



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

Año 2025

XV LEGISLATURA

Núm. 345

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 26

celebrada el miércoles 28 de mayo de 2025

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia conjunta de la presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Martín Álvarez) y del presidente de la Asociación Española Contra el Cáncer (Reyes Bori), con motivo del Día Mundial sin Tabaco, con el fin de sensibilizar a los representantes de los españoles y sumar en los consensos necesarios para una mejor salud ciudadana. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000377)	2
Modificación del orden del día	6
Proposiciones no de ley:	
— Relativa a la seguridad alimentaria y el consumo de insectos. Presentada por el Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente 161/000495)	6
— Relativa a la regulación de la figura del paciente electrodependiente y a la garantía del suministro eléctrico. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000203)	10
— Sobre el abordaje de los trastornos del sueño y mejora de los hábitos de sueño saludable de la población. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001649)	13
— Relativa a desarrollar la prevención, el diagnóstico precoz, la I+D+i y el tratamiento temprano, humanizado, personalizado y de precisión del cáncer en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001715)	17

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 2

— Relativa a la coordinación efectiva entre los dispositivos sociales y sanitarios a través de modelos de atención integrada. Presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. (Número de expediente 161/001748)	21
— Relativa a la modernización, la reordenación y el desarrollo de la Atención Primaria y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002033)	24
— Sobre la implantación de la cirugía robótica en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002111)	29
— Sobre la mejora de las condiciones laborales del personal médico en formación, mir. Presentada por el Grupo Parlamentario Republicano. (Número de expediente 161/002145)	32
— Relativa a la inspección de las técnicas de gestión indirecta del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/002166)	36
Proposiciones no de ley. (Votación)	41

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

COMPARECENCIA CONJUNTA DE LA PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (MARTÍN ÁLVAREZ) Y DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (REYES BORI), CON MOTIVO DEL DÍA MUNDIAL SIN TABACO, CON EL FIN DE SENSIBILIZAR A LOS REPRESENTANTES DE LOS ESPAÑOLES Y SUMAR EN LOS CONSENSOS NECESARIOS PARA UNA MEJOR SALUD CIUDADANA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000377).

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

Nuestro primer punto es una solicitud de comparecencia para una declaración que han hecho la Asociación Española Contra el Cáncer y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria sobre el tema, que se acompañará también de una declaración más resumida que irá después que han preparado Mesa y portavoces. Así que, sin más preámbulo, y teniendo en cuenta que tenemos hoy nueve PNL, vamos a dar comienzo al orden del día.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER** (Reyes Bori): Presidente, muchísimas gracias.

Gracias a quienes hoy reciben aquí a la SemFYC. Somos una serie de asociaciones de no fumadores, la FAECAP o la Sociedad Aragonesa Libre de Tabaco, que venimos a presentar un manifiesto sobre el Día Mundial Sin Tabaco. Creo que es buen momento para presentarlo en esta Cámara, puesto que todo lo que rodea al tabaco tiene que estar regulado y controlado por el Poder Legislativo, y creemos que es el momento para, aparte de presentar este manifiesto, hacer una pequeña introducción de la razón de lo que queremos contar.

Yo quería pedir permiso a la Presidencia porque tenemos la declaración de un grupo de jóvenes, el Proyecto Zero, que realmente busca formar un movimiento en contra ya no solamente del tabaco, sino de todos los derivados y los productos que llevan al tabaco. Me gustaría que, si pudieran, antes de que hable la presidenta de SemFYC, leyeran tres líneas cada uno de ellos —son Silvia y Marcos—. Yo voy a ser breve, porque me han dicho que tenemos veinte minutos entre todos.

Voy a empezar por dos definiciones de la OMS. Voy a hablar de una adicción, que, según la OMS, es una enfermedad cerebral o una patología compleja de origen psicosocial. Esto es un primer bloque de definiciones. Otro bloque de definiciones que quería introducir es el de lo que es un adolescente, qué

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 3

momento de nuestra vida se considera como adolescencia, y se considera, según la OMS, al periodo que va entre los 10 y los 19 años; entre los 10 y los 14 años es lo que se llama la adolescencia temprana y entre los 14 y los 19 es la adolescencia tardía.

Voy a hablar de una adicción, y la adicción es el tabaco. Voy a compartir con ustedes un dato que es incuestionable, que está ahí, que es que el 80% de las personas que empiezan a fumar empiezan a hacerlo antes de los 18 años. Estamos hablando de adolescentes y de una sustancia adictiva —la nicotina y todo lo que llevan los cigarrillos— que sabemos que es la más perjudicial, la más nociva, la más letal de entre todas las que podemos encontrar en el uso, digamos de alguna forma, asumido socialmente. Con lo cual, yo quiero poner de manifiesto este hecho. Vamos a hablar de adolescentes ante una adicción que sabemos que en el 50% de los casos va a llevar a la muerte de estas personas. Eso lo sabemos, lo sabemos por otra publicación de la OMS que dice: El 50% de las personas que fuman van a morir por efectos derivados del tabaco —cáncer, enfermedades cardiovasculares—. Por tanto, tenemos juventud; perdón, adolescencia, no quiero hablar de juventud, quiero hablar de adolescencia. Estamos hablando de adolescentes que entran en esta adicción que sabemos que mata de alguna forma cruel como, por ejemplo, por el cáncer, y cómo justamente en este bloque de personas está ocurriendo un fenómeno nuevo de todas las sustancias que no son tabaco y que están llevando a la adicción. Estamos hablando de vapers, estamos hablando de tabaco sin combustión, de cigarrillos electrónicos con saborizantes. En este momento, las industrias que trabajan alrededor del tabaco tienen un objetivo, que es este justamente, los adolescentes. Tenemos las banalidades de vapers que tienen forma de Bob Esponja, que se compran en cualquier sitio, que están por todos los lados, que se puede vapear en cualquier sitio, pero que no son inocuos, como después comentaremos y habrán visto en el manifiesto que van a leer. Realmente tenemos que proteger la salud del planeta, tenemos que proteger la salud de nuestros jóvenes, que piensan, como todos hemos pensado a los 20 años, que somos inmortales; es lógico, pensamos que la muerte es algo que no existe, tenemos una visión de la vida muy heroica. Además, en estos momentos de nuestra vida y, sobre todo, en estos momentos de formación del cerebro tenemos actitudes que tienden a hacernos integrarnos en los grupos. Eso es clave en la adolescencia: qué te integra en un grupo, qué te integra ahora en las redes sociales. Pues, evidentemente, sabemos que entre los adolescentes el vapear y consumir estos productos, —que son la entrada a esta adicción— está de moda, y no tenemos más que verlo: en las series se paga a la gente para que vapee y no hay ninguna regulación, no están regulados; supongo que estarán regulados por la producción que se haga donde se haga, pero necesitamos regular todo esto. Hay algunos datos que son escalofriantes: cuando se puso en marcha la primera regulación del tabaco, 2005-2010, fumaba en nuestro país el 33% de la población; hoy en día fuma el 22%. Aquella ley de la que se decía que iba a acabar con nosotros, con los restaurantes... Pues ha bajado 11 puntos. Pero se produce la paradoja de que, por debajo de los 18 años, el 33% de los adolescentes está fumando. ¿Y cómo se lee esto? Estamos retrocediendo de alguna forma y estamos retrocediendo porque se está impulsando una nueva forma que era desconocida para llegar al hábito del tabaco, que son todos estos productos con nicotina o sin ella que están bien vistos y que están banalizados. Por consiguiente, tenemos un enorme problema. Hoy en este país van a morir 165 personas por enfermedades derivadas del tabaquismo, 165, y sabemos que cuando hablamos de que el 40 o 50% de los casos del cáncer son prevenibles, el tabaco es la primera causa que es prevenible. Pero no se puede prevenir así diciendo cualquier cosa. Entonces, hay que regular, hay que legislar, hay que controlar, porque nos estamos jugando la vida y la salud del planeta y de los futuros ciudadanos no interviniendo en estos estadios previos a la adicción. Todo esto es para decir que venimos a exponer aquí que se regule, que se legisle, que se controlen todos aquellos elementos que están incidiendo sobre la población, especialmente en los adolescentes, porque es ahí donde está empezando, todo está dirigido a los adolescentes. Así la industria tabaquera da por amortizados los veintidós millones de personas que tiene. Para la reducción de daños, dicen que es mejor fumar otra cosa, pero eso no es verdad, y, además, eso ya está amortizado. ¿Qué es lo que interesa? Que haya una nueva población, que se asegure que van a estar enganchados al tabaco con humo o al tabaco sin humo, pero, en cualquier caso, a productos que sabemos que producen cáncer y otras enfermedades.

No me quiero extender más, puesto que no tenemos mucho más tiempo, para dejar hablar a los demás. Solo quiero hacer este llamamiento desde aquí para que esto se legisle, se regule y se controle, sobre todo teniendo en cuenta que estamos hablando de una adicción, que una adicción es una patología y que una patología es una enfermedad y que nunca se trata el tabaquismo como tal. Entonces, es una enfermedad y, si no abordamos esta vulnerabilidad, sobre la que impunemente están incidiendo industrias de todo tipo con todo estilo de artefactos sobre nuestros adolescentes, tenemos un problema gravísimo. Por eso, tenemos que hacerlo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 4

Con esto doy por terminada mi intervención. Me gustaría dar entrada muy brevemente a dos jóvenes. Hay un movimiento que hemos puesto en marcha hace un año, el Proyecto Zero, para que en 2030 haya una generación —en Europa lo fechan en 2040— que no haya fumado nunca, y lo hacemos con jóvenes. Nosotros no podemos llegar hasta ahí; ya he dicho que los jóvenes son inmortales, que no sabemos su lenguaje, de modo que tiene que ser un movimiento de jóvenes para jóvenes. Por eso, quiero que ahora Silvia y Marcos, o Marcos y Silvia, lean un trocito de lo que han preparado para esta comisión.

El señor **GILABERTE GUERRA** (representante de Proyecto Zero): Buenas tardes.

Lo que nos movilizó a sumarnos no fue una moda ni una obligación, fue la conciencia de estar siendo manipulados, de ver cómo a nuestro alrededor el tabaco y sus nuevos disfraces —vápors con sabores a fresa o *shishas* decoradas con dibujos animados— se infiltraban en patios de instituto, en parques, en fiestas, en redes sociales.

La señora **POZO PALENZUELA** (representante de Proyecto Zero): Fue el hartazgo de ver cómo se banalizaba un problema que mata, contamina y condiciona a no respirar aire limpio o disfrutar del ocio sin humo. Es urgente que todas las fuerzas políticas se pongan de acuerdo en algo tan esencial como proteger la salud de quienes vienen detrás. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER** (Reyes Bori): Hemos comido con ellos y hemos escuchado con placer todo lo que están haciendo. Lanzamos una convocatoria a mil jóvenes para diez ideas que cambiaran de alguna forma el paradigma para controlar esta entrada, esta protección que no tenemos hoy de la adolescencia frente al tabaquismo, y realmente resulta maravilloso escucharlos.

Para terminar, quería darle la palabra a la presidenta de SemFYC para que comparta con todos ustedes y nosotros este manifiesto que hemos hecho conjuntamente.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA** (Martín Álvarez): Gracias, presidente.

Buenas tardes, señorías.

Seré breve y leeré esta declaración institucional: «Frente a los nuevos productos del tabaco: ni fumar ni vapear. Por una generación sin tabaco».

Las entidades que firman esta declaración, en la Semana Sin Humo 2025 y el Día Mundial sin Tabaco 2025, hacen un llamamiento claro y contundente frente a los riesgos derivados de nuevos productos, como cigarrillos electrónicos —vápors—, tabaco calentado, bolsitas de nicotina o pipas de agua, especialmente dirigido a jóvenes y adolescentes.

El consumo de tabaco tiene consecuencias devastadoras. No solo constituye la principal causa de enfermedades y muertes evitables en Europa y en todo el mundo, sino que también provoca daños medioambientales a partir de los residuos que genera. Todas las variantes del tabaco y los productos afines son perjudiciales y no existe un umbral de exposición seguro. Esto quiere decir que toda exposición es perjudicial.

Sabemos que es posible reducir sustancialmente la amenaza y el impacto del consumo de tabaco y sus productos si se adoptan las medidas adecuadas. La infancia y la adolescencia son etapas vulnerables en las que es más fácil adquirir conductas perjudiciales para la salud. En concreto, el 80 % de los casos de tabaquismo se inician antes de los 18 años y se mantienen por la dependencia a la nicotina. Uno de cada dos jóvenes entre 14 y 18 años ha probado los cigarrillos electrónicos alguna vez, es decir, un 56 %. La edad de inicio del consumo en España está en los 14 años, siendo todos ellos menores de edad.

Por este motivo nos hemos propuesto conseguir la primera generación de jóvenes sin tabaco en el año 2030. Sabemos que es posible reducir la amenaza y el impacto de la adicción al tabaco y sus productos si se adoptan las medidas adecuadas. Y permítanme que les leamos los puntos claves.

Uno, falsa percepción de seguridad. Los nuevos productos del tabaco no son inocuos, ya que contienen sustancias cancerígenas, partículas ultrafinas y nicotina altamente adictiva. Estos dispositivos aumentan el riesgo cardiovascular y respiratorio e incrementan el riesgo de adicción temprana a la nicotina. Se han documentado perjuicios medioambientales por los plásticos y productos químicos de los cigarrillos electrónicos tanto en su producción como a la hora de desecharlos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 5

Dos, puerta de entrada al tabaquismo de combustión. Numerosos estudios confirman que jóvenes que se inician con cigarrillos electrónicos —tabaco calentado— tienen un riesgo más elevado de convertirse en consumidores de tabaco convencional en el futuro.

Tres, necesidad urgente de regulación más protectora. Solicitamos al Gobierno central y a todas las fuerzas políticas un consenso para una regulación que proteja a los jóvenes y promueva la salud de la población, equiparando plenamente los cigarrillos electrónicos, el tabaco calentado, las bolsitas de nicotina y las pipas de agua con el tabaco tradicional en cuanto a publicidad, promoción, patrocinio y prohibición de uso en los lugares públicos cerrados. Pedimos un etiquetado claro sobre los efectos nocivos de estos productos, inclusión de advertencias sanitarias en las producciones audiovisuales —televisión, cine, plataformas—, en las que siempre hay escenas de tabaco y nicotina, y transparencia sobre la financiación de la industria tabaquera y sus aliados en cualquier aspecto cuando aparezcan estas escenas.

Cuatro, no comercialización de sabores y aromas atractivos para jóvenes. Exigimos la no comercialización inmediata de sabores y aromas dulces o frutales, que claramente van dirigidos a captar a la población joven y adolescente, favoreciendo diferencias por género y facilitando así su iniciación y adicción.

Cinco, campañas educativas específicas. Reclamamos campañas públicas y escolares específicas que informen claramente a la población, especialmente a los jóvenes y adolescentes, sobre los verdaderos riesgos asociados al uso de estos productos, y destacamos la importancia de promover programas de prevención eficaces en todos los entornos escolares y universitarios.

Seis, apoyo decidido para abandonar el uso de estos productos. Se propone que el personal sanitario pregunte sobre el tabaco y productos relacionados y lo registre en la historia clínica electrónica. Las preguntas son las clásicas de la prevención: ¿Consumo usted actualmente algún tipo de tabaco? Ello incluye cigarrillo electrónico, dispositivos de vapeo, tabaco calentado o cualquier otra forma de consumo. El personal sanitario debe disponer de guías para hablar con los pacientes sobre el cigarrillo electrónico en la consulta. Solicitamos que los programas de cesación contemplen explícitamente intervenciones para usuarios de cigarrillo electrónico y tabaco calentado, facilitando el acceso universal y gratuito a recursos y tratamientos eficaces para dejar cualquier forma de nicotina.

Siete, la reducción de daños del tabaco usando vapeadores y productos de tabaco calentado es una estrategia comercial, no es una solución real para dejar de fumar. La reducción de daños por tabaco en el ámbito poblacional solo se puede alcanzar por cesación completa y definitiva del consumo, por la prevención del inicio y la protección de los no fumadores del humo ambiental del tabaco. La industria del tabaco utiliza la reducción de daños como una estrategia de *marketing*. No hay evidencia concluyente de que la sustitución de cigarrillos por dispositivos electrónicos de liberación de nicotina reduzca el daño poblacional. Las políticas de control del tabaco deben centrarse en aumentar impuestos, intensificar las regulaciones y mejorar el acceso a tratamientos que tienen realmente evidencia.

Ocho, investigación y seguimiento riguroso. Pedimos a las autoridades sanitarias y científicas que promuevan y financien investigaciones independientes que monitoricen el consumo, la composición química y el impacto en la salud pública de estos productos a medio y largo plazo.

Nueve, espacios cien por cien libres de humo y aerosoles. Defendemos la ampliación de espacios públicos y privados totalmente libres de humo y de aerosoles procedentes del tabaco y de estos productos, protegiendo especialmente a niños, adolescentes y población vulnerable.

Diez, participación social activa. Invitamos a organizaciones sociales, asociaciones juveniles y familias a sumarse activamente a la sensibilización sobre el riesgo de estos productos, creando una red social sólida que impida su normalización.

