



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2025

XV LEGISLATURA

Núm. 311

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 23

celebrada el jueves 10 de abril de 2025

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- | | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| — Relativa a la creación con carácter de urgencia de la especialidad de Genética Clínica. Presentada por el Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente 161/001503) | 2 |
| — Para crear un plan integral de protección de la salud mental infantil y juvenil frente a los efectos psicológicos causados por la dana en Valencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001577) | 5 |
| — Relativa a la integración en la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, SNS, de los colectivos pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y a la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), junto con los recursos monetarios correspondientes según la Estadística del Gasto Sanitario Público. Presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. (Número de expediente 161/001601) | 8 |
| — Sobre una regulación normativa específica de las asociaciones de pacientes. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001625) | 12 |
| — Para ampliar la jubilación activa mejorada para especialistas en Medicina de Familia y Pediatría de Atención Primaria. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001634) | 15 |
| — Para impulsar la diálisis domiciliaria. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001769) | 19 |

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 2

— Relativa a la consecución de avances reales en la prevención y en la reducción de las agresiones a profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001879)	22
Proposiciones no de ley. (Votación)	26

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

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A LA CREACIÓN CON CARÁCTER DE URGENCIA DE LA ESPECIALIDAD DE GENÉTICA CLÍNICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VOX. (Número de expediente 161/001503).**

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

Informamos de los tiempos: el portavoz del grupo parlamentario autor de la iniciativa, cinco minutos; para la defensa de las enmiendas, tres minutos; para la fijación de posición, otros tres minutos.

Empezamos con la primera: Proposición no de ley relativa a la creación con carácter de urgencia de la especialidad de Genética Clínica, del Grupo Parlamentario VOX. Tiene la palabra su portavoz.

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

La iniciativa que traemos hoy aquí es una iniciativa impulsada por un colectivo que viene reclamando desde hace mucho tiempo la creación con carácter de urgencia de la especialidad de Genética Clínica. Es decir, no es una iniciativa de VOX, simplemente, somos el hilo conductor de una asociación y de muchos profesionales de España que vienen reclamando esta cuestión. De hecho, quiero agradecer directamente a Ismael Ejarque la oportunidad que nos ha dado de conocer más a fondo esta especialidad, la necesidad de esta y todas las ventajas que tiene. Sin embargo, vemos que España se ha vuelto a quedar detrás, porque España —y cito lo que nos ha comentado este especialista— es el único país de la Unión Europea sin una especialización sanitaria en genética. La genética es utilizada para el diagnóstico en todas las etapas de la vida, para el tratamiento personalizado de enfermedades raras y comunes, para la predicción y prevención a través del asesoramiento genético, y también nos indica que el 80 % de las enfermedades raras tienen causas genéticas. Por ello, es muy importante la creación de las dos especialidades de Genética para su abordaje: Genética Médica y Genética de Laboratorio. Oficialmente, no hay especialización reconocida en España que regule la profesión. Además, hay que tener en cuenta que protege y garantiza la asistencia que reciben los pacientes de manera equitativa. No tener todavía aprobadas en España las especialidades de Genética Médica y Genética de Laboratorio supone un perjuicio para millones de pacientes, es una debilidad para el Sistema Nacional de Salud y una amenaza para su sostenibilidad. La falta de profesionales en estas especialidades retrasa diagnósticos, dificulta la prevención de nuevos casos y no garantiza que todos los profesionales sanitarios que prestan asistencia a los pacientes en este ámbito estén adecuadamente cualificados. España no puede seguir siendo el único país de la Unión Europea sin especialidades sanitarias en Genética. En la exposición de motivos pueden ver perfectamente que países como Portugal, Francia, Alemania, Reino Unido, Países Bajos, Suecia, Italia y Finlandia —por citar solamente algunos— han tomado la delantera y ya tienen la especialidad en su sistema de formación sanitaria.

La genética es una herramienta imprescindible en la medicina moderna. Permite personalizar tratamientos a través de farmacogenética, mejora la precisión de diagnósticos en enfermedades como el cáncer o las patologías neurodegenerativas y se mejoran muchos problemas de salud gracias a la prevención genética. También es esencial en medicina reproductiva, en medicina fetal y en múltiples especialidades clínicas. Sin embargo, en nuestro país seguimos sin reconocer oficialmente las especialidades de Genética Médica y Genética de Laboratorio. Como ya he dicho, esta ausencia supone un perjuicio para millones de pacientes, es un lastre para el desarrollo científico sanitario de España y es también una amenaza para la equidad y sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. Mientras el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 3

resto de Europa avanza hacia una medicina de precisión, nosotros seguimos sin regular ni ordenar una actividad que se presume clave. Como he dicho antes, sin especialidades reconocidas no hay garantías de que se realicen pruebas genéticas a pacientes con profesionales cualificados y, lo más grave, se produce ese retraso de diagnóstico, esa falta de prevención y la limitación al acceso de terapias dirigidas, muchas de ellas ya disponibles, pero que, en España, por desgracia, no están al alcance de los ciudadanos.

En VOX pensamos que es hora de actuar ya, no podemos esperarnos a final de año o al año que viene. Por eso, impulsamos esta proposición no de ley, hecha *ad hoc*, como he dicho antes, con los profesionales que están defendiendo y luchando durante muchos años para que estas especialidades salgan adelante. Exigimos al Gobierno el reconocimiento inmediato de las especialidades sanitarias de Genética Médica y Genética de Laboratorio por justicia, por equidad y por el derecho de todos los ciudadanos a una medicina de calidad y del siglo XXI. El voto favorable para esta iniciativa o, en su caso, la abstención permitirían acelerar esta cuestión, mostrar que estamos de acuerdo con nuestros profesionales y, sobre todo, dar luz y esperanza a todos esos pacientes y familiares de personas con enfermedades raras, ya que, como he dicho antes, el 80% de las enfermedades raras son causa de enfermedades genéticas. Y recuerdo que siempre que tratamos aquí las enfermedades raras nos ponemos al lado de quienes las sufren. Esta herramienta es una herramienta más para luchar por acabar de una vez por todas con esas enfermedades raras y que dejen de serlo y, sobre todo, para dar luz y esperanza a esos pacientes que muchas veces ven como sus casos son incurables.

Muchas gracias.

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

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

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

Buenas tardes, señorías. El Grupo Parlamentario Popular lleva mucho tiempo desarrollando un exhaustivo trabajo de conocimiento, de entendimiento y colaboración, siempre sin desviarnos de nuestro posicionamiento, pero con la idea de contribuir a ayudar en el proceso a las distintas asociaciones u organizaciones médicas que están implicadas en un reconocimiento oficial de su especialidad.

En el caso de esta proposición no de la ley, presentada por el Grupo Parlamentario VOX, el Grupo Popular va más allá de lo que suscribe la propia PNL y, por eso, hemos presentado una enmienda al texto expuesto. Y lo hacemos por un doble motivo: primero, por ser coherentes con nuestro planteamiento político y, segundo, por ser convergentes con lo que solicita la Asociación Española de Genética Humana. Como antecedente, hay que recordar que dicha solicitud cumplió cinco años el año pasado, y el 5 de diciembre el Sistema Nacional de Salud, la Comisión de Recursos Humanos del consejo interterritorial del mismo, aprobó la creación de las especialidades de Genética Médica y Genética de Laboratorio. Esto es un hito muy importante, pero no es definitivo, y así lo matizó la presidenta de la Asociación Española de Genética Humana, Encarna Guillén, tras conocer dicha aprobación, señalando que el siguiente paso sería la elaboración y publicación del real decreto que formalice las dos especialidades. En esa comunicación la presidenta también esgrimía que, si no sucedía ningún tipo de contratiempo, la formación de especialistas podría comenzar incluso en el año 2026. Pues no es que haya habido contratiempos, es que no ha habido más noticias sobre esta situación. Esto vuelve a dirigir nuestro pensamiento a que esto sea una nueva bomba de humo del Gobierno, del propio Ministerio de Sanidad, algo a lo que ya nos tiene acostumbrados la ministra: muchos anuncios, cero realidades. Ejemplos de ello tenemos cada día más y podríamos empezar por lo sucedido con la ley ELA, aprobada por unanimidad el pasado 10 de octubre en el Congreso, ratificada el 23 de octubre en el Senado y que todavía no ha sido implementada ni cuenta con la financiación suficiente para que pueda desarrollarse. Una cuestión lamentable, señorías. Es también el caso del estatuto marco, que ha conseguido que los médicos de toda España se pongan de acuerdo y se manifiesten en contra de las medidas que, a tal efecto, quiere aprobar el Ministerio de Sanidad. Por si no fuese esto bastante, abrimos una nueva polémica con el sector sanitario y se motivan nuevas movilizaciones con la ley del medicamento recientemente aprobada.

En definitiva, para que la especialidad de Genética Clínica sea una realidad, tienen que crearse las unidades de acreditación docente y las nuevas plazas mir, y para ello se necesitan recursos y los pedimos. Por lo tanto, viendo cómo se resuelven las distintas situaciones desde el Ministerio de Sanidad y los múltiples anuncios que quedan en la nada, creemos que la creación, además, con carácter de urgencia de la especialidad de Genética Clínica, como expone la PNL del Grupo Parlamentario VOX, se convierte en utópica y vuelve a funcionar el modo de escabullirse del ministerio y su ministra, retrasando otra nueva

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 4

actuación necesaria. Nosotros vamos más allá y hemos presentado una enmienda, que es una mejora técnica, en la que indicamos que se incluya en los presupuestos generales del Estado de 2025 —si es que llega a haberlos— la dotación económica necesaria y, de no haberlos, incluir las partidas económicas necesarias para que los tres puntos planteados anteriormente en esta PLN se puedan materializar adecuadamente en tiempo y forma.

Finalizo. Lamentablemente, aun aprobándose esta PNL, el futuro de esta especialidad, la de Genética Clínica, seguirá el mismo camino que el de tantos anuncios que hace el Ministerio de Sanidad, que se encuentran entre la incertidumbre y el olvido durante un tiempo incoherentemente indefinido.

Nada más y muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

No intervienen el Grupo Mixto, el Grupo Vasco, Euskal Herria Bildu, Junts per Catalunya ni el Grupo Republicano.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario SUMAR.

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

Quiero agradecer a VOX que haya traído esta iniciativa, porque ha sabido identificar, junto con los diferentes profesionales relacionados, una necesidad que el Gobierno ya ha identificado, por lo que, como bien ha dicho el compañero del Grupo Popular, ya han sido aprobadas las especialidades de Genética Médica y Genética de Laboratorio. Todos somos conscientes de todas las normativas que llevan más de veinte años sin actualizarse. Por eso, le digo a mi compañero del Grupo Popular que, efectivamente, la ley del medicamento o el estatuto marco llevan más de veinte años sin hacerse, y sí, hay que abrir el melón y empezar a trabajar. Igualmente, hay que empezar a trabajar no solo con las especialidades médicas, que llegan una y otra, sino también con especialidades de otras profesiones sanitarias, por ejemplo, aquella famosa especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica, que de una vez por todas se está intentando que se haga realidad. Pero todos somos conscientes —si no, se lo explico— de que hay un real decreto, que es el 589/2022, que nos dice qué trámites hay que llevar a cabo para llegar a tener una especialidad, y dentro de esos trámites hay unos plazos. Y todo esto se trabaja con las sociedades científicas, con las comunidades autónomas, y todo eso lleva un tiempo para conseguir que exista una especialidad. Ojalá consigamos todas aquellas especialidades que estamos reclamando y que reclaman tanto las sociedades científicas, como las comunidades autónomas.

Por ello, nosotros vamos a votar en contra de esta PNL, porque esto ya se está haciendo, se está acelerando y, sin duda alguna, se conseguirá.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

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

Buenas tardes, señorías.

Como ya se ha dicho aquí, el pasado mes de diciembre la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha aprobado esta propuesta, porque este Gobierno, el Ministerio de Sanidad, hace ya tiempo que se ha puesto con la tarea, ante los retos de la medicina personalizada o de precisión en el Sistema Nacional de Salud, que supone una herramienta para hacer frente a los nuevos retos sanitarios y a su interacción con retos medioambientales, demográficos y socioeconómicos, así como para el desarrollo de terapias avanzadas y otros fármacos innovadores o emergentes. Ante estos retos, el Ministerio ha impulsado la creación no solo de la especialidad de Genética Médica, sino también la de Genética de Laboratorio, para dar respuesta con más garantías a las necesidades de la ciudadanía.

Entendemos que es importante decir que son las dos especialidades, porque en esta PNL solo se habla de una. Mientras la especialidad de Genética Médica se va a ocupar de la asistencia clínica y del asesoramiento genético para personas y familias con enfermedades genéticas o en riesgo de padecerlas —todo esto desde una perspectiva preventiva de salud pública—, la especialidad de Genética de Laboratorio se va a ocupar de aplicar tecnologías de alta complejidad para el diagnóstico, el seguimiento, el asesoramiento y el estudio de las enfermedades de base genética en áreas como la citogenética, genética molecular y bioquímica, genómica, genómica funcional y farmacogenética. El trabajo multidisciplinar de ambos tipos de genetistas va a vertebrar la medicina personalizada o de precisión.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 5

Como ya se ha dicho aquí, la creación de esta especialidad —de cualquier especialidad de ciencias de la salud— requiere que se cumpla un procedimiento, el del Real Decreto 589/2022. Como también se ha dicho, la creación de ambas especialidades ya está en marcha y ahora hay que pasar los trámites que todos conocemos —consulta pública, audiencia, información previa— con la finalidad de posibilitar la participación de la ciudadanía, de las organizaciones y de otras personas interesadas.

