importante e integral; una acción política, si me la puede decir. Y yo ya le he dado una pista. Desde el punto de vista del sistema sanitario, la obesidad, sin ninguna duda, es una carga económica significativa, que, como bien ha dicho usted, va a más. Creo recordar que ha dicho usted que hay cálculos de un 50% de evolución. Claro, por los costes asociados y por la presión sobre los recursos públicos. En este sentido quiero hacerle una pregunta también concreta, ¿cómo cree usted que podríamos abordar la colaboración entre los sistemas sanitarios públicos y privados para intentar optimizar los recursos y mejorar la atención a los pacientes con obesidad? Fundamentalmente me gustaría su opinión en los tratamientos quirúrgicos, de los cuales ya he comentado nuestra posición.

Finalmente —no quiero alargarme mucho más—, es evidente que tenemos una falta de recursos en investigación, en prevención. De dietas no voy a hablar, aunque es algo importante. Hablábamos mucho de dietas, hablábamos de hábitos saludables en esa proposición que le he dicho que nosotros hemos presentado. En la anterior intervención hablábamos de enfermedades cardiovasculares y ha sido un poco concreto. Si tuviera que elegir una acción en las edades tempranas para prevenir ese sobrepeso, dígame cuál sería. Ya sé que hay muchas, pero dígame la que usted considera más importante.

Para concluir reitero que para nosotros la obesidad es una preocupación, lo hemos demostrado en las iniciativas. No dude de que puede contar con nuestro grupo en cualquier batalla en la que sigan por impulsar estas políticas públicas que aborden este problema porque, desde nuestro punto de vista, este problema de la obesidad necesita una atención integral y, sin duda, en el futuro se va a convertir desgraciadamente en uno de los retos del sistema sanitario.

Muchas gracias a las dos.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Sáinz.

La señora **SÁINZ MARTÍN**: En primer lugar, quiero agradecer su comparecencia, la de ambas. También me gustaría agradecer la creación de la Alianza por la Obesidad que se presentó el año pasado aquí, precisamente en esta casa representativa de la ciudadanía.

Quisiera hacerle una serie de reflexiones. La obesidad es una enfermedad, pero es una enfermedad no asumida que socialmente tiene una cantidad de barreras de gran calibre. Y lo digo ya desde mi experiencia profesional y médica y como especialista en medicina preventiva porque, fíjense, hace treinta años, en un congreso mundial en Australia, relacionado con la prevención y la promoción de la salud, los médicos y profesionales norteamericanos ya vinieron contando las grandes dificultades que tenía el Estado Federal en Estados Unidos para luchar contra esta epidemia silenciosa que es la obesidad. Ustedes saben muy bien, por todo lo que nos han contado y todo lo que podemos saber desde la literatura médica y científica, que agrava muchísimas patologías. Por eso precisamente ha sido tan importante poner en marcha el plan de prevención de la obesidad infantil, pero queda una parcela importante y es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 23

que mucha de la obesidad comienza en esa relación intrafamiliar en relación con la comida y el mundo de los afectos. Es una cadena que se autorrecicla porque es una patología poliédrica y en el momento en que sale a la sociedad incluso hay una gran resistencia por parte de muchas personas obesas, que no asumen que están enfermas y que necesitan pedir ayuda al sistema sanitario.

Luego podemos medir desde el sistema sanitario todas las carencias que puede tener ante una supuesta demanda, desde las unidades bariátricas —que no en todos los hospitales se tienen, ni siquiera la intervención multiprofesional que debe tener esta patología—, no solamente la endocrinología o la nutrición, sino que también la enfermería nutricionista es escasísima. Cuando hablamos de obesidad y del problema de la obesidad como una enfermedad, efectivamente tenemos que abordar muchísimos aspectos. Desde el Grupo Parlamentario Socialista, claro que queremos ayudar, queremos intervenir de alguna manera para favorecer que la sociedad sea más sensible y pueda romper la resistencia en relación con la patología. Y, de esa manera, ver que efectivamente es una enfermedad que tiene una parte de prevención y de promoción, pero cuando tiene una epigenética o incluso unos factores genéticos, ahí ya el sistema sanitario tiene que entrar de lleno para esa atención. Mis reflexiones van a esa dirección, cómo ustedes podrían orientarnos para seguir ayudándoles en esa alianza de obesidad que ustedes presentaron aquí para hacer visible esa contradicción social. Por un lado, que la obesidad es una patología, la obesidad y que la gran masa de la población donde tenemos que empezar a abordar la prevención y la promoción es precisamente la que cumple con todos esos pequeños indicadores que tenemos de sobrepeso. Ahí a lo mejor sí que podríamos intervenir de alguna manera, porque realmente la obesidad como patología hay que abordarla desde un punto de vista clínico y multiprofesional y en hospitales muy especializados para atenderlos adecuadamente.