Como llamamiento final, las entidades firmantes, la Asociación Española contra el Cáncer, la Asociación Española de Médicos de Familia y Comunitaria (SemFYC), la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) y dos asociaciones de usuarias y pacientes, instamos a todos los actores implicados, al Gobierno central, partidos políticos, Gobiernos autonómicos y locales, autorizaciones sanitarias y educativas y asociaciones ciudadanas y profesionales de la salud a asumir un compromiso decidido y coordinado frente a esta nueva amenaza, recordando que cualquier producto que promueva el consumo de nicotina perjudica la salud individual, colectiva y medioambiental.

Gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Si es posible, le rogaría que hiciera entrega de una copia para que figure en acta.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 6

La Mesa y portavoces de la Comisión de Sanidad han preparado una brevísima declaración, que va a leer nuestra secretaria primera, María Sainz.

La señora **SECRETARIA** (Sainz Martín): Gracias, presidente.

Propuesta de Declaración Institucional Día Mundial sin Tabaco.

El 31 de mayo de cada año se celebra el Día Mundial sin Tabaco, promovido por la Organización Mundial de la Salud, con la finalidad de concienciar a la población sobre los riesgos del consumo de tabaco, promover políticas saludables y reducir la demanda de productos del tabaco, relacionados especialmente entre las personas jóvenes.

Conocemos que la nicotina del tabaco es un tóxico que podemos evitar para favorecer nuestra salud y también la salud familiar y colectiva, especialmente desde la infancia, a través de hábitos saludables y promoviendo espacios libres de humo. Se estima que en España el tabaco es causante de cerca de 50 000 fallecimientos al año y su consumo está asociado al desarrollo de enfermedades como la EPOC, cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares o diabetes.

El consumo de tabaco se ha ido reduciendo progresivamente en las últimas décadas en nuestro país. Actualmente, el 22 % de adultos son fumadores diarios —el 16,4 % de mujeres y el 23,3 % de varones—, según la Encuesta Europea de Salud en España 2020, y estamos en el noveno lugar del *ranking* de países europeos fumadores. Resulta especialmente preocupante el hecho de que el 21 % de la infancia y adolescencia, entre los 14 y 18 años, haya fumado en el último mes, según la encuesta ESTUDES 2023.

Por todo ello, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados manifiesta su compromiso con un futuro más saludable y libre de tabaco mediante el impulso de políticas de promoción de la salud y prevención del tabaquismo, así como de ayuda a las personas que quieran abandonar el hábito de fumar. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por haber estado con nosotros y hacer esta celebración del Día Mundial contra el Tabaco.

MODIFICACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

El señor **PRESIDENTE**: Respecto a nuestro calendario de las PNL —disculpen por esta urgencia, pero es que vamos muy mal de tiempo—, ¿el Grupo Parlamentario VOX tiene algún inconveniente en tratar en primer lugar la que ha presentado? **(Denegación)**.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— RELATIVA A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y EL CONSUMO DE INSECTOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VOX. (Número de expediente 161/000495).

El señor **PRESIDENTE**: Entonces, pasamos a debatir la proposición no de ley relativa a la seguridad alimentaria y el consumo de insectos.

Presenta la propuesta el señor García Gomis.

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

Esta mañana la ministra Aegesen nos ha hecho una locuaz defensa de la Agenda 2030, hablando maravillas de ella. Creo que mi compañera Rocío de Meer, que ahora se incorporará, podría explicar perfectamente el trasfondo que hay tras los diecisiete objetivos de desarrollo sostenible, porque acabar con el hambre en el mundo es lo que queremos todos, pero lo que no deseamos es que ustedes entren en las casas de los españoles y nos digan qué tenemos que comer.

La Agenda 2030 es una agenda globalista, que habla de los hábitos de consumo sostenible, y, dentro de su política de criminalización del campo y su modo tradicional, apuesta por el destierro de la carne y la sustitución de la dieta mediterránea por insectos, bacterias encapsuladas o incluso carne sintética. Y no lo decimos nosotros, puede verlo cualquiera que haya leído *Great Reset*, un libro que dice que solo la agricultura cubre más de un tercio de la superficie terrestre y es la actividad económica que más perturba la naturaleza. Esto es lo que esconde la Agenda 2030 y lo que denuncia esta iniciativa, que espera el respaldo de todos ustedes, porque detrás de esta iniciativa, de este consumo de insectos, están los grandes *lobbies*. Y por eso decimos que el mayor servidor de los grandes *lobbies* es este Gobierno y Europa, porque el señor Sánchez al primero que recibió en la Moncloa cuando fue nombrado presidente

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 7

fue al señor Soros; no fue a alguna asociación de afectados por algún tipo de enfermedad o algo similar, no, fue al señor Soros.

La influencia de estos *lobbies* es tal que se ha visto reflejada en la autorización y comercialización de insectos en la Unión Europea en un reglamento que se empezó a tratar a partir del 2018 —en mayo de 2018, concretamente—, relativo a los nuevos alimentos, que deroga y reemplaza al reglamento anterior. Esta norma regula la comercialización de insectos para alimentación humana, pero no la cría y la producción, es decir, las condiciones para que las empresas puedan introducir alimentos nuevos e innovadores en el mercado de la Unión Europea, manteniendo al mismo tiempo un alto nivel de seguridad alimentaria para consumidores europeos, que, como les digo, aquella normativa no hacía.

Actualmente, hay cuatro tipos de insectos aprobados: el gusano de la harina, el *Tenebrio molitor*, fue el primer insecto autorizado por la STA para consumo humano, y se puede comer entero, desecado o emplearse como ingrediente de otros productos alimentarios; el segundo sería la mangosta migratoria, que consiguió su aprobación para consumo humano en noviembre de 2021 y se encuentra disponible en formato de congelada, seca y en polvo; luego tenemos el grillo doméstico, que se aprobó en febrero de 2022 y se puede consumir seco o como ingrediente en otros productos alimentarios, y, por último, también tenemos las larvas de escarabajo del estiércol, que se aprobó en julio de 2022 y será empleado en preparaciones liofilizadas o congeladas y puede añadirse también a otros productos alimentarios. En España ya existen empresas que se ocupan de vender *online* estos productos, y además están proliferando las granjas de insectos, que utilizan larvas como base de fabricación de las harinas necesarias para alimentar a pollos, cerdos y conejos.

¿Cuál es la situación que nos encontramos? Pues, miren, hemos pasado de promover la dieta mediterránea, el plato de cuchara y comer fruta, verdura y hortalizas, a atacar directamente el campo y acabar con él, como estamos viendo en Jaén y en muchos otros sitios de España, y promover el consumo de carne sintética, creada con máquinas, y la de insectos. Y me van a permitir, pero a ninguna de sus señorías las he visto comer insectos ni he visto en sus redes sociales que hayan ido a visitar ningún restaurante de insectos y demás. Se ve que lo consumen en la intimidad, como aquel señor Aznar que decía que hablaba catalán en la intimidad. Ustedes no hacen una campaña a favor, pero es lo que tenemos.

En relación con los riesgos microbiológicos y alergénicos asociados al consumo de insectos, destaca un informe del Comité Científico de la AESAN: los tratamientos tecnológicos aplicados actualmente por la industria alimentaria principalmente son térmicos —ebullición, fritura o tostado—, que provocan una reducción considerable de los recuentos microbianos. No obstante, las bacterias esporuladas o patógenas podrían sobrevivir a estos elementos. Y les voy a nombrar solamente algunas de las sustancias que contienen: sustancias antinutritivas y tóxicas, sustancias como, por ejemplo, la quitina. Y pueden contener también taninos, fitatos, oxalatos y saponinas. Tenemos también microorganismos patógenos o bacterias. Según el informe de la autoridad europea EFSA, estos estudios dicen que pueden contener reservorios de bacterias patógenas, como la *Salmonella*, la *Campylobacter*, la *Escherichia coli* o la *Bacillus cereus*. También tenemos parásitos, es decir, dentro de los propios insectos hay otros parásitos; no se garantiza que estos estén eliminados. Asimismo, presencia de contaminantes químicos, porque, como he dicho, no se controla la producción, solamente la elaboración. Y, aparte, las alergias cruzadas. Por ejemplo, se ha detectado una alergia ante crustáceos, cucarachas y ácaros. ¿A quién no le apetece ahora mismo un plato de cucarachas?

Para terminar, había pensado en traerles a ustedes una bolsa de insectos; ahora que hemos terminado el Pleno alguien tendrá hambre para, en vez de tomarse la pastita de té, comerse unas cucarachas, pero como quiero ahorrarles el ridículo de que ninguno de ustedes se levante, no lo he hecho. No se preocupen que, si quieren, en la próxima comisión lo haré. Porque, al final, señorías, lo que pasa con este tipo de medidas y, sobre todo, con los burócratas de Bruselas, es que quieren para nosotros y para los hijos de otros lo que no quieren para ellos. Por eso solicitamos que se apruebe esta proposición, porque necesitamos saber qué comemos y, sobre todo, a mí no me apetece darles a mis hijos harinas hechas con insectos, por lo menos quiero saber qué les doy. Creo que sus hijos también merecen saberlo.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Pasamos a las intervenciones de tres minutos de los grupos.

He visto antes a la portavoz del Grupo Republicano, pero ya no está.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 8

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **RECAS MARTÍN**: Buenas tardes, presidente.

Señorías, hoy VOX nos ha mezclado la Agenda 2030, la criminalización del campo y su modo de vida tradicional con si tomamos insectos. Yo he tomado insectos en varias partes del mundo, David, y estoy aquí bien. Además, estaba ya regulado, o sea, que todo en orden. También lo puedes mirar en mis redes; eso sí, ya hace unos cuantos años, pero puedes mirarlo.

La clave es esa frase sobre la criminalización del campo y su modo de vida tradicional cuando estamos hablando de insectos. Permítame decir que es una afirmación bastante vacía, basada en una manipulación emocional de toda esa realidad que ustedes se crean. Lo que está cuestionando no es el campo ni a quienes lo habitan, sino a los modelos de producción intensiva, industrializados y depredadores, que nada tienen que ver con el verdadero mundo rural ni con la agricultura familiar de toda la vida. El campo tradicional, ese de la rotativa de cultivos, la cría animal en extensivo, el cuidado de la tierra, que defendía esa soberanía alimentaria, es hoy víctima de un sistema que ustedes defienden con mucho entusiasmo. Ahí sí, en las macrogranjas, en la concentración de tierras, en el *dumping* agrario y en la sumisión al capital financiero, ahí podríamos estar de acuerdo en varias cosas.

Lo que está claro es que estos nuevos alimentos son evaluados de forma rigurosa por Europa, por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. Si están autorizados es porque han superado esos estrictos controles. Y en cuestiones de etiquetado y de legislación alimentaria, no lo olviden, estamos sujetos al marco normativo europeo, donde existen normas armonizadas, claras y exigentes.

Por todo ello, nos vamos a oponer a esta proposición no de ley, que distorsiona el debate sobre la sostenibilidad alimentaria y busca simplemente alimentar prejuicios en lugar de basarse en la evidencia científica. Les pedimos responsabilidad una vez más. Dejemos de hacer política con miedo y hablemos de futuro, de salud pública y de justicia rural.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

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

Señoría de VOX, me he leído con detalle la proposición no de ley y ustedes hablan de política de criminalización del campo, de destierro de la carne y de que comer insectos implica peligro para la salud, y todo esto es falso, radicalmente falso.

Nos traen hoy aquí una PNL errónea desde la base. Señorías, en el planeta hay más de dos mil millones de personas —ya lo dice usted en su PNL— que tienen incorporada a su dieta nutricional la ingesta de insectos y, hoy en día, que yo sepa, salvo que haya sido por atragantamiento, no se ha muerto la gente por este motivo. La PNL del Grupo VOX se basa en una percepción errónea y alarmista del consumo de insectos. La realidad es que la insecticultura, bajo el estricto marco regulatorio de la Unión Europea y la supervisión de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, la EFSA, y también de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, la AESAN, representa una innovación prometedora que puede complementar el sistema alimentario actual. Ofrece una fuente de proteínas sostenibles y nutritivas, con procesos de producción que garantizan la seguridad alimentaria. En lugar de promover el rechazo, es fundamental fomentar una discusión basada en la ciencia, la transparencia y el respeto por la elección del consumidor, reconociendo el potencial de los insectos para contribuir a un futuro alimentario más resiliente y sostenible. Para gustos, colores, señorías; habrá gente que quiera incorporar a su dieta el consumo de insectos y otra que no, al igual que hay gente que incorpora a su dieta la casquería o los caracoles y otra que no.

Si bien la preocupación por la seguridad alimentaria es legítima y compartida, la PNL se fundamenta en premisas que no se corresponden con la evidencia científica actual ni con el marco regulatorio de la Unión Europea. En este sector se busca ofrecer una perspectiva basada en hechos, destacando el rigor de los procesos de aprobación y los beneficios potenciales que la insecticultura puede aportar al sistema alimentario. La EFSA realiza un riguroso proceso de análisis sobre la seguridad y el consumo de insectos. La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria es precisamente el órgano científico que, tras una evaluación exhaustiva y basada en la evidencia, está emitiendo opiniones favorables para la aprobación de diversos insectos como nuevos alimentos en la Unión Europea. La EFSA no solo considera al insecto en sí mismo, sino que su análisis abarca todo el ciclo de vida del producto, desde las condiciones de cría

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 9

y alimentación de los insectos hasta los métodos de procesamiento, incluidos los tratamientos térmicos y su integración final en diferentes matrices alimentarias. Este enfoque holístico garantiza que cualquier producto aprobado sea seguro para el consumo humano y asegura la máxima transparencia y el cumplimiento de los más altos estándares de seguridad alimentaria. La PNL menciona riesgos microbiológicos y parasitarios. No obstante, la industria de la insecticultura aplica rigurosos procesos de transformación que garantizan la seguridad del producto final. En la mayoría de los casos, la transformación de los insectos en ingredientes alimentarios implica un doble tratamiento térmico. Este proceso, que puede incluir escaldado, secado, tostado o molienda a altas temperaturas, es altamente eficaz para eliminar patógenos y reducir la carga microbiana a niveles seguros, incluso superiores a los de algunos alimentos convencionales.

Su PNL, señoría, sugiere que la promoción de la insecticultura forma parte de una agenda globalista para destronar a la carne y forzar hábitos alimentarios propios de sociedades en las que han imperado la pobreza y la desnutrición. Pues bien, esta afirmación es errónea y alarmista. Por tanto, votaremos en contra.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.
Portavoz del Grupo Parlamentario Popular, por favor.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Gracias, presidente.
Señorías, buenas tardes.

En esta Cámara se demuestra que hay espacio para casi todo. A veces el debate es riguroso, de ciencia, y a veces de política, pero otras veces se cuelean discursos que apelan al miedo, a un ridículo impresionante, que no llevan nada de razón.

Acabamos de escuchar una intervención que no es tanto una posición política, sino una especie de caricatura: el pánico a los insectos como bandera ideológica. Según la FAO, más de dos mil millones de personas en el mundo consumen insectos habitualmente. El Partido Popular defiende con firmeza la libertad alimentaria, la calidad nutricional, la seguridad sanitaria y, por supuesto, la soberanía del consumidor; lo que no vamos a hacer es confundir a los ciudadanos ni generar rechazo hacia un sector económico incipiente con potencial innovador y sostenible.

La introducción regulada de insectos comestibles en el mercado europeo no es una conspiración ni una imposición; es el resultado de evaluaciones científicas exhaustivas por parte de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, y su consumo es voluntario. No hay ningún plan para obligar a nadie a comer grillos. Lo que sí hay es un marco normativo que garantiza la seguridad y la trazabilidad, y eso es lo que importa desde la perspectiva de la salud pública.

El Grupo Popular defiende una cadena alimentaria moderna, segura, diversa y abierta a la innovación, siempre que se respeten nuestras tradiciones, nuestras normas sanitarias y nuestra libertad de elección. Lo que no vamos a hacer es alimentar teorías absurdas para tapar una falta de propuestas. Defendemos una política alimentaria basada en la evidencia científica, en la trazabilidad y en los altos estándares de seguridad. El Reglamento 2015/2283 garantiza que ningún nuevo alimento entre en el mercado europeo sin una evaluación rigurosa por parte de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. Mi grupo subraya que ningún ciudadano está obligado a consumir insectos ni ningún otro nuevo alimento.

Esta normativa no impone alimentos, sino que regula su inocuidad, asegurando que cualquier producto autorizado cumpla con requisitos estrictos antes de llegar al consumidor. El nuevo marco normativo europeo facilita la innovación controlada, impulsando el desarrollo de sectores emergentes como el de la proteína alternativa, incluyendo los insectos.

El Partido Popular defiende la posición de España como potencia agroalimentaria líder, capaz de competir en un mercado global, apostando por la ciencia, la tecnología alimentaria y el emprendimiento. Frenar la innovación por prejuicio ideológico es condenar al sector español a la irrelevancia frente a otros países que sí apuestan por el futuro.

Termino. La receta del Partido Popular para la seguridad alimentaria es: libertad para elegir, ciencia para garantizar e innovación para avanzar.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 10

— RELATIVA A LA REGULACIÓN DE LA FIGURA DEL PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE Y A LA GARANTÍA DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000203).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos ahora a la proposición no de ley relativa a la regulación de la figura del paciente electrodependiente y a la garantía del suministro eléctrico, del Grupo Parlamentario Popular, que tiene cinco minutos para su defensa.