En esta proposición no de ley nuestro voto va a ser negativo, porque esta iniciativa ya está en marcha y la ha puesto en marcha este Gobierno.

Nada más y muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A los efectos de aceptar o rechazar la enmienda, tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

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

Vamos a aceptar la enmienda del Grupo Popular, porque complementa nuestra iniciativa; y esta iniciativa puede apremiar más a este Gobierno a realizar las cosas, porque una cosa es prometer y otra cosa es hacer. También quiero agradecer el tono a todos los comparecientes, a pesar del voto negativo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Como siempre, haremos la votación al final.

— PARA CREAR UN PLAN INTEGRAL DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL FRENTE A LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS CAUSADOS POR LA DANA EN VALENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001577).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a la segunda proposición no de ley, presentada por el Grupo Parlamentario Popular: Proposición no de ley para crear un plan integral de protección de la salud mental infantil y juvenil frente a los efectos psicológicos causados por la dana en Valencia.

Para su defensa, tiene la palabra el Grupo Popular por un tiempo de cinco minutos.

La señora **PARRA APARICIO**: Muchas gracias, presidente.

Señorías, estamos aquí para hablar de un tema que afecta a los más vulnerables. Hoy hablamos de los niños de Valencia, de la salud mental, de su salud mental, de cómo un desastre natural puede dejar cicatrices que no se ven, pero que duran toda una vida. Y lo hacemos pidiendo una única cosa, exigir al Gobierno que cumpla con su obligación de proteger a los más vulnerables.

Señorías, las inundaciones provocadas por la riada en Valencia no solo destruyeron hogares, calles, colegios, también afectaron a las emociones, rompieron rutinas, alteraron el sueño, generaron ansiedad, miedo e inseguridades, especialmente, en los más pequeños, que muchas veces no tienen palabras para expresar lo que sienten, pero que lo viven con la misma intensidad que los mayores, quizá incluso más. Sin embargo, mientras las familias hacían lo imposible para recuperar la normalidad en Valencia, el Gobierno de Pedro Sánchez volvió a hacer lo de siempre: anunciar mucho y cumplir poco. ¿Dónde están las catorce unidades de atención psicológica prometidas por la ministra Mónica García? ¿Dónde están esos equipos multidisciplinares que iban a desplegarse de inmediato? ¿Dónde están los recursos para los menores afectados? Pues yo se lo voy a decir, están en los papeles y en sus notas de prensa, porque en la vida real, señorías, solo han enviado tres psicólogos y tres psiquiatras —tres— para atender a miles de personas afectadas en una de las catástrofes más devastadoras que ha vivido Valencia. Mientras el Ministerio de Sanidad se escudaba en convenios y licitaciones, la Generalitat valenciana, gobernada por el Partido Popular, actuaba. Desde el 3 de noviembre se desplegaron trece equipos de salud mental en once municipios; se habilitó un centro de atención psicológica en la Feria de Valencia; se crearon unidades de trauma; se contrataron cincuenta profesionales o más. Y todo eso lo hizo la Generalitat sola, sin recibir aún ni un euro del ministerio.

Ahora nos presentan una enmienda donde hablan de priorizar. Deben saber que eso ya lo hizo la Generalitat valenciana sola y sin ayuda, desplegando equipos, reforzando plantillas y atendiendo a los afectados, todo eso mientras ustedes se dedicaban a anunciar planes que nunca llegaron. Estaremos de acuerdo en que es el momento de apoyar, de actuar, de volcarse. Por eso estamos aquí. Si algo queda claro en esta crisis, es que al Gobierno de Pedro Sánchez le gusta más prometer que hacer, más posar que actuar y más culpar a otros que asumir responsabilidades. Esto lo dice el propio informe de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 6

Consejería de Sanidad: cinco meses después y ni una sola unidad de emergencia ha sido desplegada por el ministerio. ¿El trauma infantil tiene que esperar a que le cuadren las cuentas al señor Sánchez? Y no será por falta de propuestas. Ante la inacción del Gobierno, el presidente Feijóo lanzó el Plan Valencia, que busca reconstruir los daños con una inversión de 12 000 millones de euros.

Señorías, no hay mayor desigualdad que abandonar a un niño que ha sufrido una catástrofe como esta. Por eso, traemos hoy aquí esta proposición no de ley, para exigir que se actúe, que se implementen programas de apoyo psicológico, que se refuercen los sistemas de salud infantil, que se ayude a los niños a gestionar la ansiedad sufrida. Si algo está en juego aquí, señorías, no es quién gana el relato político, eso no está en juego, es quién repara el dolor de los niños. Y permítanme decirlo claro, Pedro Sánchez prometió ayuda psicológica urgente a los niños valencianos y no ha enviado ni la sombra de lo que dijo. Solo excusas es lo que recibimos los valencianos de Sánchez. Mientras tanto, en Valencia, el Partido Popular ha desplegado psicólogos, reforzado plantillas y seguirá haciéndolo.

Señorías, aprueben esta proposición no de ley, pero apruébenla por los niños que siguen teniendo pesadillas, apruébenla por las familias que aún viven con miedo cuando llueve, por los docentes que no saben cómo ayudar cuando los alumnos se ponen a llorar sin más, por los profesionales de la salud mental que están al límite y por los que necesitan que los miremos a los ojos y les digamos, como políticos: estamos aquí y no os vamos a fallar. Apruébenla para apoyar y ayudar a los niños que lo necesitan en Valencia.

Muchísimas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora, como enmendantes, intervienen, primero, SUMAR, y después el Grupo Socialista. Tres minutos.

La señora **RECAS MARTÍN**: ¿Podemos hacerlo al revés, primero, ellos, y luego nosotros?

El señor **PRESIDENTE**: Sí, no hay ningún problema. Puede empezar cualquiera de los dos.

El señor **CAMINO MIÑANA**: Buenas tardes, presidente.

Se cumplen seis meses desde que pasara la tragedia de la dana en Valencia. Ese día, el 29 de octubre, a las 14:55 horas los barrancos estaban a punto de colapsar, y el referente valenciano de la derecha, Carlos Mazón, pensó: Todo controlado, me voy a comer. Esta tarde hablamos aquí de cómo combatir los problemas de salud mental surgidos tras la dana. Y, señorías del Grupo Popular, yo me pregunto: ¿saben qué tiene que ver también con la salud mental? El dolor de las víctimas; cada conversación que vamos conociendo entre los irresponsables de la Generalitat cuando había gente ahogada, banalizando y diciendo: Si necesitáis algo, pedídmelo; cada negligencia del PP que descubrimos gracias al proceso judicial y a las comisiones de investigación, y cada aparición por las calles de Mazón como si no hubiera pasado nada. Eso sí que es una verdadera pesadilla, señorías del Grupo Popular.

Ahora mismo, en este punto, solo hay una reparación posible, que ayudaría a mejorar la salud mental colectiva del pueblo valenciano, de los niños, de los adolescentes, pero, en definitiva, también de todos los demócratas valencianos y valencianas: la dimisión del que no dio el aviso a tiempo y la convocatoria electoral, para que la sociedad examine la gestión del Partido Popular y de VOX. Y se lo digo realmente desde el respeto, porque tienen un problema real con el Partido Popular valenciano, señorías del Grupo Popular, porque, cada día que Feijóo se hace el tonto, a los afectados de todas las ideologías —porque esto no va de ideologías ni de partidos— se les cae la cara de vergüenza y se les revuelve el estómago. Eso sí que es un hachazo real a su salud mental. Ahora mismo, seis meses después de que haya ocurrido esa tragedia, aún hay familias, empresas, infraestructuras y, en general, proyectos de vida que se están levantando gracias a un esfuerzo de país, gracias al esfuerzo de las ayudas, porque siguen llegando.

Gran parte de esa movilización de más de 16 700 millones de euros ya está en manos de los valencianos y valencianas, que la necesitan para conseguir arreglar sus problemas materiales, que también devengan en un bienestar emocional después. Porque el estado del bienestar va de eso. Ahora mismo vemos como hay un mantra —sobre todo hablando de niños, adolescentes, juventud— en el que parece que pagar impuestos ya ha dejado de estar de moda. Todo el mundo es neoliberal o está a favor de bajar impuestos hasta que aparece una dana y se lleva tu casa, tu familia o tus recursos. Ahí aparece el estado del bienestar; una construcción de generaciones pasadas que ha hecho posible que se levante mi tierra ahora mismo, que se levante Valencia.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 7

Por eso es necesario ver cómo el Gobierno de España ha respondido, en colaboración con todas las Administraciones, y necesita seguir respondiendo. Necesita levantar la hipoteca reputacional que vivimos con la corrupción del Partido Popular durante sus veinte años de gobierno, hasta 2015, y ahora la hipoteca de la negligencia que sufren los valencianos y valencianas por un Gobierno que no se merecen; por el pacto de El Ventorro entre VOX y el Partido Popular; por el pacto de la indecencia, que hace que de verdad muchos valencianos y valencianas se acuesten con más nervios y con más pesar, porque hay un Gobierno que no está a la altura de sus circunstancias y hay un pacto que no les representa.

Por eso vamos a responder con más ayudas, con más recursos, con más mano tendida para arreglar los problemas de salud mental. Pero yo les pido de corazón —y acabo, presidente— que lleguemos a consensos y que también se den cuenta —porque es nuestra responsabilidad— de que hay un problema en la Comunidad Valenciana, un problema de los valencianos y valencianas que se llama Carlos Mazón, que solo se soluciona convocando elecciones y resolviendo la incógnita de qué opinan los valencianos y cómo examinan la gestión que los llevó al desastre.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

La señora **RECAS MARTÍN**: Muchas gracias, presidente.

En primer lugar, desde SUMAR queremos solidarizarnos de nuevo con el pueblo valenciano, por lo que ha vivido y por lo que sigue viviendo. Desde SUMAR, y apoyando la acción del Ministerio de Sanidad y de la Comisión de Salud Mental creada por ese ministerio, registramos hace unos meses una iniciativa en esta comisión para el desarrollo y la implantación del modelo de intervención de salud mental ante grandes catástrofes y emergencias climáticas. Ahí explicamos cómo trabajar en forma integrada con la comunidad en la identificación y manejo de los problemas relacionados con salud mental en estas catástrofes. Desde el Comisionado de Salud Mental se lleva trabajando desde la tragedia de la dana junto a las autoridades valencianas —sí, trabajan juntos— y con los activos comunitarios locales para supervisar y coordinar el diagnóstico de salud mental antes, a corto, a medio y a largo plazo. Para su información, la comisionada de Salud Mental y el subdirector del comisionado se desplazaron la semana pasada a las zonas afectadas de Valencia para ver todo lo que estaba ocurriendo y coordinar ese diagnóstico de salud mental, tan importante, que se está llevando a cabo por parte de equipos desplazados en el terreno.

Teniendo en cuenta la cantidad de actores que están interviniendo en la zona y la multiplicidad de los nuevos servicios que se están realizando, es imprescindible realizar un análisis que será útil no solo para el ministerio, sino también para los territorios afectados, para las instituciones, para las asociaciones que intervienen en ello y para la propia población. En esta fase se detectarán las necesidades y carencias de la población afectada en relación con la salud mental; se realizará también un mapa del territorio que registre los recursos de salud mental, tanto sanitarios como comunitarios. Los equipos de intervención de la USME están en desarrollo en todo momento.

A la portavoz del Partido Popular que ha hablado, le digo que esa USME da tanta importancia al tema infantil que dos de cada cuatro trabajadores deben tener formación especializada infantil en temas de salud mental. Por eso el Comisionado de Salud Mental se ha reunido tanto con la delegada del Gobierno de Valencia como con el Comisionado especial para la reconstrucción y reparación de los daños provocados por la dana, así como con el grupo de expertos en emergencias de salud mental conformado por el comisionado especial de la dana para coordinarse e intervenir entre todos. Por tanto, se está realizando un gran trabajo conjunto para apoyar la salud mental de los afectados ahora y en el futuro próximo.

Gracias.

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

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

Yo pensaba que lo había visto y aprendido todo en parlamentarismo, pero menuda cosa más rara han hecho ustedes: menuda forma más rara de pedir que el grupo proponente les acepte una enmienda, aunque cada uno tiene su forma de parlamentar. No voy a entrar al barro, porque si algo hemos sacado a relucir siempre de esta comisión es que somos una comisión donde no solemos entrar en polémicas, no

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 8

solemos bajar al barro y no vamos a enfangar. Simplemente quiero decir eso, que es una cosa un poco rara que pidan que les acepten una enmienda atacando al proponente de la forma en la que lo han hecho ustedes, tan beligerante.

Se ha dicho que por parte del Comisionado de Salud Mental «se detectará», «se realizará un mapa de recursos», «está en desarrollo»... Son las palabras que acaba de pronunciar ahora mismo, justamente ahora. Pero, oiga, es que esos niños llevan meses y meses llorando en los colegios; llevan meses y meses sufriendo un estrés postraumático; llevan meses con desamparo total. No vale ir ahora a estudiar, a realizar mapas de recursos ni a estar en desarrollo; se tenía que haber hecho desde el minuto uno. Esta iniciativa va de una cosa que estamos trabajando en la Subcomisión de Salud Mental. Si ya estábamos detectando que nuestros niños y jóvenes tenían unos problemas gravísimos en salud mental, ahora se ven agravados en los niños afectados por la dana.