Así lo vemos. Entonces, sí que me gustaría que en estas reflexiones genéricas que ha presentado el Grupo Parlamentario Socialista —porque incluso el tema de la farmacopea se está poniendo de moda y no precisamente por la enfermedad, sino por la estética— nos demos cuenta de que tenemos una contradicción de una sociedad bastante desarrollada como la nuestra, bastante rica, pero que desconoce y que además oculta la obesidad como enfermedad.

Muchísimas gracias.

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

La señora **SÁNCHEZ TORREGROSA**: Muchísimas gracias y bienvenidas a su casa.

Ha sido un placer escucharlas a las dos desde un punto de vista más técnico y sobre todo desde la piel de un enfermo que ha sufrido la obesidad en primera persona. Por supuesto, quiero darles las gracias no solamente por las palabras que nos han transmitido, por su exposición, por todos los datos que nos han aportado, sino sobre todo también por el gran trabajo que hacen en Alianza por la Obesidad. Hace un año prácticamente presentaron esas doce propuestas a todo el Congreso y allí estuvieron presentes compañeras del Grupo Parlamentario Popular; hemos seguido muy de cerca ese trabajo y sobre todo nos hemos quedado con esa visión que nos trasladaron. En palabras del doctor Albert Lecube, cuando decía que una persona no escoge tener obesidad, sino que la enfermedad la elige. Por ello, todos los ciudadanos debemos ser conscientes de que cualquier día —por un problema hormonal, por una medicación concreta, por una enfermedad sobrevenida— podemos ser enfermos por obesidad.

Presidenta, decía usted que en España más del 60 % de la población tiene obesidad o sobrepeso o se encuentra en proceso de poder tener esa enfermedad. Debido a la preocupante tendencia al alza de la obesidad, su significativo impacto tanto en el sistema sanitario como en la economía y sobre todo su repercusión negativa en la calidad de vida de los pacientes, sin duda la obesidad se erige hoy como uno de los grandes desafíos de la salud pública española. Tenemos que ser conscientes de que la obesidad hoy conlleva, como usted ha confirmado, un 9,7 % del gasto total en atención sanitaria, reduce la productividad laboral y, si no se frena el alza de esta enfermedad, en 2030 la obesidad supondrá un sobrecoste de 3000 millones de euros. Y, como usted ha dicho, es mucho más económico pararla hoy e invertir hoy que gastar en los problemas que eso puede repercutir a toda la sociedad.

Desde el Partido Popular consideramos que se debe combatir la obesidad a través de un enfoque integral de esta enfermedad para mitigar el impacto en la salud y buscar el bienestar de las personas afectadas, teniendo en cuenta, por tanto, que se debe considerar siempre desde un punto de vista totalmente transversal que debe estar presente en todas las políticas si de verdad queremos conseguir reducir unos índices como algunos de los que se han señalado, que son verdaderamente dramáticos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 24

Al Grupo Parlamentario Popular le preocupa la que consideramos una de las epidemias de nuestro siglo y por ello hace un año impulsamos desde esta comisión una proposición no de ley relativa a la mejora en la prevención y la reducción de la obesidad desde los ámbitos sanitario, social y educativo, que incidía en esa transversalidad de la que le hablaba. Proposición no de ley que fue aprobada por unanimidad en esta comisión, es decir, por todos los miembros de la comisión, pero que tristemente el Gobierno de España una vez más, como todas, ignora la PNL aprobada en esta comisión y en el resto. Por ello, necesitamos —sí, y así lo reivindico— que desde el Ministerio de Sanidad se tomen muy en serio esta enfermedad. Las cifras nos dicen que es insuficiente la apuesta por parte del ministerio y que es necesario mejorar. Siempre llegan tarde y los casos y las cifras que ustedes aquí nos han dado, así como los casos individuales que viven tantísimas personas en este país dan fe de que vamos tarde. Y buscando siempre esa mejora y ser útiles a la sociedad, no quiero perder la oportunidad de profundizar en un tema tan importante. Nadie mejor que ustedes nos pueden aconsejar y por ello les pregunto hoy, 18 de febrero del 2025, ¿cómo consideran que pueden avanzar en reducir los índices de obesidad en nuestro país? ¿Dónde consideran ustedes que está el margen de mejora? Es verdad que nos han hablado y hemos tomado nota de todas las propuestas que nos han hecho ambas, pero si se tuvieran que quedar con lo más importante, ¿dónde tenemos que incidir desde el Legislativo para trasladarlo al Ejecutivo? En el Grupo Popular nos gustaría tener su punto de vista.