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

Señorías, el Grupo Parlamentario Popular presenta esta proposición no de ley que viene a proteger a un colectivo especialmente vulnerable, los pacientes electrodependientes, es decir, aquellos cuya vida depende de un enchufe. Lo hacemos con la firme convicción de que esta iniciativa merece el respaldo unánime de esta comisión.

Hoy hace precisamente un mes del gran apagón eléctrico, un hecho insólito y sin precedentes en nuestro país, que afectó a casi 45 millones de españoles. Por eso entiendo la sensibilidad de todos los diputados de esta Cámara cuando nos podemos hacer una idea muy aproximada de lo que vivieron los pacientes en aquella hora, especialmente los pacientes que dependen de dispositivos médicos eléctricos para sobrevivir. Las horas que duró el apagón, incluso hasta veinticuatro horas en algunas provincias como la mía, supuso en algunos casos una amenaza real e inmediata para la vida de estos pacientes. En este punto no podemos olvidar los tres miembros de esa familia de Orense que fallecieron como consecuencia de intentar alimentar un respirador que necesitaba para vivir uno de ellos. Desde aquí mandamos nuestro pésame a la familia. Señorías, esto no puede volver a pasar.

Con nuestro voto hoy a favor de esta proposición no de ley, estamos actuando, en la medida de nuestras posibilidades, para evitar que se repita este tipo de tragedia. Esta proposición no de ley viene a defender una causa justa y urgente. Lo que pedimos es muy sencillo: regular la figura del paciente electrodependiente y materializar, con la creación de un registro nacional de pacientes electrodependientes, las medidas útiles y necesarias para garantizar que los propios pacientes acceden a bonificaciones de orden tarifario y a dispositivos que garanticen la estabilidad del suministro. Si bien es cierto que precisamente hoy hace una semana que en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se aprobó un grupo de trabajo para elaborar un plan marco ante cortes masivos de suministros esenciales, con más motivo creemos que la aprobación de esta iniciativa puede venir a reforzar y apoyar a ese grupo de trabajo en sus conclusiones y en el trabajo a lo largo de los dos años que tiene por delante.

Señorías, tampoco podemos perder de vista que la propia ministra para la Transición Ecológica en sus declaraciones esta semana ha confirmado que no puede comprometerse a que ese gran apagón no se pueda volver a producir. Por eso, con más motivo, no podemos dilatar en el tiempo la puesta en marcha de esta iniciativa. Los ciudadanos no nos perdonarían que, teniendo en nuestras manos poder hacer algo con la iniciativa que hoy traemos a esta comisión, miremos para otro lado, y pueda volverse a producir un apagón y no hayamos hecho nada.

Señorías, les estamos hablando de quienes no pueden permitirse un solo segundo sin energía eléctrica. Les hablo de personas conectadas a respiradores, a diálisis, a bombas de perfusión, a dispositivos de alimentación artificial o a dispositivos de comunicación o movilidad asistida. Todo esto no son lujos tecnológicos, son medios de supervivencia para estas personas enfermas. Entre ellas, quiero hacer una especial mención a los pacientes de ELA. Esta Cámara aprobó en octubre del 2024 una ley para protegerlos. Una ley que fue recibida con muchísima esperanza por esas más de cuatro mil familias que luchan cada día contra una de las enfermedades más crueles y devastadoras, pero esa ley sigue hoy sin financiación. Eso, señorías, y lo digo con toda la claridad, es imperdonable por parte del Gobierno de Pedro Sánchez porque hace siete meses de esa aprobación.

Esta PNL no es un capricho político, es una necesidad técnica y humana. Lo demuestran los protocolos que ya han puesto encima de la mesa algunas comunidades autónomas, como la propia Comunidad Valenciana, que hace unos meses, en el mes de abril, precisamente aprobó un protocolo para abordar efectos como el apagón ante la respuesta cero por parte del Gobierno de España, que no hace nada que pueda ayudar ahora mismo a estos pacientes. Esto no es ideología, es humanidad. No es una propuesta del Partido Popular. Tengan en cuenta que el propio Defensor del Pueblo ha puesto encima de la mesa prácticamente las mismas medidas que aquí traemos, así como el Foro Español de Pacientes. Por eso apelamos aquí a la responsabilidad de todos los grupos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 11

Señorías, ojalá hoy podamos enviar el mensaje claro a los pacientes más vulnerables, los pacientes electrodependientes, de que esta Cámara los ve, los escucha y actúa en consecuencia, y que cuando su vida vuelva a depender de un enchufe, España, esta vez sí —el Estado, esta vez sí—, pueda darle una respuesta.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para defender su enmienda, interviene el Grupo Plurinacional SUMAR.

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

Doy las gracias al Grupo Popular por traer este tema que, como bien se puede ver por la fecha de su registro, lleva tiempo en la mente de todos y lleva tiempo debatiéndose.

Hablamos de la dependencia de muchas familias de respiradores, de diálisis, de nebulizadores, de medicación en neveras. Esto requiere, sin duda alguna, una respuesta por diferentes ámbitos, como bien expone su propuesta. Unas son las competencias de sanidad, que muchas de ellas son de las comunidades autónomas. Eso siempre lo diremos y siempre lo repetiremos. Muchas ya se están haciendo, porque se llama gestionar, se llama preocuparse y ocuparse, identificando, por ejemplo, en atención primaria u hospitalaria a esos pacientes, a esas familias más vulnerables y dándoles apoyo por los diferentes niveles, por ejemplo, con las gestoras de casos.

Hablan de la creación de un registro. Yo he decidido hacer alguna pregunta a mis compañeras enfermeras de atención primaria y de diálisis de diferentes partes de España. Muchas lo tenían claro, ya que hay planes de contingencia para estas cosas, aunque no en muchos sitios. Ahí está una de las claves. Muchas me decían: Yo tengo identificados a esos pacientes, a esas familias, y, si las condiciones de trabajo me lo permiten, yo sí puedo hacer todas esas cosas. Eso se llama ocuparse; ocuparse también de las competencias que tiene cada uno en los diferentes niveles.

Supongo que esta iniciativa que traen hoy aquí, como bien ha dicho usted, está motivada por el apagón, que nos dejó a todos muy afectados. Fue una situación límite y, de nuevo, los profesionales sanitarios colaboraron y se ocuparon de gestionarla. De los grandes problemas acaecidos en todos estos últimos años hemos sabido —casi todos— aprender y poner soluciones. No solo el Ministerio de Sanidad, que respondió al llamado del nivel de emergencia que hicieron varias comunidades autónomas, sino también las comunidades autónomas.

Un ejemplo que usted ha dicho es el del consejo interterritorial, que tuvo lugar hace muy poco justamente para hablar de esto y para ponerse manos a la obra para que esa electrodependencia no juegue con la vida de las personas. Así, como habréis podido leer, se comenzó un plan con el que se impulsarán protocolos más eficaces; se promoverá el aprendizaje compartido; se habla de coordinación intersectorial, que yo creo que aquí es importantísima; de procedimientos de cooperación con todos los sectores clave, y ahí hablan también de los operadores eléctricos, que ustedes también comentan, y que no es competencia de Sanidad, pero sí se puede trabajar en diferentes planes; garantizan la continuidad asistencial en ese plan en el que están trabajando todas las comunidades autónomas con el ministerio. Todo eso, sin duda alguna, con la idea de un sistema sanitario más resiliente y que proteja a los pacientes más vulnerables. Todo este trabajo entre las comunidades autónomas y el ministerio se va a ver, como usted ha comentado, en el plan que está previsto hasta el 2027.

Una vez más, quiero agradecerle que hayan traído esta iniciativa aquí que, sin duda alguna, SUMAR apoyará. Nosotros hemos presentado una enmienda simplemente para que se reflejara que ya se había comenzado, probablemente algo más tarde lo que debería haber sido. En nuestro grupo pensamos que juntos, en este tema, podemos hacer que las familias de los electrodependientes se sientan más seguras ante cualquier problema que acontezca.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Para defender su enmienda, tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias.

Respaldamos esta proposición presentada por el Grupo Parlamentario Popular, que aborda, sin duda, una necesidad real y urgente: la regulación clara y la protección efectiva de los pacientes electrodependientes. Este colectivo depende de un suministro eléctrico continuo y estable para el funcionamiento de dispositivos médicos esenciales —respiradores, diálisis, nebulizadores— y que son

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 12

indispensables para preservar su salud y, en muchos casos, su supervivencia. Todos, desgraciadamente, recordamos el peor apagón reciente; una situación límite que vivieron miles de pacientes electrodependientes, quienes vieron amenazada su salud por la falta de suministro eléctrico, como ya he dicho, indispensable para sus tratamientos domiciliarios. Estos pacientes, sin duda, reclaman a la Administración una alternativa, pues, desgraciadamente, en manos de este Gobierno, a saber si viviremos situaciones parecidas en el futuro. Por tanto, valoramos que esta iniciativa reconozca la gravedad del problema estableciendo medidas, como la creación de un registro nacional, la consideración de estos pacientes como consumidores vulnerables y, por supuesto, la garantía de continuidad en las bonificaciones de suministro.

Por todo ello, hemos propuesto enmiendas que creo que complementan esta proposición, comenzando por la definición técnica, clara y unificada a nivel nacional para delimitar el concepto de paciente electrodependiente —es algo que parece sencillo, pero había que limitarlo—, evitando así interpretaciones dispares que comprometan su seguridad jurídica y, sobre todo, la equidad en la protección. Además, proponemos que el registro nacional se actualice en tiempo real —no es tan difícil— y, muy importante, con acceso exclusivo para operadores eléctricos, servicios de emergencia y profesionales sanitarios, garantizando, por supuesto, la privacidad conforme a la normativa. Sin datos fiables y accesibles es imposible dar atención y respuesta rápida ante esos cortes, y estamos hablando, en muchos casos, de que muera gente. Por lo tanto, reclamamos la implantación de protocolos de actuación y comunicación coordinados entre las compañías distribuidoras, los servicios sanitarios y los de emergencia que permitan activar mecanismos inmediatos ante cualquier interrupción de suministro.

En cuanto a la garantía de suministro, consideramos fundamental que las empresas eléctricas provean sin coste para los afectados —repito, sin coste— equipos de respaldo, aunque visto lo que está pasando con la ley ELA, pongo muy en cuestión que este Gobierno pudiera sufragar esos equipos de respaldo que garanticen la continuidad vital.

Por otro lado, la condición de consumidor vulnerable debe traducirse en reducciones de las tarifas efectivas y en acceso a ayudas para dispositivos de respaldo para que no pase lo que ya hemos comentado de esta familia que, por tener un mal cacharro, por tener un mal generador murieron tres personas.

Finalmente, reiteramos que el Estado debe recuperar y fortalecer su capacidad rectora —lo decimos siempre—, para garantizar una regulación homogénea y una gestión coordinada a nivel nacional, evitando las disparidades propias del modelo autonómico que comprometen esta igualdad.

Por ello, vamos a aprobar esta proposición. Creemos que algunas de las enmiendas que ya he apuntado mejoran la situación de este colectivo, desgraciadamente abandonado estos últimos años y, desgraciadamente, como se ha demostrado, en esta situación muchas veces está en juego la supervivencia de miles y miles de personas.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Pasamos a la intervención de los grupos.

El señor Agirretxea Urresti no interviene.
A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista, señora Sainz.

La señora **SAINZ MARTÍN**: Muchas gracias.

Es de agradecer que la exposición que hace el Grupo Parlamentario Popular se dirija, fundamentalmente, a una demanda del Defensor del Paciente. Esa demanda va dirigida, precisamente, al Ministerio de Transición Ecológica y Reto Demográfico. Con esto quiero decir que no solamente se trata de productos farmacéuticos, sino también de materiales sofisticados para atender a este tipo de pacientes que pueden sufrir situaciones como la ocurrida el día 28, y esto ha sido una llamada de atención. Precisamente, tenemos que atender estas situaciones. Es una desgracia constatar los datos relativos a las personas que lo ha sufrido precisamente por no tener una electrificación adecuada y sofisticada en sus hogares. Vemos aquí, señorías, que entran en juego muchas Administraciones. Ambos grupos parlamentarios mayoritarios, Partido Popular y Partido Socialista, siempre estamos apoyando la importancia que tiene la gestión de la salud de nuestra ciudadanía a través de las comunidades autónomas. Quiero decir con ello que las dos propuestas que ustedes hacen implican a muchas Administraciones, pero siempre sin renunciar a la Administración más cercana de esa ciudadanía que,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 13

además, está controlada por sus propios médicos especialistas, quienes conocen a los pacientes a través de los distintos centros hospitalarios donde realizan su seguimiento. Es verdad que todo enfermo crónico con esa dependencia debe tener un seguimiento; no está totalmente dado de alta, hay un seguimiento continuado. Ello implica que la Administración sanitaria, aun sabiendo que la gestión directa es de las comunidades autónomas, también tiene que tomar las medidas pertinentes. Por eso nos es grato recordar aquí hoy a sus señorías que la ministra de Sanidad, precisamente por esta casuística y por esta situación que se plantea, porque al final todo puede dar un resultado nefasto en la salud de nuestros pacientes, ha hecho bien en dar una llamada de atención y constituir rápidamente un grupo de trabajo que va a coordinar, a través del consejo interterritorial, esas medidas, precisamente, de emergencia. Y añadimos la palabra emergencia.

También hay que garantizar esa continuidad asistencial, porque estas personas son pacientes crónicos y queremos que esa cronicidad se mantenga vigilada y atendida a lo largo de su vida. Por supuesto, se trata de atender, especialmente, a pacientes vulnerable ante la falta de suministro, porque lo que sufrimos durante horas en España ha sido una llamada de atención. Por lo tanto, ese plan para poner énfasis en las medidas dirigidas a los pacientes electrodependientes va a requerir que estos dispositivos eléctricos, esa respiración asistida no se interrumpa. También ustedes saben muy bien que hay medicamentos que se tienen que mantener en frigorífico y que los frigoríficos actuales pueden mantener un tiempo la temperatura, incluso en una situación de apagón eléctrico. Por supuesto, fortalecer la resiliencia del sistema y desarrollar un marco común es importante, pero siempre con ese ideario de las comunidades autónomas y trabajando conjuntamente. Ustedes proponen una definición sobre quién es paciente electrodependiente; o sea, tipificar esa definición. Es importante que haya una definición correcta y, además, con consenso a través de las comunidades autónomas.

Por eso, vamos a atender la enmienda que ha presentado el Grupo Parlamentario SUMAR y la apoyaremos porque creemos que tenemos que avanzar en estas nuevas situaciones.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿Acepta las enmiendas el Grupo Parlamentario Popular?

La señora **SÁNCHEZ TORREGROSA**: Presidente, estamos trabajando en una transaccional para ofrecérsela a los grupos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Lo veremos en el momento de la votación.

— SOBRE EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO Y MEJORA DE LOS HÁBITOS DE SUEÑO SALUDABLE DE LA POBLACIÓN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001649).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente proposición no de ley, sobre el abordaje de los trastornos del sueño y mejora de los hábitos de sueño saludables para la población, del Grupo Parlamentario Socialista.

Tiene la palabra su portavoz por cinco minutos.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Gracias, presidente.

Buenas tardes, señorías.

En primer lugar, quiero agradecer a Alianza por el Sueño y a la Federación Española de Sociedades Científicas del Sueño el impulso de esta iniciativa que hoy nos permite al Grupo Parlamentario Socialista sumar nuestro compromiso de trabajo al de tantos profesionales de nuestro Sistema Nacional de Salud que, de manera constante, como podemos ver continuamente en esta comisión, promueven causas para mejorar la salud de todos y de todas. «Sueño es vida» fue el lema de la jornada parlamentaria que la Alianza por el Sueño organizó en esta Cámara el 9 de septiembre y a la que pudimos asistir todos. Dormir, nos dice la Alianza por el Sueño, es esencial para el buen funcionamiento del organismo. Mientras dormimos se restauran nuestras funciones fisiológicas, neurológicas y psicológicas. Dormir nos ayuda a consolidar la memoria, los conocimientos y las habilidades. Por lo tanto, dormir es esencial en todas las etapas de nuestra vida. Los expertos recomiendan dormir de diez a trece horas en edad preescolar, de nueve a once horas a partir de los 6 y hasta los 13 años; diez horas en la adolescencia, entre siete y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 14

nueve en la edad adulta, y las personas mayores de 65 años, entre siete y ocho horas. Pero, señorías, España tiene sueño, nos decía la alianza en esta Cámara, y este es el motivo de nuestra proposición no de ley, la que presenta esta tarde el Grupo Parlamentario Socialista.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología, el 30% de la población infantil no duerme bien; seis millones de personas en España, que es el 14% de la población, sufre insomnio crónico, es decir, que sufre insomnio durante más de tres meses; y, entre el 25 y el 35% de la población, sufre insomnio transitorio. Otros trastornos comunes del sueño son el síndrome de las piernas inquietas y la apnea respiratoria, trastornos que, según la SEN, la Sociedad Española de Neurología, se estima que más del 90% de las personas que los padecen no están todavía diagnosticadas.