Yo estaba mirando con mi compañero Tomás una foto de una de las últimas veces que fuimos a limpiar. Me acuerdo de una niña en Alfafar que veía las calles llenas de barro, con todos los enseres de la casa de sus padres en la calle, que no podía jugar ni siquiera a la pelota, con el colegio completamente inundado. Esa niña no paraba de llorar, y nos cogía la mano y nos daba su osito; esa niña no sabía qué decir y sus padres se echaban a llorar. Porque los niños en las zonas afectadas lo han pasado muy mal. Incluso muchos de ellos han perdido compañeros, vecinos, familiares por la dana.

Que la semana pasada el Comisionado de Salud Mental haya ido a la zona cero y que nos esté diciendo usted que detectará, que se realizará un mapa de recursos, que está en desarrollo la USME, etcétera, está muy bien, pero hace cinco meses que debía estar sobre el terreno. Y podemos echarnos la culpa a los unos o a los otros, pero al final estamos tardando mucho en desplegar los recursos. Ayer lo dije en una intervención: Tardamos menos en mandar a los bomberos a Marruecos que en mandar todos los recursos que tenemos a Valencia. Y me da igual los colores de unos y de otros. Lo que importan son las personas, siempre lo hemos dicho; estamos en la Comisión de Sanidad y lo que importan son las personas.

Ustedes saben que yo en esta comisión no suelo bajar al barro, pero me parece lamentable que nos tiremos los trastos a la cabeza cuando estamos hablando de salud mental, cuando estamos hablando de recursos. En lugar de hablar de esta iniciativa, estamos hablando de cosas que no competen a esta comisión. Porque, si nos tiramos los trastos a la cabeza, nosotros podemos decir que en el propio pueblo de Paiporta, donde gobierna el Partido Socialista, la alcaldesa no movió un dedo; ni CECOPI ni nada de nada. No hizo nada. Y si nos tiramos los trastos a la cabeza no resolvemos los problemas de los ciudadanos. Los problemas no necesitan que se detecten, no, porque ya tenían que estar detectados; ese mapa ya tenía que estar realizado; la USME no tenía que estar en desarrollo, sino desarrollada, y todos los profesionales sanitarios que tuviésemos a nuestro alcance ya en la zona cero para ayudar a esos niños que, cada vez que llueve, reviven la pesadilla que sufrieron ese 29 de octubre.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Parra, ¿aceptan alguna enmienda?

La señora **PARRA APARICIO**: Estamos valorándolo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

— RELATIVA A LA INTEGRACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, SNS, DE LOS COLECTIVOS PERTENECIENTES A LA MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO (MUFACE), AL INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISFAS) Y A LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL (MUGEJU), JUNTO CON LOS RECURSOS MONETARIOS CORRESPONDIENTES SEGÚN LA ESTADÍSTICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO PLURINACIONAL SUMAR. (Número de expediente 161/001601).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto número tres. Proposición no de ley relativa a la integración en la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud de los colectivos pertenecientes a MUFACE, ISFAS y MUGEJU, junto con los recursos monetarios correspondientes según la estadística del gasto sanitario público.

Está presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. Tiene cinco minutos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 9

La señora **RECAS MARTÍN**: Muchas gracias, presidente.

Buenas tardes.

Pues bien, ha llegado el día; ha llegado el momento en que todos los grupos parlamentarios nos posicionemos claramente. ¿Creemos en la sanidad pública y en su defensa o no? ¿Apostamos por proporcionar más fondos a la sanidad pública? ¿O mejor seguimos dando más y más dinero público a unas aseguradoras que cada vez ven menos rentable el mutualismo y que cada día piden más y más? Y lo peor es que se lo estamos permitiendo. ¿Asumimos que el camino es un sistema universal donde todos y todas somos iguales bajo un paraguas de equidad? ¿O preferimos un sistema de fragmentación e inequidad por ambos lados? ¿Un sistema para que los trabajadores públicos se atiendan en otro lugar no público? ¿Queremos trabajar y apostar por las políticas basadas en la evidencia? ¿O seguimos con modelos heredados, que en su momento tuvieron sentido, pero que ahora son una excepción en nuestro entorno entre sistemas de salud como el nuestro y que encima no se basan ni siquiera en la eficacia ni la eficiencia?

Se nos llena la boca a todos y todas con la importancia de la atención primaria como eje del sistema, pero no para todos, ¿no?, porque el sistema mutualista no trabaja este nivel. Para todas estas cosas y muchas más, hoy traemos esta propuesta. Quiero aprovechar para dar las gracias a toda la gente de SUMAR que ha participado y colaborado en la realización de dicha propuesta; propuesta que el último informe de la AIREF confirma: Hay que incorporar de forma progresiva al Sistema Nacional de Salud a los mutualistas, a los trabajadores públicos. Y esa incorporación, calculada en un 2% de la población total con variaciones de comunidades y ciudades autónomas, se puede hacer, como bien apostamos desde SUMAR y desde el Ministerio de Sanidad, con una hoja de ruta, una comisión interministerial y un trabajo conjunto con las comunidades autónomas sin dejar a nadie atrás ni dejar de atender a la población.

Voy a adelantarme a sus posibles posiciones. Probablemente dirán, primero, que los ministerios nos han dado sus criterios y dicen que todo está bien, que hemos superado el momento de crisis de hace unos meses cuando las aseguradoras vieron claro el negocio y apretaron para conseguir más dinero per cápita. Y, a propósito, lo consiguieron: per cápita bastante más elevada de la que invertimos en lo público y que no se traduce en lo que debería. Pero estamos aún lejos de apagar ese fuego. Las aseguradoras ven una población cada vez más envejecida, con enfermedades más crónicas y no les interesa. Además, es momento de que esta locura de licitación sea la última.

Nos dirán que los y las mutualistas están muy contentos. Bueno, lo estarán los que están sanos. O probablemente los jóvenes sanos, porque la evidencia dice que cuando se tiene un problema de salud grave se aplica esa selección de riesgos que tanto les gusta a las aseguradoras y te mandan a la pública. Tranquilos, la pública siempre va a estar con ustedes. A propósito, los jóvenes cada vez eligen más el sistema público. Por algo será. Por no hablar de esa receta electrónica que tantas veces nombran ustedes y que en el sistema que ustedes están defendiendo no existe. Este sistema es eficiente, dirán. Bueno, la supuesta eficiencia del sistema de mutualismo tiene muchas aristas contrastadas y negadas. Es llamativa, por ejemplo, en el tema de fármacos hospitalarios, mucho más caro en las mutualidades: sextuplica el coste. Tan preocupados que están siempre por el campo español y las zonas rurales, ese sistema que defienden, el de la sanidad privada para los trabajadores públicos, solo llega al 16% del territorio.

Nos dirán que esa incorporación del 2% de la población al sistema público a la vez colapsará el sistema público, aumentarán las listas de espera quirúrgica un 7% y un 30% las consultas. Nadie está hablando de hacerlo ya, hay tiempo para reforzar el sistema, por ejemplo, con esos 330 millones de financiación que se han aprobado para nueva licitación. Hay tiempo para identificar a los pacientes más vulnerables que serán los últimos en la incorporación; para planificar calendarios, protocolos de procesos, planes de lista quirúrgica cero. Pero lo que está claro es que se debe y se puede hacer. Muchas son las voces que apoyan esta idea, incluso dentro de sus propias filas. Por ello, desde SUMAR volvemos a decir que es el momento; es el momento de apostar por un sistema público universal, igualitario, equitativo y con una atención primaria como eje vertebrador para toda la población que vive en España. Es el momento de que esa licitación injusta sea la última.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

No hay enmiendas.

Por lo tanto, el Grupo Parlamentario VOX, es el siguiente en intervenir.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 10

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

Desde VOX creemos que cualquier reforma en el ámbito sanitario debe priorizar un objetivo fundamental, que es que los ciudadanos reciban la mejor atención posible y que el sistema sea sostenible a largo plazo. En este sentido, la propuesta del grupo proponente que hoy debatimos, aunque tiene aspectos interesantes, nos genera serias dudas. Las mutualidades han demostrado durante décadas ser un modelo que funciona y que ofrece un servicio sanitario de calidad a los funcionarios del Estado, a los miembros de las Fuerzas Armadas, al personal de la Administración de Justicia. No estamos hablando de un sistema que haya fracasado o que necesite ser desmantelado. De hecho, los beneficiarios de MUFACE, de ISFAS, de MUGEJU, en general, valoran positivamente la asistencia que reciben. Entonces, la pregunta que nos hacemos es ¿por qué eliminar algo que funciona? Otra cuestión es si habláramos de pensiones o de otros ámbitos, donde el sistema mutualista sí es muy posible o casi seguro que pueda plantear problemas, pero en materia sanitaria ha sido eficiente y ha garantizado buenos servicios a sus afiliados. El hecho de integrarlo en el Sistema Nacional de Salud, como pretende esta proposición, no garantizaría en sí mismo una mejor atención sanitaria, sino que podría generar serios inconvenientes.

Voy a citar tres inconvenientes en concreto. En primer lugar, añadir más de un millón y medio de beneficiarios al Sistema Nacional de Salud supondría una carga adicional en un sistema que ahora mismo ya está sobrepasado. Las listas de esperas se han disparado, la atención primaria está al límite y los recursos hospitalarios son insuficientes. Y son insuficientes, desgraciadamente, en muchas comunidades autónomas. La pregunta, por lo tanto, es clara: ¿cómo va a absorber el Sistema Nacional de Salud a estos nuevos pacientes sin que se vea afectada la calidad asistencial?

En segundo lugar, hay que hablar de la sostenibilidad. La integración de estas mutualidades en el Sistema Nacional de Salud no es gratuita, implica un gasto público enorme. Ahora mismo, el modelo mutualista permite optimizar recursos gracias a la colaboración con el sector privado. Si desaparece este modelo, todo el coste recaerá sobre el sistema público y no está nada claro que los fondos destinados sean suficientes para garantizar la misma calidad asistencial.

Y, por último, está la cuestión de la libertad de elección. Actualmente, los mutualistas pueden optar entre recibir una atención sanitaria a través del sistema público o de la seguridad privada. Con la integración en el Sistema Nacional de Salud esa libertad desaparece, obligando a todos a depender exclusivamente, como ya he dicho, de un sistema público que ya está tensionado. Por lo tanto, ¿esto es mejorar la equidad o es simplemente eliminar una opción que, como ya he dicho, creemos que ha funcionado bien durante años?

Por lo tanto, señorías, si el objetivo es mejorar la sanidad pública, intentemos fortalecer el Sistema Nacional de Salud, dotarlo de más recursos y mejorar su gestión, pero no destruyamos modelos que han demostrado ser eficaces. Creemos que la solución no es integrar por integrar, sino garantizar que cada ciudadano reciba el mejor servicio posible sin comprometer la viabilidad del sistema. Por eso, vamos a rechazar esta proposición no de ley e, insisto, defendemos la continuidad de las mutualidades como una opción que ha garantizado la calidad y la sostenibilidad. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

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

Incertidumbre e intranquilidad son dos palabras que quizá puedan definir lo que han sentido un millón y medio de personas, de empleadas y empleados públicos, en el proceso de renovación de los contratos de las empresas aseguradoras de MUFACE. Afortunadamente, el Gobierno ha hecho un gran trabajo y conseguido un acuerdo razonable que permite seguir garantizando la asistencia durante tres años más. Y lo ha hecho en un ejercicio modélico de transparencia y de participación, como no puede ser de otra manera, desmintiendo rumores y bulos malintencionados y catastrofistas de algunos grupos que solo pretendían dificultar el proceso y sembrar dudas ante la ciudadanía. Lo ha hecho también el Partido Popular, que cuando ha estado en el Gobierno ha congelado o disminuido las aportaciones al mutualismo, origen de algunos de los problemas que ahora han aparecido y que hemos tenido que solucionar. Y es fácil demostrarlo. En el año 2014 la financiación subió un 0%; en 2015 un 0,9%; en 2016 un 3,5%; en 2017 otro 0%; en 2018 una subida extraordinaria del 5%.

Por tanto, señorías, creo que el Gobierno ha hecho lo que correspondía: trasladar seguridad y certezas a los asegurados y sus familias, y sacar adelante la licitación para cumplir la ley que existe. No nos olvidemos de que hay una ley sobre Seguridad Social de los funcionarios civiles del Estado que hay que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 11

cumplir mientras no la cambiamos. Está todavía pendiente el último paso, como saben: firmar el contrato. Y por parte de mi grupo no queremos, en este momento, sinceramente, generar mayor intranquilidad. Hoy no nos parece el momento de iniciar nuevos debates y tal vez todavía menos en el marco de la Comisión de Sanidad que, como también sabe muy bien el propio Ministerio de Sanidad, es menos competente en este asunto que otros.