Y luego les pregunto, ¿es una cuestión de recursos humanos quizás o es una cuestión de recursos económicos? Es verdad que no podemos mirar para otro lado; hace dos años casi que no tenemos unos presupuestos. Y, siendo sensibles a los graves problemas de obesidad que tienen muchos niños y adolescentes con problemas de salud mental, dando voz a muchas familias que ven cómo determinados medicamentos implican un aumento considerable de peso en esos adolescentes y niños que sufren problemas de salud mental, ¿cuál es su punto de vista al respecto? ¿Cómo podemos ayudar aquí?

Por último, hay evidencia de la efectividad de determinados tratamientos —tirzepatide y semaglutide, por ejemplo— que en algunos casos han sido aprobados en pacientes de obesidad y con morbilidades como diabetes, y los estudios demuestran una eficacia con una reducción de peso desde el 15 al 22%. ¿Consideran ustedes que hay que financiar estos fármacos? ¿Tienen estudios de cuánto supone en coste económico para el Estado? ¿Cuánto podría ahorrarse el Estado en ingresos, bajas laborales, problemas de salud mental, uso de otros fármacos o pensiones por jubilaciones anticipadas?

Gracias, de verdad, por poner otra vez el foco en un problema de salud que afecta cada día a más personas porque, si no somos capaces de parar, todas las personas desde nuestro pequeño lugar en el mundo —incluidos los miembros de esta comisión— tenemos que ser conscientes que cualquier día, mañana mismo, podemos padecer la obesidad.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señorías.
Tiene la palabra la señora Bretón.

La señora **BRETON LESMES** (endocrinóloga y miembro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, SEEN): Muchas gracias, señorías.

A ver si soy capaz de dar respuesta a sus preguntas. Les agradezco mucho la atención a este tema y que hayan formulado tantas preguntas. Espero ser capaz de dar respuesta, he tomado algunas notas.

En primer lugar, responderé a la representante de SUMAR. Agradezco su intervención que, además, ha tocado dos puntos muy importantes: el estigma y el plan, el PENROI. Tuve la oportunidad de participar cuando dependía de alto comisionado y ahora me acabo de incorporar de hace dos días y ya hemos dado respuesta para incorporarnos en el comité asesor. O sea, sí que conozco ese plan y estuve en varias reuniones.

En cuanto al estigma, el estigma es consecuencia del desconocimiento, y todavía nos queda. Si hay una frase, es que de verdad es consecuencia del desconocimiento. Es cierto que hemos notado —e igual Arantxa nos puede decir mejor— que en las personas con obesidad puede haber cierta reducción del estigma, pero igual de una manera equivocada. Es decir, que pueden pensar: yo soy así y no hay que hacer ninguna intervención. Sin embargo, estamos obviando que esto supone un riesgo muy importante para la salud. Yo creo que sigue habiendo mucho estigma en el entorno sanitario, sigue habiendo, sí, porque todavía no se entiende bien que la obesidad es realmente una enfermedad, que hay una alteración de los mecanismos que regula el peso corporal, con un trasfondo biológico que llega a ser de hasta 70 %

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 25

y, sin embargo, se traslada toda la responsabilidad a la propia persona. Y eso no debe ser así. Yo creo que todavía nos queda mucho camino y especialmente en el entorno sanitario.

Y en cuanto a qué obstáculos vemos a la implantación del PENROI, la verdad es que es un programa muy, muy ambicioso. Partiendo de que desconozco todo lo relativo a las Administraciones, competencias y tal —que ustedes conocen mucho mejor el papel de cada cual—, eché un poco de menos —lo digo con sinceridad— cuando estuve participando en las reuniones mientras dependía del alto comisionado, eché un poco de menos una evaluación basal de qué se estaba haciendo ya en comunidades autónomas. Yo creo que es muy importante y, visto desde fuera —yo llevo dedicada a la obesidad más de treinta años y he tenido trato con Administraciones y formo parte de algún comité—, da la sensación de que hay muchas cosas que se están haciendo muy bien, pero que hay una enorme falta de comunicación, o así lo percibimos. Igual no es así, pero así lo percibimos; las comunidades autónomas hacen cosas muy interesantes —la Comunidad Autónoma vasca, por ejemplo, tiene un plan fabuloso de obesidad infantil— y que quizá no se tuvieron en cuenta de una manera adecuada al diseñar el plan. Creo que ahora tenemos la oportunidad de salvar ese obstáculo por el que usted me preguntaba para poder avanzar más, teniendo en cuenta lo que ya se está haciendo, tanto en las comunidades autónomas como en ayuntamientos como en otros entornos.