El objetivo de nuestra proposición no de ley es profundizar en el abordaje integral de estos trastornos y contar con un marco de referencia específico y multidisciplinar para garantizar unos buenos hábitos del sueño, dentro de las estrategias que ya tiene elaboradas el Ministerio de Sanidad. No dormir adecuadamente puede conllevar complicaciones endocrinas, metabólicas, psicológicas, inmunológicas, psicomotoras y favorecer la aparición de trastornos neurológicos; y afecta a las actividades de la vida diaria, ya que produce somnolencia, cansancio, falta de concentración, bajo rendimiento, pérdida de memoria, irritabilidad o ansiedad; síntomas que, en determinados sectores profesionales, pueden suponer un riesgo laboral y además poner en riesgo a terceras personas. Pensamos en servicios esenciales, como son los sanitarios, cuidados, transporte... Y en la población infantojuvenil impacta claramente en su desarrollo.

El sueño es un determinante de la salud y nos parece fundamental que esté presente en los análisis de evaluación del estado de salud de la población. Por ese motivo, proponemos incorporar, en las encuestas de salud, indicadores sobre cantidad y calidad del sueño; y también proponemos disponer de los medios necesarios para investigar las causas de los trastornos del sueño y la relación de la falta de sueño con los determinantes sociales, especialmente con el género. También nos parece fundamental incrementar las capacidades de los profesionales para abordar los trastornos del sueño, desde el mayor conocimiento y la especialización.

Por último, una cuestión que preocupa a todos los grupos de esta Cámara y que compartimos en múltiples intervenciones, es la de disponer de programas para la deprescripción de benzodiazepinas y otros fármacos adictivos. Recordemos que, según la Estrategia de Salud Pública 2022 del Ministerio de Sanidad, España es el segundo país de la OCDE en el consumo, con y sin receta, de estos psicofármacos. Hay que apostar por una buena higiene de salud del sueño antes que prescribir estos fármacos que crean adicciones. Hábitos de sueño saludable, técnicas de relajación o terapias cognitivo-conductuales es la apuesta que hacen los profesionales y que esta tarde queremos también proponer a todos los grupos; porque dormir bien nos da la vida, como nos recuerda siempre la Alianza por el Sueño. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para defender su enmienda, tiene la palabra el Grupo Plurinacional SUMAR.

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

Ya hemos hablado alguna vez de María Teresa —y hoy nos acompaña de forma virtual—, que era una paciente que presentamos en algunas de las primeras comisiones de Sanidad. María Teresa es una mujer que conocimos hace tiempo en El Natahoyo —es esa silla vacía que está ahí en la Presidencia—; tenía cincuenta y tantos años cuando la conocimos, trabajaba en una mercería, dejó la mercería y se casó con Manuel, un chaval del barrio, y tuvieron tres hijos. El del medio, que fue el que conocimos inicialmente, tuvo un problema de adicciones y generó bastantes conflictos. La silla de María Teresa está llena de un montón de cosas: es trabajadora, se encarga de la economía doméstica, se encarga del mantenimiento de la casa, del cuidado de los hijos... Su hija mayor tuvo un problema de trabajo y de vivienda, con lo que tuvo que volver a casa, por lo que ella se encargaba también del cuidado de los nietos. La hija pequeña, que en aquel momento era adolescente, y muy buena estudiante era la que la apoyaba también en estos temas. Y Manuel, el padre, andaba con muchas dificultades.

Cuando vino a vernos María Teresa un día a la consulta, con cincuenta y tantos años, se encontraba nerviosa, con ansiedad, respiraba mal, le dolía todo el cuerpo, tenía ganas de llorar y dormía mal por las noches. Y a toda esa silla de cosas que tenía María Teresa, nosotros, con un buen criterio en aquel momento, le añadimos alguna cosa más, porque, además, María Teresa tenía una diabetes y era hipertensa. Tuvimos que ponerle fármacos, le dimos recomendaciones de hábitos saludables y una pastillina para dormir por la noche. Lo que aprendimos mucho más mayores —y lo damos siempre en el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 15

curso a nuestros residentes de Medicina y Enfermería Familiar Comunitaria— es que lo importante de María Teresa, sean o no necesarias las pastillas — que cuando lo son hay que utilizarlas—, es quitar las otras cosas que cargaban la vida de María Teresa. Cuando le decíamos a María Teresa que debía tener mejores hábitos y cuidarse más, ella decía: No tengo capacidad de cuidarme a mí misma, porque estoy hasta arriba, desde que me levanto hasta que me acuesto, estoy todo el día cuidando a los demás. No tenía tiempo propio; lo que decía Virginia Wolf de la habitación propia ahora es tener tiempo propio.

El sueño es un elemento característico de esto: hay diferentes causas, pero muchas tienen que ver con determinantes sociales; y, en este sentido, la modificación propuesta tiene que ver con esto. Requerimos políticas para mejorar hábitos, prescripción y adecuación, pero necesitamos políticas que mejoren lo que nos quita el sueño y, sobre todo, lo que quita el sueño a muchas mujeres de este país. Como muy bien presentaba la compañera del Grupo Socialista —y además quedaba claramente reflejado en intervención—, hay diferencias de perspectiva de género. Asturias tiene una encuesta de salud desde hace años en la que se incluyen datos de cantidad y calidad. En la última encuesta se decía que tres de cada cuatro personas encuestadas, un 74 %, consideraban que la calidad de su sueño es buena y les permite descansar; y una cuarta parte manifestaba lo contrario. Hay diferencias significativas, o sea, descansan más confortablemente los hombres que las mujeres, pero ¡ajo! porque los hombres van a desarrollar otras patologías de las que hablaremos en alguna otra PNL. También —y esto es importante— hay diferencias significativas en la calidad del sueño por clases sociales: las favorecidas descansan de forma más confortable que las clases sociales más desfavorecidas, que son las clases sociales 5 y 6.

Pensamos que es una iniciativa muy interesante para reforzar lo que siempre comentamos, la importancia de políticas sanitarias, pero combinadas con otras políticas, como pueden ser vivienda o trabajo, que mejoren las condiciones materiales de la vida de las personas.

Muchas gracias.

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

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

En el grupo parlamentario que represento nos preocupan profundamente los trastornos de sueño, nos preocupan cosas que observamos tan graves como que España sea el país líder en el consumo de benzodiazepinas y nos preocupa profundamente que, cada día que pasa, cada sesión que pasa y cada año que pasa, hay ministerios ocupados por políticos nuevos, pero esto no parece cambiar.

Nos preocupa profundamente y, por eso hemos presentado enmiendas en esta proposición no de ley —que esperemos que el Grupo Socialista valore, si es que se mueve por el bien común y no por politizar esta iniciativa—. Pensamos dos cosas fundamentales: en primer lugar, que, si queremos abordar con objetividad los trastornos del sueño y lo que nos preocupa fundamentalmente, que es este excesivo consumo de hipnosedantes por parte de la población española, no podemos si no pensar en el aumento de profesionales especializados. Podríamos hacer brindis al sol, podríamos hablar de concienciar, podríamos hablar de nuevas estrategias del Ministerio de Sanidad, que ojalá cambien algo algún día, pero yo creo que, si no hablamos de recursos, si no hablamos de aumentar esos profesionales y especializar a esos profesionales que aumentamos, estamos haciendo permanentemente brindis al sol.

Los españoles no pueden dormir y también esperamos que el Grupo Socialista, si de verdad tiene intención y si de verdad le preocupan las personas que sufren trastornos de sueño, desideologice de una vez por todas cuestiones que no son ideológicas. Dentro de la salud mental, cuestiones como los trastornos del sueño o como que España tenga estos consumos astronómicos, no deberían ser ideológicas. Por lo tanto, instamos al Grupo Socialista a que retire los puntos ideológicos que introduce en iniciativas que deberían ser exclusivamente de sentido común. Y me estoy refiriendo al último punto, a la cuestión de la perspectiva de género. Ustedes meten la perspectiva de género en todo y esto no iba a ser una excepción, pero bueno, nosotros les damos la oportunidad de que no sea así. Es verdad que hay mayor prevalencia de mujeres en los trastornos de sueño en general, pero esto no se soluciona haciendo perspectivas de género, porque esto es una cuestión sencillamente de estudio científico. Igual que hay mayor prevalencia de hombres en otros trastornos, como pueden ser las apneas de sueño, las narcolepsias, los trastornos REM, los TDHA o los TEA en general. Yo creo que el abordaje ideológico nunca es una opción, sino que tenemos que optar por un abordaje científico y de sentido común que solucione problemas que preocupen a los españoles.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 16

Y luego, subiendo quizás un escalafón en lo que les quita el sueño a los españoles, pues también habría que solucionar todos aquellos determinantes sociales en torno a lo que les quita el sueño a los españoles. A los españoles les quita el sueño la precariedad, les quita el sueño el desempleo, les quita el sueño no llegar a fin de mes, les quita el sueño que se encarezca la cesta de la compra, les quita el sueño poder pagar las facturas, les quita el sueño el pago del IVA, les quitan el sueño los impuestos y les quita el sueño sobre todo que no tienen un techo, les quita el sueño el acceso a la vivienda. Por tanto, sin abordar nada de esto es imposible que mejoremos el trastorno del sueño de los españoles. Insto — insisto— a la mejor intención del grupo proponente para que pueda desideologizar esta iniciativa y podamos votar a favor.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

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

Señorías, venimos aquí a debatir una proposición no de ley y compartimos las reflexiones que hacen en la exposición de motivos. Efectivamente, los trastornos del sueño tienen consecuencias graves para la salud física y la salud mental y es, por tanto, urgente abordarlos desde un enfoque multidisciplinar.

Pero lo curioso es que esta iniciativa nos la presenta el mismo partido que gobierna España. El Partido Socialista, que lleva más de siete años al frente del Ejecutivo, viene hoy aquí a proponerse a sí mismo que haga algo. Es decir, que el PSOE se manda deberes para cumplirlos o no, no lo sabemos. Imagino que no se hablarán mucho con la ministra de Sanidad de SUMAR para poder pedirle estas cosas de forma directa. Esto, señorías, es síntoma de un Gobierno agotado, es síntoma de un Gobierno sin ideas y es síntoma de un Gobierno sin pulso legislativo. Pero lo más llamativo es que vengan a hablarnos de trastornos del sueño porque, vamos a ver, es el mismo Gobierno quien nos quita el sueño a todos los españoles. Miren, las malas decisiones políticas no se quedan en los papeles, se cuelan en las casas, se cuelan en las preocupaciones diarias y claro que nos quitan el sueño. ¿Cómo vamos a dormir en España mientras este Gobierno miente con los datos del paro, haciendo que los parados cuenten como trabajadores? ¿Cómo vamos a dormir en España mientras este Gobierno abandona a las familias que no pueden llenar el carro de la compra ni pagar los alquileres porque no llegan a fin de mes? Entonces, dígnanos cómo vamos a dormir, o mejor, cómo este Gobierno es capaz de conciliar el sueño.

Señoría, su proposición no es una propuesta, es una confesión de su fracaso. Un fracaso, como el que ustedes están teniendo con la ley ELA, una ley que se ha convertido en papel mojado y sin presupuesto para hacer efectivo el cuidado de los enfermos, dándoles la espalda después de haberles prometido dignidad. Y hoy, con esta iniciativa, en lugar de presentar un plan urgente y riguroso, nos traen otro documento burocrático que no compromete a nada ni a nadie, otra idea con muchas promesas, poca financiación y ningún resultado, permítanme, para quienes de verdad lo necesitan.

Termino con algo que nos parece muy relevante. Ustedes no son quienes para decir a los facultativos lo que deben recetar. Otra cosa bien distinta es que sean los médicos los que analicen y revisen la prescripción o no de benzodiazepinas. Parece razonable e incuestionable que las decisiones clínicas sean tomadas por profesionales que llevan décadas formándose y trabajando con criterios científicos y no con criterios ideológicos. Son los médicos quienes deciden el tratamiento y nadie más.

Señorías, los españoles no necesitan más proposiciones del Grupo Socialista que, luego, no cumplen; lo que necesitan es un nuevo Gobierno. Porque solo el día que Pedro Sánchez salga de la Moncloa, volveremos a dormir tranquilos todos.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Es el turno del Grupo Parlamentario Vasco. **(Denegaciones)**.

¿Se aceptan las enmiendas presentadas?

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Estamos trabajando en un texto transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 17

— **RELATIVA A DESARROLLAR LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO PRECOZ, LA I+D+I Y EL TRATAMIENTO TEMPRANO, HUMANIZADO, PERSONALIZADO Y DE PRECISIÓN DEL CÁNCER EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001715).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente proposición no ley, relativa a desarrollar la prevención, el diagnóstico precoz, la I+D+i y el tratamiento temprano humanizado, personalizado y de precisión del cáncer en el Sistema Nacional de Salud, que defiende el Grupo Parlamentario Popular.

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

Defiendo hoy esta proposición no de ley, relativa a desarrollar en el Sistema Nacional de Salud un abordaje contra el cáncer basado en la prevención, el diagnóstico precoz, la investigación, la innovación y un tratamiento temprano, humanizado, personalizado y de precisión. Entiendo que, posiblemente, todos estamos de acuerdo hoy con esta proposición no de ley que mi grupo presentó con motivo de la conmemoración del Día Mundial contra el Cáncer el 4 de febrero, y que está hecha sobre los parámetros de trabajo establecidos tanto por el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer como por la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Creo que es bueno y nunca sobra abundar en la línea de abordaje de estas patologías.

El cáncer no puede ser una cuestión de oportunidad política ni de cálculos presupuestarios. Como decía en este mismo Congreso el pasado viernes el Grupo Español de Pacientes con Cáncer, GEPAC, el cáncer es una cuestión de Estado. Así se proclamaba con contundencia en el manifiesto de GEPAC. El cáncer no es cuestión de precio, es cuestión de Estado. Y nos recuerda que la salud no es un lujo y que la vida de las personas no puede depender de criterios económicos, algoritmos o autorizaciones opacas o dilatadas en el tiempo.

Nuestro grupo propone esta iniciativa con un objetivo claro: blindar una respuesta sanitaria que esté a la altura de las necesidades y de los derechos de los pacientes oncológicos. Y esta proposición no de ley impulsa un nuevo esfuerzo en prevención y detección precoz, recuperando y reforzando los programas de cribado; el fortalecimiento de la I+D+i en oncología mediante la colaboración entre el sistema público, centros de investigación y la iniciativa privada; la apuesta decidida por la medicina personalizada y de precisión, adaptando los tratamientos al perfil molecular del tumor de cada paciente; una atención oncológica humanizada que sitúe al paciente y su entorno en el centro del sistema, y —como hoy es más urgente que nunca— un compromiso institucional con la transparencia y con la equidad, para que no se limite el acceso a terapias innovadoras en función de su coste. Para todo ello es necesario invertir en recursos humanos, materiales, estructurales y económicos para llevar a cabo las acciones necesarias, basadas siempre en la evidencia científica. No puede haber ninguna otra razón que deje en segundo lugar la evidencia científica y el beneficio de los pacientes.

Señorías, el cáncer no entiende de edad, no entiende de sexo, no entiende de clase social. Y quienes lo padecen no pueden seguir esperando mientras se retrasan autorizaciones o medicamentos, se ponen límites injustificables o se recortan terapias por motivos ajenos a la evidencia médica, como denuncian algunas asociaciones de pacientes. No es de recibo que las innovaciones terapéuticas oncológicas tengan un retraso medio de 623 días o que el Sistema Nacional de Salud no financie casi el 29% de las innovaciones terapéuticas aprobadas por la Agencia Europea de Medicamentos. En el Partido Popular defendemos con firmeza que todos los pacientes oncológicos atendidos en España deben tener garantizado el acceso a tratamientos eficientes, seguros, basados en la mejor evidencia científica y bajo la prescripción de un facultativo.

No es una cuestión ideológica ni partidista, es una exigencia ética y sanitaria. Hoy no es 4 de febrero, Día del Cáncer, pero creo que hoy podemos enviar un mensaje claro: que esta Cámara escucha a las asociaciones de pacientes, a los oncólogos, a toda la sociedad científica, en general, y actúa.

Pedimos que voten a favor porque el cáncer no admite excusas, no admite recortes, no admite silencios. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

A continuación, interviene el Grupo Parlamentario VOX.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 18

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

El Grupo VOX valora positivamente esta proposición del Grupo Popular que aborda el impacto del cáncer como uno de los principales desafíos en salud que tenemos en España. Sin duda es así, porque los últimos datos de la SEOM dicen que en este año se diagnosticarán cerca de 300 000 nuevos casos, y que los tumores ya causan una cuarta parte de los fallecimientos en España; y, desgraciadamente, las previsiones para 2050 son aún peores.

Por lo tanto, estamos ante una enfermedad que requiere una respuesta del Estado, del Gobierno, sostenida, técnica y eficaz; y coincidimos con el enfoque de esta iniciativa que pone el acento en la prevención, el diagnóstico precoz, la promoción de hábitos saludables, la investigación y —esto es importante— el acceso equitativo a terapias innovadoras y personalizadas.