Coincidimos en que tiempo habrá de hablar de reformas, en todo caso con carácter medido y progresivo, y no rehuimos el debate sobre la eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria del mutualismo administrativo. El informe de la AIReF, que ustedes conocen, plantea disfunciones y cuestiones a mejorar que habrá que abordar en el corto y en el largo plazo. Hay que tener en cuenta que el propio informe aconseja condicionar lo que estamos debatiendo aquí al refuerzo paralelo de las capacidades del sistema público y, en especial, a una mejora en la situación de las listas de espera, cuya situación se ha agravado después de las consecuencias de la pandemia. Sabemos del compromiso del Ministerio de Sanidad para abordar este problema, con medidas en las que se está trabajando en colaboración con las comunidades autónomas. También de los continuos esfuerzos para reforzar y modernizar el Sistema Nacional de Salud desde todos sus ámbitos: la inversión, los recursos humanos y otros. Asuntos que son los que competen especialmente a esta comisión, que hemos debatido y seguro que debatiremos en muchas ocasiones.

Para terminar, quiero dejar clara la apuesta de este grupo por la sanidad pública que ha quedado de sobra demostrado a lo largo de la historia y, especialmente, a lo largo de los presupuestos con Gobiernos socialistas. Porque, señorías, desde que hay un Gobierno de progreso la inversión pública en sanidad ha aumentado, situándonos en este momento muy próximos al 7 % del producto interior bruto. Y esa es, a día de hoy, pensamos, nuestra hoja de ruta a seguir.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

El señor **BELMONTE GÓMEZ**: Con la venia. Muchas gracias.
Buenas tardes.

A mí me gustaría separar la intervención en dos partes. La primera respecto a la forma. Yo desconozco en este momento si el grupo, movimiento o partido político SUMAR sigue abanderando un poco el marxismo como criterio orientador de su política y su ideología —yo no me meto en eso—, pero lo que tengo claro es que esta proposición no de ley es plenamente marxista. Pero no de Carlos Marx, no, sino de otro marxista, para mí mejor, que tenía por nombre Groucho. Opino que los impulsores de la iniciativa son devotos de este marxismo más hilarante y, por supuesto, mucho más inofensivo.

Fíjense, un partido que forma parte del Gobierno de España le pide al Gobierno de España que deje de hacer algo que está haciendo el Gobierno de España del que forma parte. Como guion de una comedia de enredo, maravilloso. Porque creo que hay que tomárselo así. No puede existir más incongruencia, más falta de coherencia. Ustedes se autoenmiendan, se oponen a ustedes mismos, se corrigen continuamente. Solo hay que ver que no son capaces ni de ponerse de acuerdo para sacar un presupuesto y después conseguir los apoyos parlamentarios, en su caso, para aprobarlo; eso es otra cosa. En definitiva, la moción se llama el Gobierno contra el Gobierno. Tampoco es una novedad, los ministros suelen contradecirse habitualmente porque el problema real es que no es un Gobierno, es un conjunto de intereses partidistas de mantenimiento del poder, fundamentalmente, muy alejados de las pretensiones del bien común.

Ahora quizás vayamos al fondo. Cuando los mutualistas de MUFACE —un millón y medio, que no es baladí— recibían la carta de la compañía aseguradora diciendo que la prestación se acababa porque se acababa el concierto, esa angustia ¿quién la creó? ¿Era necesario llegar a ese término? ¿Quién fue el culpable de crear esa angustia? ¿Era la forma correcta de hacer las cosas? ¿Obstinarse en esos prejuicios ideológicos para destruir aquello que ya funciona y que es elegido por gran parte de los funcionarios en España? El Ministerio de Función Pública, por un lado; el de Sanidad, por otro; varios intentos de licitación para, al final, dejar menos compañías que prestan el servicio y aumentar del 17 a casi el 40 % los honorarios de las compañías. Este modelo de gestión y de negociación se estudiará —para mal— en las escuelas de negocio del mundo.

Pero, ahondando en el fondo, ustedes tienen un problema o varios. El primer problema es con la libertad de elección. No soportan que las personas puedan elegir algo que ustedes no controlen, dominen o dirijan, o que esté fuera de su marco de pensamiento. De ahí esa obsesión también con las universidades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 12

privadas. Y, por cierto, no he visto salir a la ministra a defender a los facultativos que han estudiado en universidades privadas, porque todos han hecho un examen único para toda España que se llama mir y que valida su competencia profesional. Tienen un problema de base también con la libertad, como he dicho. Luego hay un razonamiento, que es que quizás quieran ustedes —yo no lo pienso— socavar el sistema público para luego echarle las culpas a quienes lo sostienen de verdad, que son las comunidades autónomas, en su mayoría gobernadas por el Partido Popular.

Pero tengo una pequeña mala noticia: ustedes no van a conseguirlo. Si pretenden coartar la existencia de un modelo que funciona, la libertad de elección se impondrá siempre. Si han pretendido utilizar la angustia de miles de pacientes para coaccionar a las compañías sanitarias, no lo han logrado ni lo van a lograr. Y si pretenden imponer sus prejuicios ideológicos para manchar el nombre profesional de miles de facultativos formados en centros de prestigio, tampoco lo conseguirán. Ojalá puedan ustedes algún día llegar al Gobierno para hacer esto que dicen que están haciendo, salvo que estén en el Gobierno ya. Nosotros votaremos en contra.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

— SOBRE UNA REGULACIÓN NORMATIVA ESPECÍFICA DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001625).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto cuatro. Proposición no de ley sobre una regulación normativa específica de las asociaciones de pacientes. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

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

Desde el Grupo Parlamentario Socialista presentamos esta iniciativa siendo conscientes de que hoy en día ya no se puede concebir un sistema sanitario que no esté plenamente centrado en el paciente. Esta máxima coincide con muchas de las intervenciones planteadas por otros grupos políticos en el debate de los distintos asuntos que hemos tenido en esta comisión. Y, por supuesto, coincide también con lo manifestado tanto por la ministra como por el secretario de Estado en sus diferentes comparecencias. Nuestro Sistema Nacional de Salud no solo debe atender a las personas desde un enfoque clínico, sino que es también de vital importancia reconocer su conocimiento y experiencia como pacientes, y su capacidad de enriquecer las políticas sanitarias, los proyectos de investigación y también las estrategias de gestión.

Desde el ministerio se trabaja para hacer realidad una asistencia sanitaria inclusiva, equitativa y centrada en el paciente, a través de decisiones compartidas e informadas directamente por quienes conviven diariamente con la enfermedad. En los últimos años se ha avanzado significativamente en la integración de los pacientes y sus asociaciones en los procesos de toma de decisión y planificación sanitaria. Prueba de ello son las estrategias nacionales, como la de cronicidad, de salud vascular, de cáncer o de salud mental, en las que se incluyen las aportaciones de asociaciones de pacientes. Las asociaciones participan activamente en las comisiones del Sistema Nacional de Salud y en los grupos de trabajo técnico, reforzando la legitimidad y la transparencia de las políticas. Cada vez más, los pacientes están integrados en los comités de diseño y evaluación de los proyectos de investigación y también es importante su participación en las evaluaciones de la red de agencias de tecnologías sanitarias. Además, son muchas las colaboraciones o alianzas de estas asociaciones con organismos públicos para fortalecer la participación, como es el caso de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, que recientemente ha iniciado una línea de trabajo junto a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios a través de un convenio para mejorar la atención de los pacientes crónicos.

Somos conscientes de que hay que seguir trabajando para mejorar la participación de los pacientes en las políticas sanitarias y de que ya tenemos en trámite un proyecto de ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, que incorpora la creación del Foro Abierto de Salud. Somos conscientes también de que queda mucho camino por recorrer y de que, como concluyó el propio representante de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes en una reciente jornada de participación de los pacientes a nivel europeo y español, textualmente, estamos en un momento esperanzador.

Por todo ello, desde el Grupo Parlamentario Socialista creemos necesario dar este paso que traemos en esta iniciativa: regular un marco normativo específico para las asociaciones de pacientes en España,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 13

que regule su concepto, que defina su objetivo, su ámbito de aplicación, sus principios rectores, los requisitos necesarios de transparencia, así como la elaboración de un registro de organizaciones de pacientes vinculadas al Sistema Nacional de Salud. Porque la participación es necesaria, pero también lo es que se ejerza con objetividad, con independencia, con eficacia y por organizaciones de reconocida trayectoria y defensoras de los derechos de los pacientes. En esa línea va la iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, para la que solicitamos su apoyo.

Muchas gracias, señor presidente.

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

Para enmienda, el Grupo Parlamentario Popular, por favor.

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

Buenas tardes, señorías.

En 2020, el Partido Popular presentó una iniciativa que recogía el sentir de todas las asociaciones de pacientes. Esta iniciativa fue aprobada en la Comisión de Sanidad por una amplia mayoría, incluido el Partido Socialista. Cinco años después no se ha hecho nada respecto a los acuerdos en los que se instaba al Gobierno a impulsar las asociaciones de pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud. Nadie al frente del Ministerio ni del PSOE ni de SUMAR ha impulsado esos acuerdos. Si se hubiese hecho, evidentemente, esta PNL sería totalmente innecesaria. Es decir, señorías, el Partido Popular presentó una PNL en 2020 que fue aprobada, el Gobierno la metió en el cajón y ahora el Partido Socialista pretende transmitir una preocupación por las asociaciones de pacientes que no ha demostrado durante estos años.

En la misma línea de desinterés, el secretario de Estado de Sanidad afirmaba hace unos meses la necesidad de la incorporación de los pacientes a los ámbitos en los que se generan conocimientos y decisiones dentro del sistema de salud, porque hasta ahora se ha vivido de espaldas a ellos. Ya es grave afirmar esto cuando se tiene la petición de la Comisión de Sanidad desde 2020 para que se deje de vivir de espaldas a los pacientes y se continúa viviendo de espaldas a los pacientes. Esto no es más que otra muestra de la nula importancia que el Gobierno otorga a las iniciativas aprobadas en comisión y del nulo respeto que tiene al trabajo que se realiza en el Parlamento.

En aquella proposición se expresaba el escaso avance en los derechos colectivos de los pacientes a través de sus asociaciones, siendo conscientes de la importancia que su participación tiene para mejorar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud y ganar en transparencia y humanización. Como afirmaba mi compañera Elvira Velasco en aquella ocasión, los pacientes son la razón de ser del Sistema Nacional de Salud y quieren y deben participar en el abordaje de los problemas estructurales de nuestra sanidad. Así, se instaba al Gobierno a fomentar la participación de las asociaciones de pacientes en la elaboración de estrategias y de planes, garantizar el derecho a informar, promover la transparencia y regular su inclusión en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Pues bien, transcurridos cinco años, las asociaciones de pacientes continúan reclamando lo que se aprobó en esa PNL para que se regulase su inclusión en el comité consultivo, que es lo que se proponía, y que también aprobó el Partido Socialista. Porque, señorías, creo que no se puede entender coherente hoy que los pacientes no formen parte de ese comité junto a Administraciones, organizaciones empresariales y sindicatos, lo que aportaría transparencia y un trabajo mejor enfocado y más equilibrado en pro de las políticas sanitarias más adecuadas. Hace cinco años, la ponente del Grupo Socialista afirmaba: Ahora es el momento de que ese órgano dé cabida a las organizaciones de pacientes. Sin embargo, hoy, en 2025, presentan a esta comisión una proposición genérica, ambigua e innecesaria, que no es más que una patada hacia adelante a las soluciones que se necesitan. Es una proposición que, en línea con lo que defiende el ministerio, aboga por un foro abierto de salud desde el que dar participación a las asociaciones de pacientes, conjuntamente con no se sabe qué otras asociaciones y colectivos, pero excluyéndolas del comité consultivo. Ese foro no despierta interés alguno entre la mayoría de las asociaciones de pacientes, porque devalúa su representatividad, ya que es lo mismo que decir que se pretende mantener a los representantes de los pacientes al margen del eje de las decisiones, que no es otro que el comité consultivo, un órgano regulado desde el que se preparan las líneas estratégicas de las políticas sanitarias. Además, las organizaciones de pacientes demandan un sistema de registro nacional público, accesible y actualizado, que les proporcione mayor visibilidad, reconocimiento y les facilite su importante labor de apoyo, representación y participación en el ámbito de la salud.

En definitiva, y para finalizar, hay que decir que, si en el ámbito europeo existe el compromiso de impulsar la participación de los pacientes en la toma de decisiones que afectan a la salud, en el contexto

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 14

nacional las asociaciones continúan reclamando una regulación que garantice su participación activa y efectiva en el desarrollo de las políticas sanitarias.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

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

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

Como muy bien decía Perec en uno de sus libros, vivir es pasar de un espacio a otro tratando de no golpearnos; y enfermar supone pasar de los espacios que teníamos en una vida cotidiana más o menos normal a espacios en los que nos estamos acostumbrados a estar, que pueden ser centros de atención primaria, unidades de hospital, con más o menos complejidad según la gravedad de la enfermedad que tengamos. Siendo pacientes con una enfermedad crónica, no dejamos de ser nunca ciudadanos. Esta visión es también importante para saber diferenciar que no es lo mismo salud que sanidad, que el sistema sanitario tiene un papel fundamental en la salud de las personas, pero sabemos que ahora mismo el sistema sanitario influye entre un 10 y un 20 % en la salud colectiva de las personas. Es decir, otras políticas de las que hablamos mucho en este Congreso tienen una influencia también importantísima —factores socioeconómicos o factores ambientales— en la salud colectiva de las personas. Esto es importante para pensar que, siendo pacientes y transitando por esos espacios complicados de unidades hospitalarias, de diagnósticos complejos, de incertidumbre, de miedo o de dolor, seguimos siendo ciudadanos, seguimos siendo padres, abuelos, seguimos yendo al cine, seguimos sentados en un parque o tomando un café todos los días.