Muchas gracias, representante de VOX, por sus comentarios y por sus preguntas, espero saber contestar también porque han sido varias. Las he ordenado un poco de manera diferente. A mí me parece que el papel de la coordinación con la atención primaria es fundamental. Estamos hablando de una enfermedad que afecta, en números redondos, aproximadamente al 20% de la población, porque la prevalencia estaba basada en el IMC y no en el porcentaje de grasa. O sea que, si consideramos porcentaje de grasa, afecta al 20%. Estamos dándole una asistencia muy parecida a la que se da en enfermedades poco prevalentes, de «venga usted en cuatro meses». Y eso no debe ser así. Por eso la coordinación con la atención primaria es absolutamente fundamental y estamos trabajando en ello. Pero no solo con la atención primaria, sino con cualquier profesional sanitario que atiende a una persona con obesidad, sea de la especialidad médica que sea y sea en el entorno asistencial que consideremos. Da igual ginecología que traumatología, debe haber un adecuado conocimiento y unas vías de comunicación que eviten duplicidades. Hay que hacer los procesos más sencillos. En sanidad, en mi opinión como clínico, hay que hacer todo un poco más sencillo porque, si no, va a ser muy difícil. Hay que intentar evitar redundancias.

Me preguntaba por una única acción que pudiera ayudar a prevenir la obesidad en la infancia. Hay que tener en cuenta que el impacto de la genética sobre la obesidad está entre el 40 y el 70%. En ese sentido, son muy importantes los primeros años, los primeros mil días de vida. Esos primeros días son importantísimos porque es cuando se va a modular el metabolismo. Ya no solo son nuestros genes, son cuestiones epigenéticas que se van modulando en el útero materno y también en los primeros días de vida. La atención en la infancia, en la etapa precoz, es muy importante porque allí incide lo biológico. Luego ya entra lo social, los colegios, y allí todos los planes para identificar precozmente a estos niños que tienen un mayor riesgo de desarrollar obesidad son muy importantes. No sé si he dado respuesta.

Preguntaba también por la coordinación público-privada y también por cómo podíamos hacer especialmente con la cirugía de la obesidad. La cirugía de la obesidad, curiosamente, no está contemplada como una cirugía que realmente tenga un sentido médico. Y con eso doy respuesta a la otra pregunta, me preguntaba por una única acción que hiciera reconocer la obesidad como enfermedad. Yo creo que aquí si tuviéramos un plan, una estrategia nacional que pusiera negro sobre blanco que la obesidad es una enfermedad como tal, no tendría sentido que los tratamientos no estuvieran en las listas de espera que formalmente da el ministerio sobre listas de espera en las comunidades autónomas. Si yo tuviera que pedir algo, pediría que el ministerio, a través del consejo interterritorial o como corresponda, solicite a las comunidades autónomas información sobre las listas de espera de cirugía bariátrica y que sean transparentes para todos los ciudadanos. Y luego ya se verá, y verán ustedes y las Administraciones, cómo se puede organizar en cada territorio. Porque sí les diré que, de acuerdo con la información informal que tenemos, por lo que nos han contado los cirujanos, hay una enorme desigualdad entre diferentes territorios. Entiendo que cada territorio tendrá que solucionar su problema como pueda, pero primero creo que los datos deben ser visibles. Y no sé si tengo alguna cosa más que contestarle.

En cuanto al Grupo Socialista, agradezco mucho la intervención también. Me preguntaba qué podríamos hacer. Yo creo que todos debemos saber de obesidad. Es muy importante. Todos los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 26

profesionales sanitarios deben conocer que la obesidad es una enfermedad y hay que abordarla de una manera mucho más coordinada, tanto desde el punto de vista preventivo como desde el punto de vista de la actuación terapéutica. Sí considero interesante, también desde el punto de vista de mezclar la salud pública con la atención clínica, ser capaces de evaluar el riesgo. Hay personas que tienen riesgo mucho más precoz de desarrollar complicaciones como diabetes, y otras personas que tienen un riesgo menor. Y yo creo que ahí sí que es importante que podamos disponer de herramientas. He tenido oportunidad de escuchar antes un poco de la intervención anterior y diré al respecto que tener un sistema en el que tengamos suficiente interoperabilidad nos pueda ayudar a hacer visible esta enfermedad. Como dato les comento que en la sociedad de tecnología de nutrición hicimos un estudio de 14 millones de ingresos y solamente estaba codificado al alta no llegaba al 6%. Entonces, si la obesidad no es visible, será mucho más difícil abordarla; tenemos que hacer visible la obesidad.