Sin embargo, creemos en VOX que para lograr avances reales es imprescindible ir un poquito más allá de estos principios generales, sin duda importantes, y abordar los dos grandes problemas para intentar solucionar este asunto. El primero son las listas de espera y el segundo es la igualdad entre territorios. Respecto a las listas de espera, el proponente ya lo ha dicho: en oncología el tiempo es vida, y, según los últimos datos del propio Ministerio de Sanidad, más de 800 000 pacientes —800 000— esperan ahora mismo una consulta especializada; y más de 90 000 —atención a los datos— esperan una intervención quirúrgica oncológica. Como dije el otro día en otra intervención, se nos debería caer la cara de vergüenza como país, porque estas demoras no son una estadística, es que esto es el riesgo vital para esas miles y miles de personas que acabo de citar. Por eso, VOX lo primero que propone —así lo hemos hecho en la enmienda de adición— son acciones concretas, acciones que vayan a atacar la reducción de las listas de espera mediante inversiones reales y actuaciones, a ser posible —y digo a ser posible— con el consenso con las sociedades científicas y con los profesionales.

Respecto a la equidad —y sé que soy muy pesado con este asunto—, hemos registrado recientemente una proposición que impulsa la creación de una red nacional de centros de oncología; y el motivo es evidente: hoy en España solo se cuenta con un centro acreditado —uno— con el mayor reconocimiento europeo en excelencia oncológica; y los pocos centros especializados se concentran en cinco provincias —cinco—. Les recuerdo que España tiene cincuenta provincias y dos ciudades autónomas. Esto es una manifestación clara de la desigualdad sanitaria derivada de este modelo autonómico que, repito —y lo voy a repetir hasta la saciedad—, ha roto la cohesión del sistema, y en el que —y se lo vuelvo a decir por enésima vez— el código postal marca la diferencia entre vivir o morir. Por lo tanto, nuestra propuesta busca revertir esto mediante esa red estatal —se lo repito: cinco centros, cincuenta provincias— que garantice ese acceso igualitario a terapias de precisión.

Miren, se lo he dicho también no sé cuántas veces y se lo voy a repetir: España tiene el mejor sistema de trasplantes del mundo, ¿y saben por qué lo tenemos? Porque es de las pocas cosas nacionales que tiene nuestro Sistema Nacional de Salud. Así que, ¿y si hiciéramos un sistema nacional oncológico?, ¿y si hiciéramos centros especializados y tuviera toda la gente acceso a esas terapias?

Por lo tanto, lo más importante, junto a esto, es que se gestionen los fondos con eficiencia, con transparencia, sin despilfarros, señores socialistas, para que cada euro se destine a esto, al cáncer, y no a la creación de chiringuitos con pinacoteca.

Créame que ninguna enfermedad entiende de fronteras regionales y, por eso, nosotros defendemos un modelo sanitario basado en la equidad y en el que realmente todos los españoles seamos iguales.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Para defender su enmienda a esta iniciativa, interviene el Grupo Socialista.

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

Agradecemos al Grupo Popular la presentación de esta iniciativa que nos permite reiterar nuestro compromiso de trabajo por el cáncer, que ya expresamos en la jornada Cáncer cuestión de Estado, organizada por el GEPAC —no solamente en esta jornada, sino también en años anteriores—; compromiso para, obviamente, prevenirlo, por su diagnóstico precoz, para lograr que sea una enfermedad crónica, para que las personas supervivientes puedan llevar una vida autónoma y para eliminar todas las trabas que pone nuestra sociedad al pleno desarrollo de sus proyectos de vida —quiero recordar la ley del derecho al olvido oncológico—. Es un compromiso de nuestro grupo que es también el de todos nuestros Gobiernos, desde la creación del Sistema Nacional de Salud por Ernest Lluch —que da nombre a esta sala—, pasando por el Gobierno de Zapatero que aprobó la primera estrategia de cáncer en 2009, hasta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 19

el actual Gobierno de coalición, presidido por el presidente Sánchez, que en 2021 actualizó la estrategia, en 2023 la completó con recomendaciones para la atención psicológica en cáncer y en 2025 con recomendaciones para la atención de pacientes largos supervivientes de cáncer.

Este Gobierno ha asumido el difícil reto de acompañar el fortalecimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud, muy mermado en periodos anteriores por crisis y políticas de austeridad, con la incorporación de la innovación y la modernización del propio sistema. En ello está el Gobierno, trabajando con esfuerzo, y también nuestro grupo parlamentario, para mantener la cobertura universal y gratuita de nuestro sistema. Hay que recordar que hay países de nuestro entorno, como Francia, donde hay copago por el ingreso hospitalario, la atención especializada, las pruebas diagnósticas, el laboratorio..., y en otros países también hay copagos de servicios, no solamente farmacéuticos, como en Italia o en Alemania. Nuestro Gobierno y nuestro grupo están por mantener la gratuidad del sistema, la universalidad del sistema, atender a todo el mundo, y, además, acompañarlo con la actualización, con más investigación, transformación digital, innovación, terapias CAR-T y medicina personalizada y de precisión.

En la misma jornada del GEPAC y en la jornada que tuvimos anteriormente sobre medicina personalizada y de precisión hubo un reconocimiento expreso tanto de investigadores como de clínicos y pacientes de este esfuerzo. En investigación en cáncer se han invertido más de mil millones desde 2018; la inversión en medicamentos oncológicos se ha triplicado en diez años, y es ya el 10% del gasto sanitario; el PERTE para la salud de vanguardia, con 2300 millones de euros, está ejecutado en un 85%. Hay grandes avances en medicina personalizada de precisión, como, por ejemplo, el Plan IMPaCT, y en estrategia de salud digital, también con la digitalización de la atención primaria. Se han iniciado los trabajos del Espacio Nacional de Datos de Salud, del Catálogo Común de Pruebas Genéticas y se han creado las especialidades de Genética Médica y de Genética de Laboratorio. En fin, se trata de toda una serie de medidas que van en la línea que indica la proposición del Grupo Popular; y que, además, el Gobierno aborda con el reto de la sostenibilidad del propio sistema, una sostenibilidad que requiere de una fiscalidad justa y progresiva, porque nuestro Sistema Nacional de Salud se financia con impuestos y donde se requiere la corresponsabilidad de las comunidades autónomas también en sus sistemas fiscales, no haciendo estas rebajas de impuestos que luego se pagan en servicios sanitarios privados.

Por lo tanto, estamos absolutamente alineados. Hemos presentado una enmienda, esperamos que podamos llegar a un acuerdo porque estamos decididos a votar a favor de esta iniciativa y a conseguir el consenso de toda la Cámara en un tema tan importante como es el cáncer.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Es el turno del Grupo Parlamentario Vasco.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Gracias, señor presidente.
Intentaré ser breve.

Desgraciadamente, hay países que conocemos que son punteros en muchas cosas, pero hay gente que vive en la calle no porque sean unos vagos o unos maleantes, sino porque han tenido la desgracia de tener a una madre, a una mujer o a un padre con cáncer, y eso les ha convertido directamente en unos *homeless* porque han tenido que hipotecar toda su vida. Y esos países, como digo, son punteros en otra serie de cuestiones. Por lo tanto, tenemos la fortuna de tener un sistema público de salud que hoy en día todavía no pasa facturas por grandísimos tratamientos que, en otros países —como decía— hipotecan la vida de las personas.

Dicho esto, y entendiendo la intencionalidad de la propuesta que hace el Grupo Popular, de la cual comparto, por lo menos, el diagnóstico, quisiera hacer una serie de apreciaciones. Hay algunas cuestiones que tampoco son *ex novo*, es decir, tenemos sitios en los que ya se están haciendo estas cosas. En Euskadi, por ejemplo, tenemos el Plan Oncológico Integral con vistas a 2030, que tiene a las personas como eje, que plantea la promoción y la prevención, la detección precoz, la atención integral e integrada, resultados en salud, sistemas de registro, información y vigilancia, o investigación e innovación. Y los programas de detección precoz básicos y fundamentales, tal y como dice la proposición que nos presenta el Grupo Popular, cuenta precisamente con varios programas activos en detección precoz. Por ejemplo, el de cáncer de mama, el de cáncer colorrectal o el de cáncer de cérvix. Además, hay unas nuevas iniciativas, como pueden ser el cribado de cáncer de próstata o la unidad de protonterapia, que se pondrá en marcha en San Sebastián. Con todo esto quiero decir que en algunos lugares ya se está trabajando,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 20

porque algunas de las propuestas que hace el Partido Popular no son competencia del Estado, son competencia de las comunidades autónomas, que son las que están ejecutando.

Y, evidentemente, quizá los pacientes y las personas que padecen cáncer y todos los entornos, igual lo que menos necesitan son PNL y lo que necesitan es servicio y atención. ¿Verdad? Y aquí nosotros creemos que, porque aprobemos PNL y hagamos declaraciones de intenciones, quizá nos libremos de cierta responsabilidad. Lo que hace falta es financiación para toda esta serie de cuestiones.

Entonces, tengo una pequeña cuestión, y no hay ninguna malevolencia en mi pregunta. Señor Antonio Román, cuando ustedes en la proposición no de ley plantean aquello de «para todo ello, el Gobierno invertirá todos los recursos humanos, materiales, estructurales y económicos que sean necesarios», me pregunto: ¿y cuántos son todos los que son necesarios? ¿Es posible cuantificar? ¿Son 80 000?, ¿800 000?, ¿8 millones de billones? ¿Cuánto es lo que necesitamos para solucionar este problema? ¿Y acaso no hemos estado o no han estado ustedes también en momentos de responsabilidad? Porque nosotros en Euskadi tenemos la responsabilidad y no podemos invertir todos los recursos que tenemos. Ayer mismo aprobamos lo de la ELA y los de la ELA también lo necesitan, y otros también. Todos hemos tenido pacientes de cáncer en nuestro entorno más cercano y lo primero que queremos es que se les atienda y que se les dé todo. Pero tenemos que hacer el interrogante de responsabilidad de decir: ¿hasta cuánto es todo? ¿Y para cuántos es todo? ¿Y de qué estamos hablando? ¿Y quién cuantifica cuánto es todo? Por lo tanto, evidentemente estoy de acuerdo con la propuesta que hace el Grupo Popular, pero creo que tenemos que plantear estos interrogantes en nuestro entorno para que esto verdaderamente sea eficaz.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Plurinacional SUMAR, por favor.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Estamos totalmente de acuerdo con la propuesta que se hace. Como acaba de apuntar el compañero en la intervención anterior, hay una estrategia nacional de cáncer, que trabaja en este tema, pero muchas de las estrategias que el ministerio desarrolla en cualquier ámbito, a veces, se escalan desde trabajos y experiencias de las comunidades autónomas. También estamos totalmente de acuerdo con un principio que creemos, a veces, que es muy utópico, que es eso que decía Montefusco, del todo para todos.

En relación con esto y con algunas cosas que se han comentado, en mi experiencia breve como diputado me hago algunas preguntas. ¿Cuál tiene que ser el papel de la oposición en un marco parlamentario? Porque me pregunto si el papel de la oposición tiene que ser intentar cargarse al Gobierno para poder alcanzar el poder o si el papel de la oposición es intentar llegar a acuerdos —lógicamente, defendiendo las ideas que tenga la oposición— para poder seguir avanzando en el país. Esto es importante por algún tema que señalaba, por ejemplo, en relación con el tema de los presupuestos generales. Es decir —no se preocupen por lo que vaya a decir, porque mi impacto mediático es mínimo y posiblemente no va a salir ningún corte en los medios de comunicación de lo que vaya a decir—, me parece un poco..., no sé, tampoco quiero utilizar ningún término peyorativo, pero todos sabemos por qué no hay presupuestos generales del Estado, todos sabemos por qué no salió la agencia de salud pública hace unos días y todos sabemos por qué a veces no llegamos a algunos acuerdos que podíamos llegar. Entonces, sí creo que nos merecemos cierta reflexión sobre cómo podemos seguir avanzando en este sentido.

Compartimos totalmente los principios, por algo que hemos advertido varias veces en esta comisión, que es que estamos en una situación crítica en nuestro Sistema Nacional de Salud. Comunidades autónomas que, incluso, quieren hacer una defensa de lo público de forma importante, por problemas de gestión ineficiente o deficiente durante muchos años, han empezado a tener una colonización de sistemas privados, ya no solamente por un modelo ideológico por el que se quieran cargar de forma clara el modelo público. Y esto requiere generosidad política por todas las partes para seguir avanzando y hacernos preguntas en este sentido. Es decir, qué tipo de estrategias tiene que tener un Gobierno mientras dura su legislatura y qué tipo de estrategias tiene que tener también la oposición para poder facilitar o mejorar la vida de las personas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Mixto, ¿Podemos querria intervenir? (**Denegación**). No.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 21

Por mi parte, quiero hacer un breve comentario. El viernes tuvimos aquí las jornadas de GEPAC, que creo que fueron muy importantes. La secretaría de la comisión ha distribuido los materiales que se produjeron y la idea era, con todas estas sesiones que hemos tenido, utilizar esos materiales para ver si en septiembre u octubre podemos dedicar una sesión a profundizar en estos debates tan importantes sobre el cáncer. Desde ese punto de vista, el debate de hoy es muy bienvenido para crear ese clima que nos permita seguir avanzando.

¿Tenemos alguna enmienda?

El señor **ROMÁN JASANADA**: Nuestra intención es tratar de aprobarlo con el acuerdo de todos los grupos y vamos a ver si conseguimos que, dado que el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario VOX han presentado enmiendas, podamos firmar los tres grupos una enmienda transaccional que incorpore todas las sensibilidades y que no hiera a nadie.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias. Esperaremos a después.

— RELATIVA A LA COORDINACIÓN EFECTIVA ENTRE LOS DISPOSITIVOS SOCIALES Y SANITARIOS A TRAVÉS DE MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO PLURINACIONAL SUMAR. (Número de expediente 161/001748).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos entonces a la siguiente proposición no de ley, en este caso, del Grupo Plurinacional SUMAR relativa a la coordinación efectiva entre los dispositivos sociales y sanitarios a través de modelos de atención integrada.

Tiene cinco minutos el Grupo SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Presentamos una iniciativa legislativa en relación con el tema de la atención integrada. Queríamos, en primer lugar, agradecer a la persona que ha desarrollado el esquema fundamental, que es Arturo Álvarez Rosete, investigador de la International Foundation of Integrated Care, con los que hemos trabajado para el texto. También quisiéramos dar las gracias a las diferentes entidades que han revisado y aportado comentarios a la iniciativa. Menciono algunas, y disculpen si se me olvida alguna más: Cocemfe, SEMI, FACME, EAPN, la Federación española de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, SemFYC, Menudos Corazones, Vinjoy, ELA Principado, ConELA, Fundación Luzón, SATSE, Foro Social Discapacidad Visual, Fundación ALPE Acondroplasia, Duchenne Spain, Fundación Sin Daño y Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales, entre otras.

Decía Perec esta frase que menciono mogollón en las comparecencias: Vivir es pasar de un espacio a otro sin golpearlos demasiado. Cuando se nos diagnostica una enfermedad, iniciamos un itinerario por una serie de espacios sanitarios, que posiblemente nunca hemos pisado, y esto nos genera esta sensación. Imagínense un problema agudo que nos aparece de repente. Entonces, a lo mejor visitamos el centro de salud por primera vez y, en la mayoría de los casos, el equipo de atención primaria puede cuidar bien de ese problema, sea leve, menos leve o siendo grave, por aquello que sabemos de que la atención primaria, cuando tenemos la misma médica de familia durante más de doce años, disminuye la mortalidad en un 30%. Pero, en otros casos, el problema de salud nos lleva a visitar, no solamente el espacio de atención primaria del centro de salud, que a veces es más conocido, sino también otro itinerario. Según el itinerario que sigamos o el número de espacios que se visiten, la información que vayamos recibiendo puede ser diferente dependiendo de la complejidad de nuestra enfermedad. Imaginen —o quizás no les haga falta imaginárselo porque lo han vivido— una gripe sin complicaciones, que mejora en siete días; una lumbalgia importante que nos deja inmovilizados durante dos semanas, pero va bien; una sospecha de ictus al quedarnos en casa y perder fuerza en la mitad del cuerpo; una sospecha de cáncer, o un diagnóstico de ELA o de alzhéimer.

La primera imagen que quisiera transmitirles es la de una persona en la calle, sentada en un parque tranquilamente con los hijos, que, de repente, comienza a pasar por esos espacios diferentes y esos espacios la golpean. No es fácil quitarse la ropa, ponerse un camisón que te deja el culo al aire, tumbarse en una camilla y darle vueltas a todas las cosas que puedan pasar en tu vida si esa prueba se complica y, de pronto, te dicen que igual hay que ver si hay un cáncer detrás. No es fácil pasar de un espacio a otro, de una consulta a otra, de una analítica a otra o entre diferentes salas con diferentes personas dándote información, que es muy importante pero que a veces es difícil de entender. El tránsito por esas salas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 22

blancas, sea el problema simple o complejo, supone tener siempre miedo, incertidumbre y hacernos diferentes preguntas. Esta es la primera imagen.