Digo esto porque, cuando hablamos de asociaciones de pacientes, las personas que venimos de trabajar desde hace muchos años en temas de participación comunitaria insistimos mucho en la importancia de la salud, no solamente del sistema sanitario. Hablar de salud supone hablar de otras políticas más allá de las sanitarias y supone hablar de la influencia también política que tiene defender no solamente la calidad de un servicio sanitario, sino defender un sistema público o defender la tributación de impuestos para que haya más impuestos a las clases altas, a las clases ricas, para tener un mejor sistema sanitario.

De todas formas, obviamente, las asociaciones de pacientes tienen un papel muy relevante. Entiendo que aquí todos nos ponemos en lo de siempre y hacemos afirmaciones tajantes —todo mal o todo bien— dependiendo de quién hable. Llevamos mucho tiempo trabajando en temas de participación comunitaria y en participación de pacientes. Concretamente, la participación comunitaria desde el propio ministerio ha sido muy relevante, aproximadamente, desde el año 2008, que hemos empezado a trabajar en proyectos desde las comunidades autónomas. Hay experiencias de evaluación del sistema sanitario y de servicios de salud mental en Asturias desde el año 2010, cuando se trabajó en el desarrollo del Plan de Acción de Salud Mental. Por tanto, hay una experiencia importante en este sentido.

Nos gustaría reseñar tres elementos clave en relación con las propuestas que se hacen en la proposición no de ley: que sea una participación real y que haya mecanismos que vayan más allá de estar en un comité consultivo o no estar en un comité consultivo; que haya elementos reales de participación; que sea una visión de salud, no solamente de sanidad, para tener una visión amplia de los determinantes sociales de la salud y de las políticas de promoción de la salud, y que se tengan en cuenta también los conflictos de intereses. En muchos casos las asociaciones de pacientes están siendo colonizadas por *lobbies* que están utilizando ese ámbito para medicalizar, ‘enfermerizar’ o ‘psicologizar’ algunas de las actuaciones que tienen asociaciones de ciudadanos y de pacientes.

Nada más. Muchas gracias.

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

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

La propuesta de crear una regulación normativa específica para las asociaciones de pacientes en España, si bien parte de una intención loable de fortalecer la participación ciudadana y de mejorar el Sistema Nacional de Salud, desde nuestro punto de vista, presenta varias debilidades que requieren un análisis más en profundidad. En primer lugar, debemos cuestionarnos si realmente existe una necesidad urgente de añadir más normas, una capa normativa más, en un sector que ya cuenta con un marco

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 15

regulatorio claro y efectivo. Las asociaciones de pacientes desempeñan un rol fundamental en el Sistema Nacional de Salud, representando a colectivos que se enfrentan a muchas patologías y defendiendo, por supuesto, sus derechos, pero estas asociaciones ya están regidas por la Ley Orgánica 1/2002, reguladora del Derecho de Asociación, y por otras normas menores. Quizá, como se ha comentado por alguna otra señoría, faltaría su inclusión dentro de ese comité consultivo, pero esto no es necesario o podría hacerse sin cambiar esta ley.

Por lo tanto, el marco legal ha demostrado que es suficiente, ya que no impide que las asociaciones realicen un trabajo crucial en la sensibilización, en el apoyo y en la mejora de acceso a la atención sanitaria. La creación de una nueva regulación, posiblemente, es una solución innecesaria a un problema que no está claramente identificado. Por lo tanto, la pregunta es si realmente se está creando un vacío normativo que justifique esta nueva legislación o si, en realidad, solo estamos incrementando la burocracia. Esta propuesta también corre el riesgo de generar sobrerregulación. Tengamos en cuenta que muchas asociaciones de pacientes, sobre todo las pequeñas y las gestionadas por voluntarios, ya se enfrentan de por sí a dificultades operativas, debido a que no tienen tiempo y a que no tienen recursos. Por lo tanto, una nueva normativa que lo único que haría es aumentar su carga administrativa y desviaría a las asociaciones de su labor principal, que es la defensa de los derechos de los pacientes y la mejora de la atención sanitaria. Como digo, para estas asociaciones pequeñas esta nueva regulación lo que puede suponer es que, dentro del sector de las asociaciones, se generen más desigualdades de las que ya existen entre las potentes y las pequeñas asociaciones.

Por tanto, actualmente el Sistema Nacional de Salud se enfrenta a desafíos más urgentes, como reducir las listas de espera —ya lo he dicho en la anterior intervención—, la mejora de la atención primaria o la gestión de la financiación. Crear más regulación puede poner en peligro la atención o centrar el foco en estos problemas más inmediatos. Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, debemos intentar ayudar a las asociaciones a través de los mecanismos legales ya existentes y optimizando sus recursos.

Para terminar, nuestra opinión es que las asociaciones de pacientes no piden necesariamente esta nueva regulación. Lo que están solicitando, a nuestro entender, son cinco asuntos, que son: mayor reconocimiento y visibilidad, mejor financiación; simplificación administrativa, flexibilidad en la regulación y acceso a los datos de salud y de información. Por lo tanto, si mejoramos estos cinco aspectos, no creo que sea necesaria una nueva norma y, como siempre, opinamos que legislar por legislar no es una buena idea.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por la intervención.
El Grupo Socialista tiene que aceptar o rechazar la enmienda.

La señora **RIVES ARCAINA**: Estamos trabajando en un texto conjunto.
Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

— PARA AMPLIAR LA JUBILACIÓN ACTIVA MEJORADA PARA ESPECIALISTAS EN MEDICINA DE FAMILIA Y PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001634).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos al siguiente punto: Proposición no de ley para ampliar la jubilación activa mejorada para especialistas en medicina de familia y pediatría de atención primaria, presentada por el Grupo Parlamentario Popular, que tiene la palabra.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidente.
Buenas tardes, señorías.

El Grupo Parlamentario Popular presenta una iniciativa que tiene como fin plantear medidas frente a la escasez de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría de Atención Primaria, que es uno de los graves problemas que afronta el Sistema Nacional de Salud a lo largo y ancho de nuestro país, independientemente de que estemos en una comunidad autónoma o en otra, sea de un signo político o de otro. Todas sus señorías coincidirán conmigo en que la atención primaria está sufriendo en estos años una falta grave de relevo por las muchas jubilaciones que se están produciendo y el menor número de especialistas que terminan su formación cada año y, además, muchos de los que terminan prefieren ejercer en los hospitales, en la sanidad privada o irse fuera de España, donde las condiciones laborales, profesionales o retributivas, son mejores. En España no se consiguen adjudicar todas las plazas de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 16

formación mir en Medicina Familiar y Comunitaria, siendo perfectamente conocedor el Ministerio de Sanidad, que, además, lo refleja en su informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035, en el que especifican incluso que en 2023 quedaron 202 plazas sin cubrir en el llamamiento ordinario y 131 tras el segundo llamamiento, situación que se sigue agravando, como se ha visto en la convocatoria del año pasado, quedando libres 459 plazas en un primer momento —lo nunca visto en una elección de plazas de formación sanitaria especializada desde que existe— y que, posteriormente, tras el proceso de repesca, quedaron vacantes 246, número al que hay que sumar las que han elegido, pero después abandonan.

Todo esto demuestra que necesitamos habilitar otras medidas para ir cubriendo la demanda existente de cobertura de médicos de familia y comunitaria y pediatría de atención primaria, para sumar al modelo de elección en tiempo real, que desde el Grupo Parlamentario Popular tantas veces hemos reclamado al Gobierno y que, por fin, en la elección de plazas de la convocatoria de este año verá la luz, pero aún están pendientes otras que ayudarían, como la flexibilización de los criterios de acreditación de las unidades docentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, agilizar el desarrollo de la especialidad en Urgencias y Emergencias y no demorarlo hasta el año 2027, agilizar la homologación de títulos de médicos extranjeros y contar con el registro estatal de profesionales sanitarios. Otras medidas, como la entrada en vigor de la jubilación demorada para los médicos de atención primaria, mejora también las expectativas sobre el número de médicos de familia activos. El Real Decreto Ley 20/2022, de 27 de diciembre, implementaba medidas para facilitar y contribuir a paliar la falta de médicos de atención primaria, fija incentivos a la demora voluntaria de la jubilación para 2023 y tres años más, una modalidad de jubilación activa para el personal de medicina familiar y pediatría de atención primaria, que incentiva su continuidad en el puesto de trabajo hasta los setenta años, medida que fue bien acogida por todas las comunidades autónomas, porque los responsables de la prestación sanitaria en muchas ocasiones se ven incapaces de encontrar profesionales con los que dar una atención sanitaria a los ciudadanos. Y se lo digo como conocimiento de causa, ante una situación que se produce, por ejemplo, en zonas de difícil cobertura, como puede ser en mi tierra.

Sin embargo, esta medida urgente y de alcance inmediato no es suficiente para resolver la situación generada, porque el mismo Gobierno que la ha adoptado lleva años postergando la adopción de soluciones estructurales a largo plazo para esta situación. Desde el Partido Popular, en el programa con el que nos presentamos a las elecciones ya establecíamos que reformaríamos la jubilación activa mejorada para especialistas en medicina de familia y pediatría de atención primaria, ampliándola hasta los 72 años, exceptuando así, para estas especialidades deficitarias, el tope general de los setenta años, establecido en el artículo 96 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de salud, estatuto que el Gobierno quiere modificar y que no llevan por buen camino, como dejaron claro en la manifestación los más de 5000 médicos que salieron a la calle a decirle a la ministra no al borrador del estatuto marco, por sus anuncios y por el clima de toxicidad en el que se ha instalado. El Ministerio de Sanidad se ha manifestado contrario a esta medida de jubilación activa hasta los 72 años. El Partido Socialista ha manifestado su apoyo, siendo coherente con lo que llevaba en su programa electoral. ¿Será este otro de los temas que no ponga de acuerdo a los dos partidos del Consejo de Ministros? ¿O, por una vez, estarán por encima de sus luchas internas y defenderán los dos grupos esta medida, para poder dar cobertura a la situación tan grave por la que pasa la atención primaria?

Hoy, desde el Grupo Popular, le proponemos al Gobierno que se prorrogue el mecanismo de jubilación activa mejorada para estos especialistas, regulada en el Real Decreto Ley 20/2022, y ampliarlo para que los profesionales sanitarios adscritos al mismo puedan prologar el servicio hasta los 72 años, porque es necesario tomar medidas que puedan ayudar a paliar esta grave situación. En el Grupo Popular tenemos propuestas, como esta, que el Gobierno puede implementar y ayudaremos a las Administraciones proveedoras de los servicios sanitarios. Les pido su apoyo a todos los grupos de esta Comisión de Sanidad para que esta iniciativa sirva de apoyo a los médicos que, junto al resto de sanitarios, celebrarán el 12 de abril el Día Internacional de la Atención Primaria.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

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

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

Hemos leído con todo detalle la exposición de motivos de la proposición no de ley del Grupo Popular. Como saben, señorías, en el Real Decreto Ley 20/2022, de 27 de diciembre, se trató de dar respuesta a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 17

la escasez de facultativos en el Sistema Nacional de Salud, modificando el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, introduciendo la disposición transitoria quinta para permitir la actividad de los profesionales jubilados y contribuir así a paliar la falta de facultativos de atención primaria, médicos de familia o pediatras en el Sistema Nacional de Salud. Conociendo que esta compatibilidad de la jubilación y el servicio activo de los facultativos de atención primaria, médicos de familia y pediatras adscritos al Sistema Nacional de Salud con nombramiento estatutario funcionario fue prevista, precisamente, para una duración de tres años a partir de la entrada en vigor de esta disposición transitoria —es decir, que finaliza el 28 de diciembre de este año, 2025—; sabiendo que actualmente se está trabajando en el texto del anteproyecto de ley de modificación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que supone un importante avance para la protección de la seguridad y salud de todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud, así como para sus condiciones de trabajo, además de atender la prevención y el mantenimiento de la salud de toda la sociedad en su conjunto; habiendo puesto en marcha varias medidas conjuntamente con otros departamentos ministeriales que apoyan la gestión de los recursos humanos y, precisamente, una de ellas es la jubilación activa mejorada para los especialistas en medicina familiar y comunitaria y pediatras de atención primaria; sabiendo perfectamente lo que señala el informe de la necesidad de especialistas en España 2023-2035 —que reseña muy bien la propuesta del Grupo Popular— sobre los déficits en distintas especialidades, y viendo, además, la importancia de ese déficit en atención primaria, así como la casuística de la escasez o de que se queden plazas vacantes cuando es la selección MIR, sí es importante saber cuál es la motivación para mantenerse en el sistema —que lo ven como positivo— no solamente para hacer adecuadamente el relato, sino también para tener los datos.