En cuanto a dotar de medios personales, por ejemplo, en el caso de las dietistas nutricionistas, la incorporación en el sistema público en España es tremendamente dispar entre diferentes comunidades autónomas. Y ahí yo sí que creo que se debería, desde las Administraciones, intentar que esto no sea así.

Y, ya para terminar, agradezco mucho la intervención y sobre todo también la atención que están dedicando a nuestro trabajo. ¿Hacen falta recursos? Obviamente sí, pero yo creo que hacen falta recursos de manera coordinada. Eso es muy importante porque hacen falta recursos y hace falta evitar también duplicidades. Hace falta recursos humanos, hablábamos de dietistas nutricionistas —es importantísimo incorporarlos en los sistemas sanitarios—, hacen falta recursos económicos, obviamente, porque esto no es un gasto, esto es una inversión. Y realmente nos preguntaban si conocíamos el impacto presupuestario del tratamiento farmacológico de la obesidad. Yo lo desconozco, pero creo que hay que evaluarlo, que se debe evaluar por dónde empezamos. Si esto es un tratamiento sobre si se considera la obesidad como una enfermedad negro sobre blanco, habrá que ver cómo se trata y también habrá que hacer visible la lista de espera en diferentes comunidades autónomas porque en el próximo informe que está a punto de salir, supongo que será el del segundo semestre de 2024, no está recogida la cirugía bariátrica, y eso no debe ser. Asimismo, habrá que conocer el impacto presupuestario, y a quien corresponda, que supongo que será la Dirección General de Cartera, que vea cómo lo organiza y de qué manera se puede empezar a invertir en esto porque entiendo que en una enfermedad que afecta a un porcentaje tan importante de la población no podrás llegar al principio a todo, pero habrá que ver cómo se va organizando.

No quiero restarle tiempo a mi compañera para que pueda también intervenir.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CÁNCER DE TIROIDES** (Sáez Sánchez): Muchísimas gracias.

Bueno, yo no puedo hacer otra cosa más que felicitar a Irene porque son muchos años trabajando con pacientes con obesidad. Quiero mostrar mi agradecimiento a todos ustedes porque he tenido la oportunidad de observar todas las preguntas que se hacen en el Congreso y las proposiciones no de ley, y sé que se está trabajando en ello, pero, como podéis ver, a los pacientes no nos llega, no tenemos esa sensación de que si tú necesitas acudir a un profesional te va a poder dar la respuesta que tú demandas; veo que siempre llegamos tarde y sin recursos.

Hemos conocido el plan de obesidad infantil, y yo me alegro porque de aquí a quince o veinte años a lo mejor no tenemos pacientes obesos porque hemos invertido en prevenir la obesidad. El problema ahora lo tenemos los pacientes con obesidad porque no estamos recibiendo el tratamiento, no podemos acceder a los tratamientos que nos corresponden, por lo que, en primer lugar, como dice Irene, la enfermedad de la obesidad debería ser considerada como una enfermedad crónica y estar dotada de un plan estratégico, con profesionales expertos en tratarla y en unidades donde nos sepan guiar y aconsejar. Financiar los tratamientos, sí, pero ¿quién los va a prescribir? ¿Cómo se prescriben actualmente? Como no hay un tratamiento específico porque la obesidad no es una enfermedad, sino que se considera un problema estético, se están dando recetas de un medicamento que a lo mejor no está indicado para lo que ese paciente está solicitando. Es importante que la obesidad sea considerada como una enfermedad, que tenga un plan detrás, un presupuesto asignado y que el paciente sienta que se le va a tratar como si padeciera otra patología como los miles que hay en España bien tratadas.

Nosotros tenemos la sensación de que somos pacientes de segunda, de tercera o de cuarta; hay lugares donde se trata bien, y eso también lo valoro. Yo me siento afortunada porque he tenido mi

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 265

18 de febrero de 2025

Pág. 27

tratamiento, continuó en seguimiento y me siento una paciente comprendida y acompañada, pero muchos de mis compañeros no, y esto es lo que vengo a poner de manifiesto: esa desigualdad, esa inequidad, porque una persona no puede ir con miedo a pedir un tratamiento.

Gracias. **(Aplausos)**.

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

Antes de finalizar, quiero decirles que a las cinco y media tenemos una cita en Registro para firmar la declaración conjunta sobre el cáncer. Lo pasaremos a la firma mientras estamos en el Pleno y a las cinco y media, si le parece bien a todo el mundo, pasamos a registrarla.

Muchísimas gracias.

Se levanta la sesión.

Era la una y tres minutos de la tarde.

cve: DSCD-15-CO-265