La segunda imagen es algo de sentido común, de lo que también hemos hablado mucho, pero que a veces se nos olvida. Las personas no somos un cuerpo aislado en el que aparece una enfermedad, sino que somos un cuerpo social que vive, trabaja, estudia, juega o se relaciona en unas circunstancias determinadas. Nuestra salud y nuestra enfermedad están claramente influenciadas por los diferentes factores sociales, económicos, laborales, ambientales, culturales, geográficos y educativos. Y dichas condiciones sociales pueden influir en la aparición de algunas enfermedades, pero siempre van a influir en la evolución y el pronóstico de todas las enfermedades. Y este enunciado es clave para entender que, en nuestros sistemas públicos y universales, las personas deben tener también una valoración de su situación social. Es necesario activar preguntas importantes como: ¿vives sola?, ¿quién te va a acompañar a la rehabilitación?, ¿de qué ingresos dispones?, ¿tienes dificultades para llegar a fin de mes?, ¿cómo vas a comprar y preparar la comida estos días?, ¿necesitas pañales?, ¿quién te los pone?, ¿cómo vas a caminar desde la habitación hasta el baño?, ¿tienes derecho a baja?, ¿quién me lleva a los hijos al colegio?, ¿quién me limpia?, ¿me voy a tener que ir a vivir para siempre a una residencia? y ¿por qué?

La atención integrada que planteamos es un paso más adelante en algo que es histórico en este país y de lo que tenemos experiencias. De hecho, lo que presentamos viene de experiencias de diferentes comunidades autónomas, que es la coordinación sociosanitaria, pero que a veces no acaba de funcionar. La atención, muchas veces, es un laberinto y una carrera de obstáculos por itinerarios que son muy complicados para las personas y, si sus problemas son más complejos en lo sanitario y en lo social, ese itinerario se hace más complicado.

Lo que pretendemos es algo sencillo. Con los puntos que presentamos y que tienen en la proposición no de ley, queremos dar forma a un plan; un plan de atención integrada que articule una estrategia sólida de coordinación sociosanitaria, que parta de las experiencias de trabajo que tengamos ya en diferentes comunidades autónomas, que fortalezca la atención primaria como un elemento de orientación comunitaria y eje vertebrador en lo que acabo de decir y que seleccione prácticas de organización territorial y decretos de estructura. Algo muy importante en el planteamiento de atención integrada es que hay complejidad, hay diferentes dispositivos en los territorios, pero es necesario buscar una buena arquitectura entre lo municipal, lo autonómico y lo territorial; entre lo social y lo sanitario. Hay que garantizar una financiación suficiente y sostenible para implementar medidas innovadoras; promover la innovación tecnológica y organizativa, teniendo en cuenta experiencias que reduzcan la fragmentación de servicios, e incluir, en ese plan de atención integrada, el papel importante de programas de promoción, protección de la salud y la participación ciudadana.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

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

La señora **TORRES TEJADA**: Muchas gracias, presidente.

Quienes han vivido o están viviendo de cerca un problema de salud que requiere de otros cuidados o acompañamiento de competencia de los servicios sociales saben bien de lo que hablamos. Las personas enfermas y sus familias tienen que luchar contra su enfermedad. El hospital se encargará de las pruebas médicas, intervenciones quirúrgicas, los cuidados, pero ¿quién se encarga de decirles qué necesitan o van a necesitar cuando lleguen a casa? Ahí es donde tiene sentido ese modelo de atención integrada que las comunidades autónomas intentan que tenga una coordinación absoluta y desde el primer momento. Pero esto ya está inventado.

Durante el primer Gobierno de Rajoy ya se aprobó un documento base para la atención integral. En el año 2017 —segundo mandato de Rajoy—, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, bajo la dirección de Dolors Monserrat, ya llevó un proyecto piloto a Ceuta, para lograr una atención transversal e integral coordinando sanidad y servicios sociales. ¿Qué ha pasado después? Pues díganoslo ustedes, señorías del Gobierno. Desde 2019, su propuesta ha sido separar los ministerios de Sanidad y Servicios Sociales para acomodar a ministros entonces de Podemos —ahora de SUMAR—, y crear a costa del bolsillo de los españoles nada menos que veintidós ministerios, y eso no ayuda.

Las comunidades autónomas están trabajando, y mucho, por conseguir una atención integrada, real y efectiva. Yo les puedo hablar de la mía, Andalucía, que ha implementado varias iniciativas claves en la atención integrada. Casi desde el minuto uno en el que un enfermo entra a un hospital andaluz, si lo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 23

necesita y sin necesidad de pedirlo, se pone en funcionamiento esta atención integrada, y un trabajador social lo acompaña y lo ayuda en todo. Se lo digo por propia experiencia.

Mencionaré la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027, con una inversión de 26,5 millones de euros; integración de sistemas de información, para que profesionales de salud y servicios sociales puedan acceder a datos compartidos para mejorar la atención personalizada y continua; proyectos pilotos de cuidado intermedio; la aplicación de tecnologías avanzadas, incluso la Estrategia de Salud Digital 2024-2028, premiada por su enfoque en la participación activa de pacientes y la humanización del sistema sanitario. Estas acciones reflejan un compromiso por modernizar y coordinar los servicios sanitarios y sociales en Andalucía, como en otras muchas comunidades autónomas.

¿Cómo va a ayudar el Gobierno de España a las comunidades autónomas a lograr una completa, eficiente y plena atención integrada? Con dinero no, claro, porque, si no son capaces de aprobar unos presupuestos generales del Estado y no tienen dinero para dotar de presupuesto a la ley ELA, no van a financiar esto, por supuesto. Bien podrían ampliar, por ejemplo, las plazas mir, sería una actitud de buena voluntad. Pero con la buena voluntad no basta. Ya llevan siete años en el Gobierno, así que pónganse a trabajar.

Como en el Partido Popular creemos que es necesario y urgente que la atención integrada sea igual para todos los españoles, hemos presentado una enmienda a su propuesta, con la intención de mejorar su texto y remarcar el protagonismo que merecen las comunidades autónomas por su experiencia, y que esperamos que acepten.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El Grupo Parlamentario Vasco, por favor.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Brevemente, solo diré que nos da muchísimo miedo esta propuesta, porque nos parece que es invasora totalmente de las competencias de las comunidades autónomas, tanto en materia sociosanitaria como en la sanitaria.

En el caso de lo social, evidentemente, en Euskadi los que generan las políticas sociales son las diputaciones, derivadas en este sentido.

Esto de hacer todos todo y poner en marcha, cuando las competencias están establecidas y cuando cada uno tiene sus funciones, pues, la verdad, a nosotros no nos gusta mucho.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, por favor.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Después de escuchar, precisamente, a su señoría del Partido Nacionalista Vasco, se puede entender perfectamente que está claro que existen problemas de descoordinación en nuestro país en múltiples ámbitos, no solo dentro del propio Ministerio de Sanidad, sino con la cuestión autonómica.

La cuestión autonómica genera españoles de primera y de segunda y, lo que es peor, genera españoles de primera y de segunda en las circunstancias más difíciles que sufren y viven esos españoles; esos españoles que necesitan burocracias infinitas para obtener los papeles de discapacidad, otras burocracias infinitas de sitio a sitio para los papeles de dependencia; españoles que afrontan, en el sistema sanitario también, problemas que luego no saben tampoco coordinar entre diferentes áreas, que es un poco por dónde va esta proposición no de ley.

Pero en lo que pondríamos mayormente el acento en esta proposición no de ley, el motivo fundamental por el cual no podemos aceptarla es porque nos parece una tomadura de pelo. Nos parece una tomadura de pelo que sus señorías de SUMAR insten al Gobierno, es decir, a SUMAR, a la ministra de Sanidad, que es de su partido político, a hacer algo que ya debería estar haciendo el Ministerio de Sanidad, que es precisamente no considerar a la persona aisladamente, como una individualidad, sino coordinar su atención desde lo más pequeño hasta lo más grande, que podríamos considerar las diferentes autonomías, las diferencias en lo territorial. Desde las diferencias sectoriales, que son a las que se refería el señor Cofiño en torno a sanidad y servicios sociales, hasta las diferencias regionales, que no podemos obviar, yo creo que nadie con sentido común puede obviar que sucedan en nuestro país.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 24

Así que, insisto, no podemos aceptar una iniciativa que pensamos que se burla de los españoles y, además, de los españoles que más lo necesitan.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

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

El otro día, un compañero sanitario decía que somos capaces de dar el alta a un paciente en el mismo día tras una cirugía mayor, pero muchas veces personas que podrían estar en casa tienen que seguir hospitalizadas porque no disponen de los recursos sociales que necesitan fuera del hospital. Y eso resume perfectamente el sentido de esta proposición y el porqué de la atención integrada. Porque tan importante es curar como cuidar y como garantizar que las personas puedan vivir con dignidad y apoyo en su entorno.

Hace años que el Ministerio de Sanidad impulsa esa coordinación sociosanitaria a través de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, y es importante recordarlo, porque, aunque esta PNL sea necesaria, no parte de cero. España dispone de un marco de trabajo conjunto con las comunidades autónomas, sociedades científicas, profesionales y asociaciones de pacientes; un marco que los socialistas hemos defendido y fortalecido siempre. Y lo defendemos también desde las comunidades autónomas.

Cataluña, de donde vengo, con el Gobierno de Salvador Illa al frente, marca el paso. Hace unos meses se aprobó el proyecto de ley de creación de la agencia de atención integrada social y sanitaria y están también en marcha veintisiete experiencias piloto de centros de salud integral de referencia, que tienen entre sus objetivos la integración de los centros de atención primaria con los servicios sociales. Esta gestión del Partido Socialista de Cataluña contrasta con lo que pasa en los territorios gobernados por la derecha, donde no se impulsan mecanismos de coordinación sociosanitaria ni se avanza en la historia clínica compartida ni se despliegan equipos mixtos. En las comunidades gobernadas por el PP con el apoyo de VOX lo que avanzan son los recortes: se cierran centros, se saturan las urgencias y se desmantela la atención primaria. Lo estamos viendo en Valencia, en Madrid y en Aragón, donde las prioridades no están en lo social ni en lo sanitario. Si hay españoles de primera y de segunda en lo que se refiere al ámbito sanitario es porque no están haciendo su trabajo en los Gobiernos autonómicos.

Esta proposición es una oportunidad para consolidar los modelos que funcionan y extender las buenas prácticas que ya son una realidad en algunas comunidades o municipios. El Grupo Socialista va a votar a favor, porque seguimos apostando por esta atención integrada que pone a las personas en el centro y garantiza cuidados dignos.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿Sobre la enmienda del Grupo Popular? **(El señor Cofiño Fernández hace gestos negativos)**.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Perdón, presidente. No hemos escuchado si se acepta o no la enmienda.

El señor **PRESIDENTE**: No. Tenemos una enmienda del Grupo Popular, pero no tienen todavía una decisión. En realidad, no tenemos decisión sobre ninguna enmienda. Lo digo para que lo sepan.

— RELATIVA A LA MODERNIZACIÓN, LA REORDENACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002033).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos entonces a la siguiente proposición no de ley, relativa a la modernización, la reordenación y el desarrollo de la atención primaria y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Popular, que tiene cinco minutos.

La señora **VELASCO MORILLO**: Buenas tardes, señorías.

El Grupo Parlamentario Popular presenta de nuevo una iniciativa parlamentaria para hablar de la atención primaria, un nivel asistencial tremendamente importante en el conjunto de la asistencia sanitaria en nuestro país. Desde la Declaración de Alma-Ata, donde se conformó y se fue trabajando hasta la actualidad en cómo ha de ser el nivel asistencial hasta definir el propio concepto de la atención primaria,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 25

hoy, señorías, no cabe la menor duda de que todos valoramos que la atención primaria constituye un pilar fundamental para garantizar el derecho de la población a la protección de la salud. En este contexto, la situación de falta de profesionales de la especialidad de medicina familiar y comunitaria lleva años entre las prioridades de las comunidades autónomas, independientemente del color político, y están tomando medidas dentro de sus competencias y solicitando al Ministerio de Sanidad, que tiene la mayoría de las competencias en este sentido, que las desarrolle.

Quiero recordarles que en abril de 2018 se aprobó un acuerdo en el consejo interterritorial donde se establecían, entre otros, los siguientes puntos: primero, priorizar la revisión de los requisitos de acreditación de los centros y unidades docentes teniendo en cuenta las plazas de medicina familiar y comunitaria y pediatría y sus áreas específicas, y segundo, aplicar criterios de ampliación y mejora en las convocatorias de formación sanitaria especializada, prioridad que vemos que no le ha dado el Gobierno.

De verdad, no puedo permitirle a la portavoz del Grupo Socialista que ha intervenido anteriormente que diga que las comunidades autónomas del Partido Popular están desmantelando la atención primaria. Bastante hacen con los recursos que tienen. Desde el ministerio no se han dado los pasos necesarios para dar cumplimiento al citado acuerdo, hecho que se puede contrastar con el reducido incremento del número de plazas adicionales acreditadas desde esa fecha, hoy por debajo de lo recomendado incluso en el propio informe que elabora el Ministerio de Sanidad (**muestra un documento**), actualizado en abril de 2024, que establece que a corto plazo deberían incrementarse las plazas mir de familia y comunitaria alrededor de un 10%. Pues bien, las plazas ofertadas en 2024 fueron 2492 y en 2025 fueron 2508, solo dieciséis más, muy lejos de las 2741 que ellos indican en su propio informe.

En este punto, quiero recordar que hay un acuerdo de la mayoría de las comunidades autónomas de incrementar estas plazas de formación temporal hasta en mil plazas, acuerdo ratificado en esta Cámara del Congreso en varias ocasiones y que permanentemente se está incumpliendo. Ni en las políticas de flexibilización de los criterios de acreditación de las plazas de formación sanitaria en Medicina Familiar y Comunitaria ni en el propio Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 se constata un esfuerzo por parte del Ministerio de Sanidad en la línea de aumentar esas plazas y, por tanto, el número de especialistas, que es sin ninguna duda el principal problema de la atención primaria y, por ende, de la sanidad en su conjunto.

Por otro lado, el pasado 30 de abril de 2024, en la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se aprobó un acuerdo por el que se crea la Comisión de Atención Primaria y Comunitaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Según dicho acuerdo, en la CAPYCO se aprobarán sus propias normas de funcionamiento e incluso se habla de la elaboración de propuestas y recomendaciones. En fin, la verdad es que en las reuniones que ha habido este acuerdo no ha sido muy favorable a lo que realmente se necesita por parte del sistema sanitario.

Dada la relevancia de ambos temas, tanto la convocatoria de nuevas plazas adicionales de formación para medicina familiar y comunitaria como lo crítico del sistema de financiación del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 y de acuerdo con lo establecido en el Reglamento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su artículo 13, las comunidades autónomas han solicitado convocar un pleno del consejo interterritorial específico para hablar de este tema, pues lamentablemente hasta ahora no se le ha dado la opción a ello, pero además es necesario que en el consejo interterritorial se establezcan cuantas acciones sean necesarias para evitar las plazas desiertas en la elección mir. Este miércoles, hoy mismo, se marca el fin de la adjudicación de las plazas mir 2025 y a estas alturas todas las especialidades han agotado sus plazas excepto tres, entre ellas medicina familiar, en la que aún tenemos 508 plazas vacantes. Un año más se aumentan las plazas desiertas. Esto demuestra que no se están haciendo bien las cosas desde este Gobierno.

Ante esta situación, no es entendible que la ministra salga en redes celebrando el Plan de Atención Primaria e incluso llegue a decir que hay 1258 plazas de medicina familiar y comunitaria que no se han ocupado o se han abandonado en los últimos cuatro años y que, según palabras suyas, no basta con aumentar plazas, faltan condiciones dignas y equipos multidisciplinares. Pues bien, que quien debe poner encima de la mesa medidas concretas salga con estas cuestiones en redes no ayuda mucho. Sorprende que quien tiene la responsabilidad por estar al frente de la política sanitaria de este país no aporte soluciones para resolver la situación que atraviesa la atención primaria. Las comunidades autónomas anuncian medidas ante el caso omiso de la ministra sobre cómo abordar la ampliación de las plazas de medicina familiar y comunitaria en nuestro país o con respecto a los criterios de acreditación de las unidades docentes. Le han enviado cartas pidiendo un consejo interterritorial monográfico y su respuesta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 26

ha sido negativa, así como el consejo interterritorial necesario para abordar también las carencias existentes en Ceuta y en Melilla con respecto a la atención primaria.

Señorías, termino. Les pido el apoyo para esta iniciativa que presentamos desde el Grupo Popular, y aunque sabemos cuál es el interés que tiene para el Gobierno lo que se aprueba en esta comisión le damos una nueva oportunidad y esperamos que esta la tenga en cuenta por el bien de dar respuesta a la atención primaria. Les recuerdo que en su acuerdo de Gobierno PSOE-SUMAR llevaban un punto que les leo textualmente: «Impulsaremos un plan de choque para fortalecer la atención primaria en todo el Estado que permitirá a las comunidades autónomas aumentar plantillas, mejorar estructuras y modernizar el equipamiento de sus centros sanitarios». Se lo recuerdo porque, como no pasa un día sin que aparezca un caso de corrupción y están inmersos en un despiste a los españoles, se olvidan de dar cumplimiento a sus propios acuerdos, que lo mismo hasta se les había olvidado. En fin, en aras de mejorar el sistema de atención primaria, espero que desde esta comisión aportemos soluciones para mejorar el problema.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Para defender su enmienda, es el turno del Grupo Parlamentario VOX.