Nosotros, el Grupo Parlamentario Socialista, proponemos una enmienda de modificación, y es que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno de España a realizar los estudios pertinentes sobre la viabilidad y el impacto de prorrogar el mecanismo de jubilación activa mejorada para especialistas en medicina de familia y pediatría de atención primaria, regulada, precisamente, por el Real Decreto Ley 20/2022, para los profesionales adscritos al mismo y que puedan prorrogar su servicio activo hasta los 72 años.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias al Grupo Parlamentario Socialista.
Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, por favor.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Pensamos que es interesante hacer un análisis sobre qué supone esta medida, porque en un primer momento hay una regulación del personal sanitario, incluso por voluntariedad, por el deseo de los propios profesionales. De hecho, esto es una inclusión que ya se hizo en la Ley 6/2018, de presupuestos generales del Estado, permitiendo a las Administraciones públicas autorizar la prórroga en el servicio activo del personal más allá de la edad ordinaria de jubilación, y esa prórroga, en el año 2018, ya podía alcanzar en algunos casos los 70 años. Sin embargo, en el año 2022, teniendo en cuenta la situación de falta de profesionales de medicina de familia y pediatría en atención primaria hubo un paso más ambicioso, que fue el Real Decreto Ley 20/2022, con una modalidad de jubilación activa mejorada para estos profesionales. Esta medida permite compatibilizar el cobro del 75 % de la pensión de jubilación con el salario derivado de seguir trabajando, suponiendo un incentivo mejor para facilitar esa retirada del servicio. En definitiva, ambas medidas, siendo mejoradas en el año 2022, permitieron garantizar la cobertura asistencial de atención primaria por un déficit de plazas que se observó en ese momento. Aparte de esto, hubo medidas extraordinarias en la situación de emergencia COVID y tuvimos profesionales que prorrogaron por necesidades de servicio, dada la situación que vivimos las personas que trabajamos en salud pública.

La pregunta sería: si las políticas de recursos humanos de este país, en las que tienen competencia, fundamentalmente, las comunidades autónomas, se hubieran hecho de forma correcta en los últimos treinta años, ¿se habría llegado a esta situación? Y la respuesta es que no. No olvidemos que el problema que tenemos ahora, que viene desde hace muchísimos años, es de malas condiciones laborales de los profesionales. Yo estoy en este Congreso, porque en el año 1997 dejé la Medicina Familiar y Comunitaria porque los contratos que se me ofrecían eran una mierda: eran contratos de un día, de dos días, de una semana. Como decidí que quería ser médico de familia en buenas condiciones, dejé la medicina, y fíjense dónde he acabado. Vamos a intentar no hacer culpables, no atribuir culpas diciendo, por ejemplo, que la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 18

culpa es toda de la ministra o del estatuto marco. La realidad es que las competencias autonómicas en recursos humanos han sido nefastas en este país. Y hay dos causas fundamentales: claramente, hay un primer modelo —los nombres no son muy técnicos—, que es el modelo «que te den». Hay una política, que es «que te den», que está muy identificada no voy a decir con políticas conservadoras, aunque es un tejido tumoral que tienen los partidos conservadores de este país y que tienen que extirpar. Son ideologías reaccionarias que se quieren cargar, claramente, un sistema público y universal. Quieren cargárselo, porque quieren interpretar el sistema sanitario como un modelo de mercado y como un modelo que beneficie a unos pocos privilegiados; esto es así. En los propios partidos conservadores hay personas que no están de acuerdo con esta ideología reaccionaria y les invitamos a que potencien la extirpación de ese tejido tumoral. El segundo modelo es un modelo más complicado, más complejo, es el modelo «tira, que libras». En este modelo hay partidos conservadores, pero también otros partidos que no son conservadores, que son de nuestro color, donde no hay una ideología de querer cargarse el sistema, pero sí ha habido muy mala gestión durante muchos años. «Tira, que libras» es hacer políticas cortoplacistas en cuatro años para aguantar las legislaturas en las comunidades autónomas, no ser valientes para hacer políticas de recursos humanos y suponer que muchos médicos de familia, pediatras o enfermeras de familia y comunitarias han cambiado de especialidad, se han ido del país o se han dedicado a trabajar en otra cosa, véase al narrador en esta PNL.

Tres propuestas. La enmienda que presenta el Grupo Socialista es muy amable y, seguramente, va a ser aceptada por el Grupo Popular, porque pretende seguir evaluando el tema de la ampliación de la jubilación a los setenta y dos años. También es importante que las jubilaciones se adapten a las necesidades, es decir, hay profesionales de primaria que podrían dejar de jubilarse o seguir en activo, pero con competencias adaptadas: no tienen por qué pasar consultas de cincuenta personas al día, pueden trabajar en formación de residentes, en adaptación de protocolos clínicos o en apoyo de tareas en los centros de primaria. Esto también es importante, no solo el cuánto, sino la calidad de las jubilaciones que queremos o de las jubilaciones prorrogadas. En tercer lugar, hay que tener en cuenta que hay competencia autonómica para mejorar las condiciones de los profesionales y, mientras no mejoremos profesionalmente las condiciones laborales con competencia autonómica, vamos a seguir con el mismo problema que hoy exponemos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias al Grupo Parlamentario SUMAR.
Grupo Parlamentario VOX, por favor. Tiene la palabra.

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

Una consideración previa. Usted ha dicho que abandonó la sanidad en 1997 por las condiciones de mierda que había, ¿no? Pues gobernaba el Partido Socialista Obrero Español, o sea, de conservador poco. Lo digo porque, como usted nos pide siempre rigor, pues rigor. **(El señor Cofiño Fernández: Estamos hablando de comunidades autónomas)**. Bueno, pues no sé si el Partido Socialista Obrero Español es un partido conservador, pero sí es el partido que más ha ostentado el Gobierno a nivel nacional. Estamos en el Congreso de los Diputados, estamos hablando del ámbito competencial a nivel nacional. Si pedimos rigor, rigor. Es muy bonito atacar siempre a los conservadores, pero yo vengo de la Comunidad Valenciana y, durante la pandemia, a los sanitarios se les dejó abandonados y hasta se les acusó de robar material. Existen sentencias contra la propia consejera de Sanidad. De hecho, la consejera de Sanidad fue cesada y, precisamente, no era conservadora, era del Partido Socialista.

Por tanto, hay que ser sensatos, porque estamos hablando de un problema a nivel nacional, no es un problema de una autonomía, no es un problema de algo concreto hecho por un Gobierno concreto. Esto viene de años, es lo de «de aquellos polvos —y no me refiero a los del señor Ábalos— vienen estos lodos». Estamos hablando de que una dejación completa de funciones por parte de las distintas Administraciones, tanto autonómicas como nacionales, ha derivado en que la generación de médicos no tenga prácticamente relevo, en que no se hayan hecho planes para que nuestros sanitarios puedan acceder a plazas con unas condiciones adecuadas. Actualmente, los sanitarios están en una situación en la que se ven abocados a un estatuto marco con el que no están de acuerdo. Estamos viendo como muchos de nuestros sanitarios, después de años para terminar su carrera, se ven abocados a marcharse fuera de España, porque aquí no encuentran una estabilidad ni una retribución adecuada para tener un proyecto de futuro y de familia. Es una amalgama de problemas que se han ido acumulando a lo largo del tiempo, con Gobiernos progresistas y con Gobiernos conservadores, o como ustedes los quieran llamar. Pero no podemos coger y mirar solo para un lado, cuando el problema se ha generado desde diferentes

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 19

Administraciones, y es importante tenerlo en cuenta para analizar bien el problema. Eso es muy importante.

Ampliar la jubilación activa mejorada no es lo deseable, pero es una opción que está ahí, que muchos sanitarios piden, y creo que es una opción que podemos apoyar. De hecho, mi grupo la va a apoyar. Pero también tenemos otro problema, y es que actualmente no tenemos presupuestos. Con el sistema autonómico que ustedes han creado y del que tanto hablan, el problema es que tenemos un problema de financiación con las autonomías y que eso repercute en los presupuestos sanitarios. Ustedes han creado una pescadilla que se muerde la cola. Si las competencias fuesen nacionales, podríamos trabajar de otra forma, pero ustedes se han dedicado a enredar. ¿Para qué? Para lo que haga falta, para crear unas malas condiciones laborales allá donde han gobernado ustedes, los de un color o los del otro. Ese es el problema, que el bipartidismo no ha sabido gestionar la sanidad y sufrimos una degradación absoluta desde que entró en servicio. Por tanto, es importante dar pasos en la dirección correcta, y esos pasos los están dando los sanitarios. Y los sanitarios nos dicen que esta medida, la de ampliar la jubilación activa mejorada para especialistas en medicina de familia y pediatría de atención primaria, es un avance. Y otra cosa que nos están diciendo es que el estatuto marco que se está presentando en el ministerio no lo quieren; de ahí las manifestaciones.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Parlamentario Popular para aceptar o rechazar la enmienda.

La señora **VELASCO MORILLO**: Mantengo la iniciativa en sus propios términos.

El señor **PRESIDENTE**: Perfecto. Muchas gracias.

— PARA IMPULSAR LA DIÁLISIS DOMICILIARIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001769).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la sexta proposición no de ley, que es para impulsar la diálisis domiciliaria. La presenta el Grupo Parlamentario Socialista, que tiene cinco minutos.

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

Buenas tardes, señorías. La enfermedad renal crónica se ha convertido en un importante problema de salud pública mundial, con un preocupante crecimiento en los últimos años en España y en los países de nuestro entorno, asociado al aumento de la longevidad y a la mayor esperanza de vida de la población. De seguir el actual ritmo de crecimiento, se estima que en 2040 se convertirá en la quinta causa de muerte a nivel mundial. En España padecen la enfermedad renal crónica 6 millones de personas. De ellas, casi 68 000 necesitan tratamiento renal sustitutivo. Es una población que ha crecido un 30 % en la última década, a razón de 7000 nuevos casos anuales. Se estima que un 20 % de las personas mayores de sesenta años padecen insuficiencia renal, es decir, enfermedad renal crónica en estado avanzado. Estos son datos que pudimos conocer en la jornada parlamentaria que la Sociedad Española de Nefrología, en colaboración con la Organización Mundial de Trasplantes, organizó aquí, en el Congreso, el 13 de marzo de este mismo año. También pudimos conocer que la enfermedad renal crónica se asocia a una importante morbimortalidad cardiovascular y a un mayor riesgo de muerte prematura. Y también sabemos que puede reducirse con detección precoz y prevención y, sobre todo, garantizando la equidad en el acceso a las técnicas de tratamiento médico y quirúrgico de la cartera de servicios comunes que recoge el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, servicios comunes a los que se suman las prestaciones que algunas comunidades autónomas incorporan en sus carteras complementarias.

La enfermedad renal crónica es una prioridad de trabajo en nuestro Gobierno de coalición, que ha activado su abordaje después de casi una década de inacción de los Gobiernos del Partido Popular. Desde el primer momento el Gobierno de coalición ha sido constante en su trabajo. En 2021, elaboró el informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, aprobada y sin evaluar ni actualizar desde 2012. El Gobierno está trabajando con las comunidades autónomas, con sociedades científicas y asociaciones de pacientes en el plan operativo de la estrategia de cronicidad 2025-2028, un plan operativo que hace de la enfermedad renal crónica una prioridad como problema de salud relevante dentro de la estrategia de adecuación de la práctica asistencial. Este plan incluye la diálisis domiciliaria en la línea estratégica de atención domiciliaria. ¿Con qué objetivos? Con los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 20

objetivos de mejorar la vida de los pacientes, favorecer su autonomía, garantizar el acceso a esta modalidad, identificando y abordando las barreras socioeconómicas, culturales y estructurales que puedan limitar su implementación, y también para reducir la carga hospitalaria y contribuir a la sostenibilidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

El Gobierno desarrolla así, con este plan, el objetivo 223 del documento marco sobre enfermedad renal crónica aprobado en 2013, que proponía implantar de forma progresiva las técnicas domiciliarias y aumentar de un 25 a un 30% el uso de la diálisis peritoneal en pacientes incidentes primarios. Un desarrollo de la diálisis domiciliaria de esta enfermedad renal crónica que de haberse producido antes nos hubiera llevado a un mejor estado de situación hoy para el propio Sistema Nacional de Salud, pero, sobre todo, para los pacientes, porque es una evidencia el impacto clínico positivo de la diálisis domiciliaria en su salud y en su supervivencia. Los datos nos dicen que, lejos del objetivo del 25-30% del documento marco, en este momento el número de personas que inician diálisis en sus domicilios es del 17%.

Nuestro grupo parlamentario quiere contribuir con esta proposición no de ley al impulso de la implementación progresiva de la diálisis domiciliaria, que es prioridad de nuestro Gobierno de coalición en el plan operativo de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, para contribuir a la mejora de la vida de las personas que requieren tratamiento renal sustitutivo y aportar mayor valor en términos de calidad al abordaje de la enfermedad renal crónica, que afecta en nuestro país a 6 millones de personas.

Para terminar, queremos dar las gracias a los grupos parlamentarios por sus aportaciones, que mejoran el contenido de esta proposición, y saludar a la Sociedad Española de Nefrología que sigue este debate *online* y también presencialmente a través de su responsable de Relaciones Institucionales, la señora Manuela Hernández, que se encuentra en la sala contigua. Queremos agradecer también a la Sociedad Española de Nefrología su trabajo y su impulso, que ha motivado esta iniciativa que debatimos hoy.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para defender su enmienda, el Grupo Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Empezamos donde terminó la compañera, dando las gracias a las personas que han trabajado en el desarrollo de la proposición no de ley, especialmente a la Sociedad Española de Nefrología y a su presidente, Emilio Sánchez, director de la Unidad de Gestión Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias y compañero del que sabemos muchas cosas. Los nefrólogos cuentan muy bien lo maravilloso que es un órgano que a veces pasa muy desapercibido, que es el riñón. Dentro de nuestra estructura anatómica tenemos órganos que son preciosos en lo anatómico, como el riñón, con sus glomérulos enrollados, con el funcionamiento que tiene precioso en lo anatómico y en lo fisiológico para un funcionamiento tan importante. Cuando estudiamos Anatomía, Fisiología y Fisiopatología el riñón es uno de los elementos maravillosos con ese funcionamiento que tiene, pero es mucho más maravilloso —que es algo que, desgraciadamente, a veces se sigue sin contar mucho en las universidades— cuando sabemos que ese órgano forma parte de personas que tienen vidas cotidianas. Para una persona que con una hipertensión o con una diabetes tiene un proceso de enfermedad viviendo en condiciones reales la enfermedad es algo mucho más que el mal funcionamiento de un órgano; es el mal funcionamiento de un órgano en una persona que vive en una serie de condiciones reales.

En un estudio publicado en el año 2022, que se llama *Determinantes sociales de la salud y la transición de la enfermedad renal crónica avanzada a insuficiencia renal*, se explica cómo las desigualdades sociales, los determinantes sociales que viven las personas influye en que algunas de ellas tengan una progresión mayor a una insuficiencia renal crónica, que su deterioro sea mayor. En otro estudio del año 2024, que creo que se mencionaba en la proposición no de ley, se señala también que la elección de cuál es el método de diálisis es diferente en las personas que tienen una insuficiencia renal crónica avanzada. La diálisis peritoneal se asociaba siempre con un nivel económico y social más alto, un 38,7% versus un 22,5%; la nacionalidad española, un 91% versus un 77%; la ausencia de barrera idiomática o la mayor independencia de actividades diarias. Se concluye que factores como el nivel socioeconómico influyen en todo esto.

Apoyamos la proposición no de ley. Pensamos que es un buen ejemplo de cómo tiene que haber intervenciones terapéuticas, en este caso de diálisis peritoneal, centradas en las personas y en el lugar donde viven y sufren las enfermedades.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 21

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

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

La señora **TORRES TEJADA**: Gracias, presidente.

Señorías, la ciencia y la medicina avanzan rápidamente y uno de los caminos más importantes que recorren juntos es el de mejorar la vida de las personas enfermas. Hoy hablamos de una enfermedad que afecta profundamente a quienes la sufren y en la que, sin embargo, queda todavía mucho por hacer. Me refiero a la enfermedad renal crónica. Más del 15 % de la población adulta en España la padece, supone un 5,6 % del gasto sanitario nacional y está directamente relacionada con otras enfermedades crónicas. Pero, más allá de las cifras, hablamos de una enfermedad que limita profundamente la autonomía de quien la sufre, afectando a su vida personal, laboral y emocional. Hoy nos acompaña la Sociedad Española de Nefrología, aquí en el Congreso, que, junto a otras entidades muy importantes en nuestra sociedad y con un profundo conocimiento de esta enfermedad, ha elaborado un documento de consenso con catorce recomendaciones claves. Entre ellas quiero destacar dos ideas fundamentales: la necesidad de adaptar los tratamientos a la realidad de cada paciente y la importancia de impulsar la diálisis domiciliaria con apoyo de nuevas tecnologías, como la telemonitorización.

Porque la diálisis, especialmente la que no se realiza en casa, es un proceso largo, agotador y que obliga a los pacientes, muchos de edad avanzada, a desplazarse varias veces por semana a un centro, dependiendo de transporte sanitario y afrontando largos tiempos de espera. Por eso debemos avanzar hacia tratamientos más compatibles con la vida diaria. Pero hoy las terapias domiciliarias siguen siendo minoritarias. ¿Por qué? Porque hay muchos obstáculos, claro. No existe una estrategia nacional que coordine el tratamiento; la población apenas conoce estas opciones; faltan recursos para formar a los profesionales y enfermos, y muchos pacientes no tienen las condiciones adecuadas en casa para acceder a estos tratamientos. Las comunidades autónomas están haciendo un gran trabajo para incorporar estos avances en los últimos años, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad.

Quiero hacer una breve parada en Andalucía, a la que tanto se empeña en denostar siempre la izquierda. En septiembre de 2024, por ejemplo, el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla superó por primera vez los cien pacientes en diálisis peritoneal a domicilio, un programa entre los de mayor actividad de España. O el caso del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, que también había incrementado ya a comienzos de 2023 el número de pacientes que optaron por la diálisis peritoneal domiciliaria. En cuatro años, los pacientes que eligieron esta modalidad pasaron de un 17,4 % a un 55,6 %, coincidiendo con la creación de una consulta de enfermería en la enfermedad renal crónica avanzada.

Desde el Grupo Popular hemos presentado una enmienda que propone dos medidas básicas, pero urgentes. La primera, establecer un programa de formación para que los profesionales sanitarios puedan impulsar y acompañar técnicas de diálisis en casa. Y, la segunda, financiación, incluir en los presupuestos generales del Estado de 2025 una partida específica para hacer todo esto realidad. Señorías, esta no es solo una cuestión de salud, es una cuestión de dignidad. Tenemos la responsabilidad de ofrecer a los pacientes renales una vida con más autonomía, más calidad y más esperanza.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Grupo VOX.

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

En esta proposición no de ley se hace una especie de comparativa entre la diálisis peritoneal, que se realiza en el propio domicilio del paciente a través de un catéter en el abdomen, y la hemodiálisis, que se realiza en los hospitales a través de una vía central o una fístula arteriovenosa. Por descontado, la hemodiálisis que se realiza en los hospitales tiene un coste mucho mayor, más elevado que la diálisis peritoneal, pero hay que tener en cuenta que cada una tiene sus indicaciones y no todos los pacientes son candidatos para realizar una diálisis peritoneal en domicilio.

Sí que es verdad que la diálisis peritoneal presenta algunas ventajas, como puede ser más independencia y tiempo para sus tareas diarias, ya que no deben acudir al hospital; una dieta menos restrictiva que en la hemodiálisis; una función renal más duradera si se coge a tiempo; no requiere de una vía central o una fístula arteriovenosa, sino que se hace a través de un catéter en el abdomen y tiene menos efectos secundarios negativos, como náuseas, vómitos, calambres. Cualquiera de las personas que hemos trabajado en el ámbito sanitario con los pacientes que tienen que acudir a diálisis sabemos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 22

que sus condiciones de vida son mínimas, ya que muchas veces saben cómo se encuentran antes de entrar a la máquina y cómo salen después, la situación tan molesta que les supone y lo traumático que suele ser este proceso muchas veces.

Por supuesto, también tiene desventajas: se debe programar la diálisis en su rutina diaria, los siete días de la semana —la hemodiálisis no es diaria—; requiere un catéter permanente fuera del cuerpo; corre el riesgo de infección y peritonitis; se suele aumentar de peso; las personas muy grandes pueden necesitar terapia adicional; necesitan un amplio espacio de almacenamiento en su hogar para suministros; necesitan un espacio en el dormitorio para el equipo y la máquina PD; requiere de responsabilidad y formación detallada.

Los principales problemas con los que actualmente nos encontramos en la enfermedad renal crónica son la falta de prevención y tratamiento precoz de enfermedades incipientes, y la falta de recursos humanos, que se traduce en la gran falta de nefrólogos. La falta de efectivos humanos, de nefrólogos, en este caso, es el gran problema con el que se encuentran los pacientes con enfermedades renales crónicas. Las unidades de Nefrología han quedado obsoletas, los nefrólogos no pueden hacer atención domiciliaria y, por tanto, esto imposibilita la realización de la diálisis peritoneal. Pero tampoco pueden hacer prevención y tratamiento precoz con farmacopea específica para frenar la evolución de la insuficiencia renal incipiente, porque carecen del tiempo para la visita necesaria y por eso son tratados por los médicos de cabecera. Actualmente, casi toda la enfermedad renal crónica incipiente es visitada por los médicos de cabecera, que suelen estar sobresaturados y carecen de la posibilidad de ofrecer el tiempo que cualquier de estos pacientes complejos requiere. Además, tampoco están formados para hacerlo, de forma que los pacientes con insuficiencia renal incipiente no reciben un tratamiento precoz adecuado y específico hasta llegar al final, en que son enviados a la unidad de Nefrología en el punto en que ya requieren tratamientos sustitutivos, como diálisis o diálisis peritoneal. Hay que tener en cuenta también que se estima que un 20 % de la población tiene enfermedad renal, pero solo un 0,1 % acaban en diálisis, puesto que la enfermedad renal tiene un porcentaje elevadísimo de complicaciones cardiovasculares y de otro tipo sin llegar ni siquiera al proceso final de su enfermedad renal. Por ello, los nefrólogos insisten tanto en la importancia de la prevención y en frenar la evolución de la enfermedad cuando aún es incipiente con tratamientos muy especializados.

Desde VOX no estamos en contra de ofrecer la posibilidad de realizar diálisis peritoneal al pequeño porcentaje de pacientes que puedan ser candidatos, pero sí que estamos en contra de esta PNL. La razón es que solamente habla de datos económicos, de impulsar tratamiento domiciliario para ahorrar costes y de algunas de las chorradas acostumbradas, como el cambio climático; y ni siquiera aborda lo más importante, que es aumentar los recursos humanos y las plazas hospitalarias de Nefrología. Tampoco se habla de actualizar los equipos nefrológicos y adaptarlos a la realidad actual, aumentar el número de nefrólogos y, sobre todo, atender las necesidades de estos pacientes. Por último, de lo que sí habla es de avanzar en el establecimiento de sistemas de acreditación y certificación de calidad de consulta de enfermedad crónica avanzada, es decir, de fiscalizar la consulta para imponer sus ratios como estándar de calidad y al que no cumpla penalizarlo.

Por todo esto, no vamos a votar a favor de esta proposición no de ley, sobre todo por el *petitum*.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Hay una enmienda transaccional que ya tiene la Mesa. El texto se votará sobre la base de esa enmienda transaccional.

— RELATIVA A LA CONSECUCCIÓN DE AVANCES REALES EN LA PREVENCIÓN Y EN LA REDUCCIÓN DE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001879).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a nuestra última proposición de ley, relativa a la consecución de avances reales en la prevención y en la reducción de las agresiones a profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud, que presenta el Grupo Parlamentario Popular. Tiene cinco minutos para ello.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 23

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

Hoy el Grupo Popular trae esta iniciativa con la convicción de que esta Cámara no puede seguir siendo ajena a la situación que viven muchos profesionales sanitarios que son víctimas de agresiones mientras desarrollan su labor asistencial. La PNL que hoy defendemos no es un capricho parlamentario ni tampoco una iniciativa oportunista, sino una respuesta necesaria, urgente y rigurosamente documentada ante una realidad que se agrava año tras año. En 2024, la Policía Nacional realizó más de 10 000 intervenciones relacionadas con agresiones a sanitarios. Las denuncias aumentaron un 22 % en 2024 respecto a 2023. Los datos de los colegios profesionales no son más alentadores. Así, el Consejo General de Enfermería registró 2840 agresiones y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos reporta 847, que es un récord histórico desde que entró en funcionamiento este observatorio.

Nos encontramos, señorías, ante un problema estructural y creciente. Y, sin embargo, cuando este grupo parlamentario ha traído a debate un proyecto de ley en este mismo periodo de sesiones, que era un proyecto de ley claro, específico y garantista para dar protección real y homogénea a todos los sanitarios, la Cámara lo rechazó por tan solo dos votos de diferencia. ¿Qué argumentaron los que disientían de este proyecto? Argumentaron que ya existe legislación suficiente, que no hay que crear nuevas figuras penales o que se trataba de una sobreprotección injustificada. Con respeto, pero con firmeza, respondemos que esto no es cierto.

Los datos demuestran que hay que seguir, que hay que avanzar en las medidas. El artículo 550 del Código Penal, modificado en 2015, con la consideración de autoridad pública a la figura del médico o del profesional sanitario en el servicio público; la Instrucción 3/2017 del Ministerio del Interior, que da origen a la figura de la interlocución de la Policía Nacional contra las agresiones, o los grupos de trabajo que se han creado relativos a este tema en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, han sido pasos adelante. Pero hoy, una década después de estas iniciativas, las agresiones se han disparado en este último año. No hay protocolo suficiente ni protección eficaz sin una acción coordinada y ambiciosa del Estado.

Desde el Grupo Popular proponemos la creación de un plan nacional contra las agresiones a profesionales sanitarios, impulsado por los ministerios de Sanidad, Interior, Justicia y Educación, en coordinación con las comunidades autónomas, cuerpos policiales y representantes profesionales. Un plan dotado de recursos, con protocolos claros, interlocutores policiales activos y campañas de sensibilización efectivas. No estamos solos en esta exigencia; lo reclaman los colegios profesionales, las asociaciones de pacientes y los propios cuerpos de seguridad. La Guardia Civil, las policías autonómicas y locales —no tengo datos de estos cuerpos— constatan también este preocupante incremento de violencia, sobre todo en el ámbito rural. Las agresiones no son solo físicas; hay amenazas, coacciones, insultos e intimidaciones en general. Se produce un deterioro moral de los profesionales sanitarios que hacen que se mine la vocación y la confianza de quienes están llamados a cuidar de nosotros.