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

En VOX valoramos que esta proposición del Grupo Popular reconozca la situación crítica que atraviesa la atención primaria y comunitaria; un nivel asistencial que tenemos claro que es fundamental en nuestro Sistema Nacional de Salud y que actualmente se sostiene gracias al sacrificio de los profesionales y pese al abandono institucional y las disfunciones de nuestro modelo sanitario basado en las autonomías.

La atención primaria constituye el eje estructural y funcional de un sistema nacional, porque al final resuelve más del 80 % de los procesos clínicos y garantiza la continuidad asistencial efectiva, además de ser la principal gestora de los programas de prevención, de la promoción de la salud y, sobre todo y muy importante, del control de las enfermedades crónicas. Sin embargo, esta atención primaria hoy en día en España afronta una crisis multifactorial de carácter funcional, organizativo y estructural, que se manifiesta, como ya se ha comentado por la proponente, en un déficit cuantificable de especialistas, que en medicina de familia y comunitaria superan las 4500 plazas, según los datos del propio ministerio; una oferta formativa insuficiente e inadecuadamente planificada; una carga asistencial absolutamente desproporcionada; carencias tecnológicas e infraestructuras que en el año 2025 nos deberían dar mucho que pensar; una burocratización excesiva, y —ya sabéis, yo vuelvo a mi libro— una iniquidad territorial manifiesta en el acceso y en la calidad de los servicios. La insuficiencia de recursos humanos no es un dato aislado, sino que, al final, es la consecuencia de años y años de políticas sanitarias fragmentadas, de una gestión autonómica descentralizada que ha generado, insisto, disparidades y diluido la coordinación. Esta situación compromete la eficacia global del Sistema Nacional de Salud, provoca el incremento de la presión sobre la atención hospitalaria especializada y, sobre todo, deteriora los indicadores de salud poblacional.

Compartimos, por lo tanto, la necesidad urgente de reforzar el sistema de atención primaria como pilar esencial del sistema sanitario, pero no basta con aumentar las plazas mir o la asignación presupuestaria, sino que también hay que acompañar todo esto de una transformación estructural profunda y sostenible. Estas reformas estructurales, profundas, como digo, deberían devolver al Estado su capacidad rectora y garantizar este sistema sanitario cohesionado y eficiente que desde VOX reclamamos.

Nosotros hemos presentado una enmienda que creemos que complementa la proposición con algunas medidas concretas, como priorizar la cobertura de plazas vacantes —algo que debería ser obvio, pero que, evidentemente, el sistema actual no es capaz de solucionar—, coordinar con profesionales clínicos de primera línea y —vuelvo a repetirlo, no me voy a cansar de decirlo en esta comisión— planificar desde un enfoque nacional unificado, porque, si no se aborda el problema de forma estructural, desde la raíz, cualquier intervención corre el riesgo de ser, como nos está pasando, meramente cosmética.

Por lo tanto —y acabo—, la proposición tiene planteamientos válidos, pero el déficit y las disfunciones en atención primaria requieren un paquete de medidas más exhaustivas, integradas y ambiciosas, que respondan con precisión a la magnitud y a la complejidad de la crisis. La atención primaria no puede depender de diecisiete modelos distintos, más INGESA, y necesita un marco estratégico liderado, ojalá, por un Estado y orientado al bien común. Los médicos —ténganlo claro— deben recuperar autoridad clínica, condiciones dignas y estabilidad, y los españoles —ojalá, ojalá y ojalá—, la certeza de que su salud no depende de su lugar de residencia.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 27

Muchas gracias. (**Aplausos**).

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

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Intervengo muy brevemente, no me extenderé demasiado.

En primer lugar, en la parte propositiva, en el primer párrafo, ustedes dicen: Coordinación plena con los representantes de los profesionales sanitarios y los pacientes para modernizar, reordenar y potenciar la atención primaria y comunitaria del Sistema Nacional de Salud. Eso no hay que pedírselo al Gobierno español porque no es de su competencia; son las comunidades autónomas las que tienen que decidir cómo reordenan y cómo organizan, porque son competentes en la materia sanitaria en cada uno de sus territorios. Por tanto, no sé por qué se le pide al Gobierno lo que no compete al Gobierno. Por eso mismo, cada una de las comunidades intentará —supongo— hacerlo.

La propuesta de hacer una sesión plenaria del consejo interterritorial, con la que está cayendo, no sé si será para solucionar algo más o para generar una bronca todavía mayor. En cualquier caso, parece que tenemos la sensación de que con los consejos interterritoriales hemos inventado una especie de nuevo asamblearismo, pero por mucho que en los consejos se decida lo que se decida, las competencias que tiene cada comunidad no las sustituye el consejo interterritorial; ni lo puede hacer ni lo debe hacer, porque sería un precedente bastante peligroso. Ya se ha intentado muchas veces.

Evidentemente, la situación que usted presenta es una realidad, es así, la ausencia de médicos y su necesidad. Nosotros hemos hecho muchas propuestas para que eso, de alguna manera, se pueda solventar. Se ha propuesto como una de las soluciones, por ejemplo, reducir de cuatro a tres años la duración de la especialización para médicos de familia, con la idea de recuperar ese año posteriormente. Esta medida busca duplicar el número de profesionales en cuatro años. También se ha propuesto aumentar la edad de jubilación voluntaria a los 72 años en la profesión médica en la atención primaria; podría ser una posibilidad que, por ejemplo, se ha propuesto también en Euskadi. Asimismo, está el tema de la homologación de títulos extranjeros. El Gobierno vasco ha solicitado acelerar el proceso de homologación de títulos de especialistas profesionales formados en el extranjero, aunque esta vía sabemos que ha tenido obstáculos legales y sigue siendo una prioridad para agilizar la entrada de médicos extranjeros en el Servicio Vasco de Salud. Por ejemplo, se ha hecho una OPE para ver si en esa oferta pública de empleo que se ha convocado se pueden aumentar. También se ha propuesto autorizar un periodo transitorio de tres años que habilite a médicos sin especialidad para ejercer en periodos estivales. Esta medida busca cubrir necesidades durante los meses de mayor demanda. Por último, nosotros hemos solicitado la transferencia de la capacidad de acreditación de las unidades y centros docentes para médicos residentes, porque esto permitiría, a nuestro entender, una mayor autonomía en la formación de nuevos profesionales.

Soluciones se han propuesto, lo que hay que hacer es ponerse en marcha.
Gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Le toca entonces al Grupo Plurinacional SUMAR, a menos que el portavoz del Grupo Republicano haya llegado, que no es el caso.

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

La iniciativa es relativa a la modernización, reordenación y desarrollo de la atención primaria y comunitaria. Estoy un poquito decepcionada, porque, si todo se basa en la falta de médicos, creo que en el análisis hemos fallado un pelín.

Yo creo que a estas alturas de la película a ningún partido político le quedan dudas sobre la atención primaria, su papel y la necesidad de apostar por ella. Eso sí, la manera de apostar con hechos es lo que nos diferencia a unos y a otros. Por tanto, estamos de acuerdo, sin duda alguna, en los primeros párrafos de su propuesta, porque hablan de las leyes que regulan y que rigen todo el sistema, pero luego llegan ya los párrafos donde no podemos estar tan de acuerdo, y en nuestro caso la evidencia nos avala.

Hablan de la falta de recursos desde el ministerio. Como detalle: las competencias están descentralizadas. Los últimos planes de atención primaria y comunitaria han supuesto una inyección de fondos finalistas desde 924 000 millones en 2022, 2023 y 2024, y otros 172 millones. Es decir, el incremento finalista es cada vez mayor. Lo que hay que hacer es un mayor control de ese fondo finalista, porque hay algunas comunidades —y no voy a decir cuáles— donde me dicen que 2 millones los hemos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 28

utilizado en empapadores como apoyo a la atención primaria. Genial. La Oficina de Atención Primaria, que estaba un poco perdida, ha pasado a depender directamente de la secretaría de Estado. Eso dice mucho. Se ha creado, como bien habéis dicho, CAPYCO, donde las comunidades autónomas tienen su espacio para debatir y llegar al consenso sobre la atención primaria, cuyos problemas van más allá de falta de médicos.

Vamos a analizar lo que dicen que quieren instar al Gobierno. De nuevo, apliquen ustedes todo eso, por favor, en las comunidades autónomas donde gobiernan. Hablan de una sesión plenaria monográfica. Bueno, ¡sorpresa!, el 27 de marzo ya hubo una en la que se habló de muchos temas y también de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Las conclusiones que indicaron eran clarísimas. Se han aumentado las ofertas de plazas desde la convocatoria 2017-2018. Sin embargo, como nos han oído hablar durante muchísimo tiempo, y la Organización Mundial de la Salud nos dice lo mismo, no basta con aumentar las plazas, también hay que promover la fidelización y la retención del talento, que ya no depende solo de las plazas ni del dinero, sino de los contratos —comunidades autónomas—, la precarización —comunidades autónomas— y la creación de un entorno donde los profesionales, no solo los médicos, se encuentren a gusto. Por mucho que se aumenten estas plazas, si no trabajamos todo esto, que es competencia de comunidades autónomas, poco podemos retener y fidelizar.

Respecto a los puntos, sobre crear o no crear no sé cuántos miles de plazas, criterios de acreditación o unidades, los datos lo dicen: se han ofertado 3597 plazas más y son casi 700 las que en este momento se ofertan por encima de las de 2018. Pero, como decíamos, no solo se basa en eso. Fidelización, buenas condiciones, prestigio, resolución desde el primer nivel, desburocratización: todo eso es lo que ayuda a la fidelización y todo eso, que lo dice el plan de atención primaria votado por todas las comunidades autónomas, por favor, se debe aplicar. Un dato: la Comunidad de Madrid es la que menos plazas mir de medicina de familia por habitante oferta de toda España; es más, en la pasada convocatoria ofertó diez menos de las que podía haber acreditado, o sea, diez menos de las que tenía acreditadas. Póngase las pilas, señora Ayuso.

Vamos con el punto número 3, recursos adicionales. Ya hemos comentado los fondos finalistas que se están poniendo. Ahora, la guinda: Ceuta y Melilla. Tuve la oportunidad de ser asesora de Ingesa antes de venir para acá y, por atención primaria, viajé muchas veces a Ceuta y Melilla. La verdad es que ha sido un placer. Desde el comienzo de la legislatura se ha fortalecido la sanidad en Ceuta y Melilla: más profesionales, más facultativos, actividad asistencial por debajo de la media de toda España, no existen listas de espera de atención primaria en Ceuta y Melilla, por no hablar de los fondos que hay para los nuevos centros de salud —yo inauguré el SUAP en Melilla, y fue un verdadero placer— y equipamientos e infraestructuras.

Hablan de modernizar, reordenar, potenciar la atención primaria y comunitaria. Para ello les recomiendo que centren el tiro. Gestión integrada de la demanda en las necesidades de la población es lo que debería ocupar los principales debates sobre el fortalecimiento de la atención primaria y su adaptación al siglo XXI, no la falta continua de profesionales. ¿Solo unos? Parece que les da un poquito igual si retenemos a los profesionales o no les retenemos. Eso depende de ustedes en las comunidades autónomas.

Hablen y apliquen los fondos para potenciar esa capacidad de resolución de la atención primaria. Aborden el mapa de competencias de todos los profesionales, como establece el nuevo Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria. No hacer esto y sesgar el análisis, como hacen ustedes, irremediablemente no dará respuestas a los valores inherentes a este nivel. No van a dar las respuestas recogidas en los textos que ustedes mismos nombran en la iniciativa. La participación de la comunidad, la equidad, el acceso a la salud y la necesidad de un enfoque integral que aborde los determinantes sobre la salud como vía para lograr la meta de salud para todos, entendiendo la salud como un derecho humano: eso es la atención primaria. Realmente, hay que luchar por ella.

Gracias.

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

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

Tengo que dar las gracias a mi grupo por permitirme intervenir sobre atención primaria, sobre modernización y sobre sanidad.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 29

Vengo de Andalucía, y esta proposición no de ley me va a permitir expresar lo que siento como andaluz y como socialista y, sobre todo, poner voz a millones de andaluces que sienten el abandono y el deterioro de un Gobierno del Partido Popular, porque Juan Manuel Moreno Bonilla, desgraciadamente, se ha convertido en el aprendiz de la señora Ayuso.

Señorías del Partido Popular, lo más honrado que hay en esta vida es contarle a la ciudadanía la verdad, y la verdad es que ustedes apuestan por un modelo de sanidad privada, un modelo en el que se salva la vida a aquel que tenga dinero o que tenga un seguro privado en condiciones. También hay que contarle la verdad a la ciudadanía y decirle que el presidente Pedro Sánchez y la vicepresidenta María Jesús Montero han ofrecido condonación de deuda de 19 000 millones de euros. ¿Cuántos profesionales sanitarios se podían haber contratado con esta cantidad de dinero?

Voy a dar más datos. Se ha echado a 18 000 sanitarios a la calle, se ha anunciado el 75% de reducción de jornada en los centros de atención primaria en Andalucía, hay falta de recursos materiales y se están cerrando en el hospital de San Fernando, en Jerez, todas las plantas, excepto una. Por tanto, señorías del Partido Popular, deberían hacérselo mirar cuando traen estas proposiciones no de ley, asumir las competencias cuando corresponden y no tirar balones fuera.

Terminaré diciendo que, como alcaldesa de un pequeño municipio, veo cuando mis vecinos llegan con las problemáticas de atención primaria: semanas sin ser atendidos e intervenciones que no pueden sufragar porque son clases trabajadoras; muchos de ellos han tenido que acudir a la sanidad privada para poder operarse. Por tanto, tengan ustedes cuidado porque están despertando un monstruo (**rumores**) y este monstruo es el hartazgo de una sociedad, la andaluza, que está viendo cómo se está deteriorando su atención primaria y su sanidad. Miren la visita del señor Juan Manuel Moreno Bonilla a Écija, un pueblo indignado porque tiene un hospital cerrado. Fue también el rechazo de la ciudadanía al modelo que tiene el Partido Popular en Andalucía.

Por tanto, señorías, no vamos a votar a favor de esta proposición no de ley porque hace un análisis quizás banal de la situación en la atención primaria y se deben tomar cartas en el asunto. Habéis hecho muchísimo daño en nuestra tierra, sobre todo a muchas familias que han visto cómo se ha visto deteriorada la sanidad. Como decía, 18 000 sanitarios a la calle y 2 millones en listas de espera. La lista de espera mayor la tiene Andalucía. (**La señora Velasco Morillo: Te has pasado un poco**). Así que, háganselo mirar, por favor, y traigan otro tipo de proposiciones no de ley que de verdad vengán a solucionar la atención primaria.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

La típica pregunta al final de la ronda: ¿Admite el Grupo Popular la enmienda de VOX?

La señora **VELASCO MORILLO**: Estamos en ello.

El señor **PRESIDENTE**: Está pendiente. Perfecto.

Con un poco de suerte, lo digo para animar a todo el mundo, votaremos a las siete y cuarto.

— SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002111).

El señor **PRESIDENTE**: Octava proposición no de ley, sobre la implantación de la cirugía robótica en el Sistema Nacional de Salud, de la que fue víctima mi vesícula hace un año.

Presenta la PNL el Grupo Parlamentario Socialista.

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

Como dice el cuerpo de la proposición, la cirugía robótica es una técnica avanzada que usa robots para asistir a las cirujanas y los cirujanos durante procedimientos quirúrgicos. En España hay instalados más de 160 robots quirúrgicos, el 40% de los cuales se encuentra en el sector público y un 60% en el privado. Solo en 2023 las intervenciones quirúrgicas asistidas por robot aumentaron en España y Portugal un 32% y más de 340 000 pacientes en Europa se beneficiaron de esta técnica, con una proyección de 50 millones de pacientes en la próxima década. Tiene algunas ventajas sobre otro tipo de cirugía, como el mejor abordaje de la zona que se interviene, la visión tridimensional, la desaparición del temblor del cirujano o la cirujana, las incisiones pequeñas o las suturas complejas, lo que conlleva menos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 30

complicaciones, menor estancia hospitalaria y recuperación más rápida del paciente. Las principales patologías en las que se hace uso de esta tecnología son las torácicas, ginecológicas y urológicas.

Se han realizado diferentes estudios e informes para evaluar su eficacia, su efectividad y su seguridad en múltiples patologías. Me gustaría destacar especialmente el informe de evaluación de 2023 por lo exhaustivo y por sus consideraciones, que son importantes. Este informe hace unas consideraciones de implementación en las que habla de aspectos éticos que hay que dirimir, porque es importante informar al paciente sobre las características de la cirugía asistida por robot, sobre su beneficio con respecto a la cirugía convencional, sobre su confianza, sobre su riesgo y sobre la responsabilidad en caso de fallos técnicos. Hay que dirimir también aspectos organizativos, porque es necesaria una adecuada formación de los equipos de cirugía, así como cambios en los procedimientos y en las infraestructuras; aspectos sociales, y también aspectos legales. Por ejemplo, la cobertura de la cirugía robótica por parte del Sistema Nacional de Salud en lugar de la cirugía convencional podría plantear nuevos problemas legales en caso de mal funcionamiento del sistema robótico por una cuestión de responsabilidad. Una demanda judicial podría implicar a médicos, a hospitales y al fabricante del robot. Yo creo que estas son consideraciones que hemos de avanzar y en las que hemos de seguir trabajando.