El pasado 12 de marzo se conmemoró el Día Europeo contra las Agresiones a Sanitarios. ¡Qué mejor homenaje que una legislación útil! ¡Qué mayor reconocimiento que garantizar su seguridad! En 2024, hace un año, esta comisión aprobó ya una proposición no de ley con un contenido muy similar a la que hoy traemos. ¿Qué ha hecho el Gobierno desde entonces? Nada, ni un solo paso, ni una sola medida, ni un solo compromiso cumplido. Por eso insistimos y mantenemos, respecto a la enmienda que plantea el Partido Socialista, ese periodo que fijamos en seis meses tras la aprobación —si tiene a bien esta comisión— de esta iniciativa. Insistimos en que si el Gobierno no actúa esta Cámara tiene que obligar al Gobierno a que actúe en esta dirección. A quienes se opusieron al proyecto de ley, les pedimos que reconsideren su posición. No se trata de una batalla ideológica; se trata de proteger a quienes nos protegen, a aquellos a los que aplaudíamos a las ocho de la tarde. Se trata de garantizar que un sanitario no tenga que enfrentarse a una amenaza, que no sufra una agresión verbal o física cuando se dispone a atender al paciente. Se trata de asegurar que la atención primaria no sea un espacio de riesgo, sino de cuidado.

Señorías, concluyo. No es una PNL más; es un grito de auxilio de muchos sanitarios de la sanidad española para protegerlos de agresiones, en muchos casos hombres —que son la mayoría de agresores— contra mujeres —que son la mayoría de las agredidas—. Hoy, más que nunca, necesitamos una política que escuche, que proteja y que actúe. Cuidar a nuestros profesionales es cuidar de nuestra sanidad. No podemos fallarles otra vez. **(Aplausos)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 24

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

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

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

No es la primera vez que debatimos en esta casa y en muchos Parlamentos regionales sobre el problema que tenemos con las agresiones a profesionales. De hecho, siguen aumentando año tras año. Sí que es verdad, tras leer los informes de la Policía Nacional o de la propia organización de médicos colegiados, la OMC, que, si bien las agresiones físicas han disminuido, las verbales han aumentado. El problema que tenemos es que no estamos siendo capaces de atajar un problema que se está enquistando, que va aumentando y que está provocando que nuestros sanitarios se vean completamente abandonados. En los debates previos a esta PNL sí que se ha reflejado que desde el Gobierno se ha intentado avanzar en esta posición, pero son movimientos que se han mostrado, o bien insuficientes, o bien ineficaces. Porque, como digo, los informes, tanto de la OMC como de la Policía Nacional, constatan que ha habido un aumento de las agresiones, de las amenazas.

Y es que no solamente las agresiones se sufren en los centros de salud o en los hospitales, sino también —como nosotros pusimos encima de la mesa, porque es algo que se está olvidando— en los desplazamientos a domicilio, donde los sanitarios muchas veces están completamente solos y no saben lo que se van a encontrar, y muchas veces también por la falta de policías que acuden al domicilio. La situación, la verdad, es lamentable. Y no nos quedamos solamente en lo que es la agresión, sino en todo lo posterior, porque cualquier sanitario que denuncia al paciente o al acompañante del paciente que le ha agredido luego se ve amenazado y ve cómo tiene que ir a su coche acompañado. Lo hemos reflejado muchas veces, yo mismo lo he verbalizado en más de una ocasión: los sanitarios incluso tienen miedo de ir a sus coches una vez que termina su jornada laboral. Incluso tienen que aparcar lejos e ir mirando hacia atrás por si alguno de los pacientes o familiares que le han amenazado durante la jornada o en las jornadas anteriores va a cobrarse venganza contra ellos. Los sanitarios actualmente están completamente desprotegidos. Como he dicho, se han dado pasos, sí, pero pasos que se han demostrado ineficaces en algunos casos y muy mínimos en otros. Nosotros vamos a apoyar esta iniciativa. Hemos presentado una enmienda que simplemente quiere poner el foco en los sanitarios, porque tenemos que ponerlos en el centro, porque son los que sufren las agresiones.

Voy a aprovechar los últimos segundos que me quedan para agradecer el trabajo que hacen nuestras fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, nuestros policías nacionales, guardias civiles, nuestros vigilantes, nuestra Policía local.

Quiero dedicar mis últimos segundos a desearles a todos ustedes unas felices Pascuas, que sean ustedes siempre testigos gozosos del Señor resucitado, que sean servidores humildes del pueblo de Dios y, sobre todo, que abramos el corazón a la gracia divina y sigamos su pasión y muerte esta Semana Santa. Que Dios les bendiga a sus señorías, se lo digo de corazón, y feliz Semana Santa. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Vamos a votar en seis minutos. Lo digo por si hay que avisar a algún diputado que no esté en la sala. Nos quedan dos intervenciones de tres minutos.

Grupo Parlamentario Socialista, por favor, si es tan amable de defender su enmienda.

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

Buenas tardes, señorías.

Señorías del Grupo Popular, traen hoy esta PNL sobre avances reales en la reducción de las agresiones a profesionales sanitarios. Aunque compartimos la preocupación por esta realidad, consideramos que esta PNL está vacía de autocrítica, de coherencia y de honestidad. Exponen ustedes en la justificación que las agresiones a profesionales médicos han aumentado en 2024. Muestran las estadísticas también con el aumento de denuncias —y cojo este ejemplo— en el ámbito local, que son 406 con respecto a las 315 de 2023. El 22 % de más que usted ha mencionado.

Señorías, serán conocedores de que el Gobierno del Partido Popular de Extremadura ha contribuido a este aumento con bastante éxito, porque son 38 agresiones las recogidas durante 2024. Como bien dice *El Periódico*, es la primera comunidad autónoma de España con el índice de agresiones más alto por cada 1000 médicos colegiados, 13 de ellas en el área de salud de Plasencia. La respuesta y la actuación de la consejera del Partido Popular ante estas agresiones ocurridas en el Valle del Jerte, y en concreto en Cabezuela del Valle, fue la siguiente: justificó la falta de médicos en esta zona por las agresiones al

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 25

personal sanitario por parte de la ciudadanía. Lo que hizo fue culpabilizar a la sociedad de Cabezuela del Valle y a su entorno para justificar la invisibilidad y la incapacidad política en la gestión de la sanidad pública en Extremadura. ¿Y qué acciones llevó a cabo? ¿La consejera de Salud puso en marcha un protocolo? ¿Realizó la formación específica de profesionales sanitarios, como piden en su PNL? ¿Puso en marcha las campañas para la concienciación a la sociedad para no agredir, como piden en su proposición no de ley? No, lo que hizo fue culpabilizar a la sociedad y dijo así: Es muy difícil fidelizar a médicos y conseguir que se queden médicos y personal sanitario si están sufriendo agresiones en el área. Así es como avanza en las agresiones, un avance real, el Partido Popular, aprovechando unas agresiones que se daban tanto en paciente-profesional como en profesional-profesional. Esto provocó las protestas de la ciudadanía, que reclamara unas mejores condiciones sanitarias y también que exigiera la dimisión de dicha consejera.

Para este grupo parlamentario nada justifica una agresión. El tratamiento más sencillo es que se apliquen las medidas que este Gobierno, junto con todas las comunidades autónomas, han puesto en marcha y han trabajado en conjunto. Les recuerdo que son la Instrucción 3/2017, la aplicación de los protocolos, donde es imprescindible hacer un seguimiento y, por supuesto, una evaluación de todas esas agresiones registradas en cada comunidad. También se creó la figura del interlocutor policial en el territorio sanitario; una herramienta, AlertCops, y una coordinación con las comunidades autónomas, para impulsar y trabajar las acciones formativas para establecer la cultura de la prevención junto a las medidas de protección. Hay que nombrar también las medidas que se aplicaron a los funcionarios, protegiendo a los sanitarios al considerarlos una autoridad pública.

Ustedes vienen y piden seis meses para avanzar, y quieren que avancemos sin colaboración desde los Gobiernos autonómicos. No nos engañemos ni engañemos a los ciudadanos con estos avances; en seis meses no puede pretenderse una colaboración real y poner en marcha las medidas que ustedes están pidiendo en su PNL. Nosotros sí es cierto que hemos hecho una enmienda, que consideramos que es coherente con las propuestas y las acciones que se vienen desarrollando por el Gobierno. Quisiera que la valoraran para poder llegar a un acuerdo y así poder votar a favor de esta proposición, y seguir avanzando para disminuir las agresiones a los profesionales sanitarios. No quiero desaprovechar esta ocasión para agradecer a todo ese personal sanitario de Extremadura su compromiso y su entrega en el sistema sanitario público.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

La última intervención, del Grupo Plurinacional SUMAR. Por favor.

La señora **RECAS MARTÍN**: Muchas gracias, presidente.

En primer lugar, quiero agradecer al Partido Popular que haya traído de nuevo aquí un tema tan importante como son las agresiones al personal sanitario. Los que no hace tanto que hemos dejado la práctica clínica sabemos perfectamente a qué nos estamos refiriendo y que los datos son los que son. Y sí, hay más agresiones, sobre todo verbales. Como bien se explicó en su momento, cuando llevaron esta proposición de ley al Pleno, les explicamos, como le ha comentado mi compañera del Grupo Socialista, que desde 2017 las comunidades autónomas y diferentes ministerios trabajan arduamente en diferentes temáticas relacionadas con ello. De nuevo les recordaré lo que decía ese informe generado por las comunidades autónomas, porque es muy importante poner la foto a esa agresión. La foto tiene cara de mujer, tiene cara de atención primaria y, sobre todo, cada vez más cara de administrativos sanitarios, porque son ellos los primeros que reciben a la ciudadanía cuando quieren alguna clase de información.

Ese informe era muy interesante porque decía cuáles son las causas de las agresiones y, sobre todo, de los insultos y amenazas, que son la mayoría. Decía, y yo creo que es lo más destacable, que estaban relacionadas con la atención percibida y las demandas no resueltas. ¿Qué significa eso? Que probablemente la macrogestión es importantísima, la mesogestión también lo es, pero la microgestión del día a día es lo que probablemente va a marcar ese posible malestar del ciudadano, cuando le dan diez días para ver a su profesional de atención primaria o tiene que esperar dos horas en atención primaria para que le vean u ocho horas en unas urgencias. Esto sin justificar, en absoluto, ninguna clase de agresión al personal que nos atiende.

Sin embargo, lo que está claro es que muchas de estas agresiones se pueden prevenir. Y como bien dijimos, esa prevención se llama gestionar. Y esa gestión es desde lo macro, lo meso y lo micro. Por lo tanto, ahí las comunidades autónomas tienen muchísimo papel que hacer, pero también lo tienen, por

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 26

ejemplo, los consejos generales, como el mío, el de enfermería, o el de medicina. También tienen mucho que ver las sociedades científicas. Entre todos podemos hacer muchas cosas, pero lo que queda claro es que se están haciendo cosas. ¿Que se pueden hacer más? Sin duda alguna. Vamos a ver si llegamos a bajar la lista de espera, las 35 horas, que un médico de atención primaria no tenga sesenta pacientes al día, la temporalidad. Todo eso —la gestión micro— ayudaría mucho a que el ambiente se dulcificara un mínimo.

La enmienda que ha presentado el Partido Socialista va en ese ámbito. Hay que decir que sí, se están haciendo cosas. ¿Que hay que mejorarlo? Sin duda alguna. Por lo tanto, si se aprueba esa enmienda, en SUMAR nos parece muy apropiada la proposición no de ley del Grupo Popular, porque se están haciendo muchas cosas entre mucha gente. ¿Se puede mejorar? Sin duda.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Grupo Popular.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Evidentemente, no voy a replicar a las intervenciones porque abriríamos otro debate. Solo quiero decir que no vamos a aceptar la enmienda del Grupo Socialista y sí la de VOX.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias. **(Pausa)**.

PROPOSICIONES NO DE LEY. (VOTACIÓN).

El señor **PRESIDENTE**: Votamos la proposición no de ley relativa a la creación con carácter de urgencia de la especialidad de Genética Clínica, del Grupo Parlamentario VOX, con una enmienda del Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 15.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Segunda proposición no de ley, para crear un plan integral de protección de la salud mental infantil y juvenil frente a los efectos psicológicos causados por la dana en Valencia.

Se vota con una transaccional del Grupo Popular, del Grupo Socialista y de SUMAR.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la tercera: Proposición no de ley relativa a la integración en la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) de los colectivos pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y a la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), junto con los recursos monetarios correspondientes según la Estadística del Gasto Sanitario Público. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

Se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 3; en contra, 29.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Cuarta proposición no de ley. Proposición no de ley sobre una regulación normativa específica de las asociaciones de pacientes, del Grupo Parlamentario Socialista, y que incorpora una transaccional del Grupo Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 29; en contra, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la quinta proposición no de ley, para ampliar la jubilación activa mejorada para especialistas en Medicina de Familia y Pediatría de atención primaria.

Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular y se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; abstenciones, 15.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 311

10 de abril de 2025

Pág. 27

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Sexta proposición no de ley: Proposición no de ley para impulsar la diálisis domiciliaria.

Se vota con una transaccional del Grupo Parlamentario Popular, del Grupo Parlamentario Socialista y de SUMAR.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 29; en contra, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Por último, la séptima: Proposición no de ley relativa a la consecución de avances reales en la prevención y en la reducción de las agresiones a profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Popular.

Se vota con una enmienda aceptada del Grupo Parlamentario VOX.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; abstenciones, 15.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Muchísimas gracias. Felices fiestas. Nos veremos el día 6 de mayo.

Se levanta la sesión.

Eran las cinco y cuarenta y nueve minutos de la tarde.

cve: DSCD-15-CO-311