Hay otras recomendaciones en ese informe, porque existen algunos estudios que han detectado lagunas de evidencia. Por eso, este informe —muy exhaustivo— recomienda realizar estudios multicéntricos que comparen la cirugía robótica con la cirugía abierta o la laparoscopia convencional, en los que, a ser posible, los mismos cirujanos o cirujanas realicen todos los abordajes quirúrgicos objeto del estudio, con un periodo de seguimiento más allá del postoperatorio, y se analicen, entre otros desenlaces de interés, la calidad de vida de los pacientes, la satisfacción de los pacientes y profesionales, el estado de recuperación de los pacientes tras la intervención, las tasas de reingreso y reintervención y los motivos de las complicaciones intraoperatorias o posoperatorias recogidos de una forma más homogénea que la que tenemos en este momento. Se habla también en ese informe de realizar estudios que puedan identificar qué pacientes, por sus características, se pueden beneficiar más de la cirugía robótica, añadido a las indicaciones terapéuticas, o realizar un análisis completo del costeefectividad o costeutilidad de la cirugía robótica con respecto a la cirugía abierta y a la laparoscopia en el contexto español para aquellas indicaciones cuyo balance beneficioriesgo haya resultado positivo.

Por todo ello, en nuestra propuesta incluimos la mayor parte de estos aspectos: la planificación en el Sistema Nacional de Salud, que es necesaria para ver el futuro de esta implementación en nuestro país; la formación necesaria de los equipos de cirugía y de clínica e introducirlo en los programas formativos de la cirugía, y más estudios científicos sobre la cirugía robótica que nos den mayores evidencias, mayor seguridad y mayores certezas sobre estas nuevas formas de cirugía.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para defender su enmienda, el Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **RECAS MARTÍN**: Como antes me he excedido de mi tiempo, ahora mi intervención va a ser más corta, sobre todo, porque la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista ha hablado de las bonanzas, de la necesidad de evidencias y de cómo se está desarrollando toda esa tecnología en las diferentes comunidades, porque, una vez más, son las comunidades autónomas las que deben apostar por esta tecnología, ya que son las que tienen las competencias de esta cirugía robótica.

Una vez más, como nos gusta mucho, voy a hablar de Ceuta y Melilla. Ceuta y Melilla son dos ciudades con pocos habitantes para lo que estamos acostumbrados; sin embargo, en ambos hospitales hay un aparato de cirugía robótica. Eso implica que el Ministerio de Sanidad ha tenido que invertir unos dos millones de euros. Pronto se abrirá ese gran hospital de Melilla, de más de 45 000 metros cuadrados, con 265 camas y en el que va a haber un robot de cirugía robótica. Sin duda alguna, es una apuesta no solo por esa cirugía, sino porque se ha demostrado que es una forma de atracción y fidelización del talento. A Melilla están llegando médicos que quieren abrir ese hospital y entrenarse y formarse en esa cirugía robótica.

Nuestra enmienda va encaminada, una vez más, a que somos equipos multidisciplinares y que en todo equipo quirúrgico se incluye a las enfermeras y a las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería. Por lo tanto —y como se está haciendo en Ceuta y Melilla—, la formación debe ser para todos para crear esa evidencia y poco a poco demostrar que la cirugía robótica tiene un futuro tecnológico elevado en nuestro país.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 31

Por lo tanto, nosotros votaremos que sí, porque suponemos que esa gran enmienda, en la que decimos que somos un equipo, va a ser aceptada.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Para defender su enmienda, el Grupo Popular.

El señor **MADRID OLMO**: Gracias, presidente.
Buenas tardes, señorías.

El Grupo Socialista presenta una propuesta que vuelve a evidenciar lo que ya es un patrón en su manera de entender la política sanitaria: improvisación, propaganda y ausencia total de planificación estratégica.

Esta PNL, redactada más bajo un enfoque publicitario que desde la rigurosidad de una iniciativa parlamentaria, trata de abordar la innovación que supone la implementación de la cirugía robótica en el Sistema Nacional de Salud, algo que creemos importante para ofrecer a los españoles la mejor atención sanitaria posible, pero siempre que se haga apoyándose en el conocimiento y en una planificación adecuada. Eso es exactamente lo que esta PNL no hace, sino que pretende expandir la cirugía robótica sin criterios clínicos sólidos, sin las evaluaciones previas necesarias y sin afrontar el reto de avanzar bajo el paraguas de la equidad territorial y la sostenibilidad económica. Promover la planificación de la cirugía robótica de forma generalizada en el Sistema Nacional de Salud sin más puede suponer otro paso hacia la desigualdad, al no cimentarse en estudios claros sobre la demanda y necesidades específicas de cada territorio ni tener en cuenta la realidad de los centros hospitalarios. Una política pública responsable, señorías, no puede promover la innovación sin asegurar previamente que la totalidad del sistema está preparado para absorberla adecuadamente.

Señorías del Grupo Socialista, creo que son necesarios criterios homogéneos por parte del ministerio para su implementación y acuerdo marco para optimizar recursos. Así, llevan razón cuando afirman que el auge de esta tecnología se ha producido con criterios heterogéneos, tan heterogéneos que algunas comunidades autónomas han desplegado planes específicos, otras no han iniciado su implantación y el ministerio ha actuado de forma caótica. Basta como ejemplo el robot Da Vinci de Ceuta, que ha generado un enorme gasto durante dos años sin ser utilizado. Esto no es modernizar ni mejorar la sanidad, señorías, esto se llama despilfarrar el dinero público.

Así, la PNL plantea una promoción de la cirugía robótica sin incidir con la profundidad necesaria en aspectos cruciales como la sostenibilidad económica, la eficacia clínica real o la equidad territorial. Desde un punto de vista económico, la inversión necesaria para adquirir y mantener sistemas robóticos es considerablemente alta, lo que puede complicar la sostenibilidad de la sanidad pública. No se trata de gastar más, sino de gastar mejor, incorporando la cirugía robótica con criterios de evidencia científica, retorno asistencial y sostenibilidad económica. Sobre la eficacia clínica real, no todos los procedimientos justifican un robot. Es fundamental hacer evaluaciones coste-beneficio y costeutilidad en función de la especialidad, volumen quirúrgico y resultados en salud. Respecto a la equidad, es exigible un mínimo común asistencial que evite desigualdades manifiestas entre pacientes según su lugar de residencia.

En el Partido Popular sí creemos en una sanidad pública, moderna e innovadora, con ausencia de diferencias injustas y evitables. Dado que cada vez será mayor la implementación de la cirugía robótica, creemos preciso ir trabajando en un plan de incorporación ordenada y coherente de dicha cirugía por todo el territorio nacional, que, partiendo de una evaluación previa rigurosa de las necesidades de la población, contemple las indicaciones de uso definidas por las sociedades médicas y se sustente en criterios clínicos compartidos, equidad territorial, cronograma transparente y una formación reglada para los profesionales. No se trata de comprar robots, sino de operar mejor y poner la tecnología al servicio de los pacientes, no de los titulares de prensa. Se trata de garantizar que el acceso a la cirugía robótica no dependa del código postal ni del color político del Gobierno autonómico.

Señorías, el futuro de la cirugía no puede construirse con humo. El futuro se construye con evidencias, compromiso con los pacientes y los profesionales, planificación rigurosa y respeto por el dinero público. Esto es lo que ofrece el Partido Popular y esto es lo que la PNL del Partido Socialista no garantiza en absoluto. Eso es también lo que está llevando a cabo el Gobierno del Partido Popular en Andalucía, por mucho que se empeñen en mentir y en ofrecer datos falsos. **(La señora Sánchez Torregrosa: ¡Muy bien!)** María Jesús Montero y el Partido Socialista mienten a los andaluces cuando hablan de sanidad, cuando dicen que no sé qué se está privatizando en la sanidad andaluza. **(La señora Sánchez**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 32

Torregrosa: ¡Muy bien!). María Jesús Montero, cuando era consejera de Salud en Andalucía, alababa los conciertos sanitarios y los multiplicaba. Hoy, el Gobierno de Juanma Moreno amplía los recursos del sistema sanitario público andaluz.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE:** Muchísimas gracias.

Por el Grupo Republicano, por favor. **(Pausa).** No interviene.

Por el Grupo VOX.

La señora **DE MEER MÉNDEZ:** Muchas gracias, señor presidente.

En VOX siempre estaremos a favor de algo tan específico como esto, que, en definitiva, supone poner la tecnología al servicio de la gente. El problema de poner la tecnología al servicio de la gente es que, en el caso de España, son los políticos los que no están al servicio de la gente. Esto se demuestra con algo tan específico como lo que estamos debatiendo ahora mismo, con circunstancias y cuestiones tan concretas como el hecho de que la cirugía robótica en nuestro país —en comparación con países de nuestro entorno como Alemania o Italia, que tienen cincuenta unidades— cuenta exclusivamente con veinticuatro unidades. Estamos muy lejos de tener, de apostar y de invertir en la tecnología a favor de la gente.

Una de las cuestiones por las cuales estamos muy lejos es, precisamente, porque en España lo que sucede es que la sanidad está dividida en diecisiete micro-Estados que la gestionan, lo que genera, insisto, diferencias y diecisiete tipos de españoles de primera y de segunda en función de si tienen mayor o menor suerte y de si la Consejería de Sanidad correspondiente ha decidido invertir o no en cirugía robótica. Así que nosotros vamos a denunciar siempre que esas diferencias son intolerables y siempre seguiremos haciendo política para que no exista discriminación en nuestro país, y no vamos a participar, de nuevo, de un juego en el cual el Partido Socialista insta al Partido Socialista a algo que ya debería estar haciendo el Partido Socialista, sobre todo teniendo en cuenta que el engaño de fondo es el que acabo de comentar.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias.

¿El Grupo Socialista se quiere posicionar sobre las enmiendas? **(Denegación).** Lo digo porque hay que empezar a hacer fotocopias para poder repartirlas.

— SOBRE LA MEJORA DE LAS CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL MÉDICO EN FORMACIÓN, MIR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO REPUBLICANO. (Número de expediente 161/002145).

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos a la novena proposición no de ley, sobre la mejora de las condiciones laborales del personal médico en formación, mir, del Grupo Parlamentario Republicano, que tiene cinco minutos para defenderla.

La señora **ESTREMS FAYOS:** Molt bé. Moltes gràcies.

Nosaltres presentem aquesta proposta arran de converses que hem tingut amb l'associació de representants dels MIR que ens han traslladat... Què? Funciona? Tampoc no sé si hi ha algú escoltant. Vull dir que... Bé, deia que aquesta proposició no de llei sorgeix de diverses converses que hem tingut amb els representants de les associacions del col·lectiu MIR, que estan preocupats per l'esborrany que ha sortit del nou Estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut, que encara està en fase de negociació. Aquest Estatut, aquest esborrany parla de coses com limitar, per exemple, les guàrdies a 17 hores consecutives. Això pot semblar un avenç en les condicions de treball del personal MIR, però ells estan preocupats perquè podria representar una pèrdua de retribució el fet de fer menys hores o inclús que haguessin de retornar aquestes hores fent més guàrdies, que no hi hagués els dies de descans entremig de les jornades laborals. En fi, moltíssimes consideracions de la jornada laboral que estan preocupats perquè no... Això pot influir també en la seguretat del pacient, si fan moltes hores, si no descansen entre jornades. I aquesta és una de les seves preocupacions.

Creiem que al personal MIR se li ha d'actualitzar el règim de treball, les condicions de treball. Hem de racionalitzar les hores que treballen i també hem de retribuir-los amb uns salaris dignes en funció de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 33

seva professió. No pot ser que estiguin treballant amb sous precaris i que això també pugui ser un motiu de desafecció o inclús de fuga d'aquest personal cap a les empreses privades.

La situació és complexa i creiem que s'ha d'abordar d'una manera clara específica per al personal MIR. Nosaltres havíem fet una sèrie de propostes, no estaré massa temps més, que finalment hem transaccionat amb el Grup Socialista i SUMAR, que bàsicament van encaminades a això, a millorar les condicions de treball del personal MIR, racionalitzar les guàrdies, ampliar els sous d'aquest personal i, evidentment, per fer això, traspasar i actualitzar totes les transferències corrents que es fan a les comunitats autònomes perquè puguin assumir aquestes condicions..., aquestes noves condicions de treball.

Creiem que és importantíssim. Les persones que estan cursant MIR són el futur de la nostra sanitat. Hem d'aconseguir que es quedin a la pública i creiem que s'han d'impulsar aquestes mesures des d'aquesta cambra.

Moltes gràcies.

Muchas gracias.

Presentamos esta propuesta a raíz de conversaciones que hemos tenido con representantes de asociaciones del colectivo mir, que están preocupados por el borrador que ha salido del nuevo Estatuto Marco del Personal Estatutario de Servicios de Salud y que todavía está en fase de negociación. Este borrador de estatuto habla de cosas como limitar las guardias, por ejemplo, a diecisiete horas consecutivas. Eso puede parecer que va bien para las condiciones de trabajo del personal mir, pero ellos están preocupados porque podría representar una pérdida de retribución al hacer menos horas, o incluso que tuvieran que devolver esas horas haciendo más guardias y teniendo menos días de descanso entre medias de las jornadas laborales. En fin, muchísimas consideraciones que tienen que ver con la jornada laboral. Están preocupados porque eso puede influir también en la seguridad del paciente si el profesional hace demasiadas horas, si no descansa entre jornadas, y esta es una de sus preocupaciones.

Creemos que el personal mir debería actualizarse a las condiciones de trabajo, hay que racionalizar las horas que trabajan y también tenemos que retribuirlos con unos salarios dignos, en función de su profesión y del trabajo que hacen. No puede ser que trabajen con sueldos precarios y que eso también pueda ser un motivo de desafección e incluso de fuga de ese personal hacia las empresas privadas.

La situación es compleja y creemos que se tiene que abordar de una manera clara y específica para el personal mir. Nosotros hemos hecho una serie de propuestas —no emplearé más tiempo—, que al final hemos transaccionado con el Grupo Socialista y con SUMAR, y básicamente van encaminadas a eso, a mejorar las condiciones de trabajo del personal mir, a racionalizar las guardias, a ampliar los sueldos de este personal y, evidentemente, para hacer eso, traspasar y actualizar todas las transferencias corrientes que se hacen a las comunidades autónomas para que puedan asumir estas condiciones nuevas de trabajo.

Creemos que es importantísimo, los mir son el futuro de nuestra sanidad, hemos de conseguir que se queden en la sanidad pública y creemos que se tienen que impulsar estas medidas en esta Cámara.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Plurinacional SUMAR para defender su enmienda.

La señora **RECAS MARTÍN**: Muchísimas gracias, presidente, y muchísimas gracias al Grupo Republicano por traer un tema que yo creo que había que traer. Creo que todos nos hemos reunido, seguramente todos tendremos estos documentos, nos hemos reunido con todos los médicos y para estas reuniones y para este debate ha sido necesario abrir un melón que es la modificación de la ley del estatuto marco. El Ministerio de Sanidad ha decidido que era el momento justo para hablar de que veinticuatro horas de guardia no son asumibles ni para los profesionales sanitarios ni para los residentes. Se habla de guardias y de exclusividad. Hay que tener en cuenta que estamos hablando de un borrador y es importante destacarlo; es un borrador que, según se van produciendo las reuniones, se va cambiando; primero, según lo que dice la mesa del ámbito, que son los sindicatos; y, luego, en esos foros paralelos, donde el ministerio se está reuniendo y nosotros, como grupos parlamentarios, nos estamos reuniendo con todos los colectivos implicados, sobre todo colectivos médicos. Es decir, que mucho de lo que demanda Esquerra Republicana en esta iniciativa se está contemplando y se está cambiando. Por lo tanto, vamos muy a la par.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 34

La enmienda que hemos presentado pretende destacar que ya se están analizando cosas y también que, cuando proceda, todas las formaciones sanitarias especializadas deben estar dentro de esta iniciativa y no solo los médicos. Por lo tanto, vamos a apoyar esta iniciativa. Quiero recordar que pronto esta modificación de la ley del estatuto marco nos llegará a nosotros, al Congreso de los Diputados, y esperamos que entre todos seamos capaces de llegar a un acuerdo para que, entre otras muchísimas cosas, las condiciones laborales de los residentes, de los profesionales sanitarios, mejoren con esta ley.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

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

El Grupo Parlamentario Republicano nos trae una propuesta ideal para hacer un recordatorio y yo creo que todas las señorías estaremos de acuerdo en que el modelo mir, de médico interno residente, promovido en nuestro país desde 1978, es un modelo de éxito. Este modelo mir se ha podido extender, en gran parte, a esos equipos multidisciplinarios que en verdad requieren la magnífica atención sanitaria que todos deseamos, desde la atención primaria a la atención hospitalaria; es decir, desde la primera base hasta el mundo especializado.

Tengo la suerte de pertenecer a la segunda promoción del sistema mir en España y de haber estado durante más de veinte de los cerca de cuarenta años de mi vida profesional como tutora de residentes. Les diré que, efectivamente, había que racionalizar la formación de nuestros jóvenes en formación especializada. Era una exageración, aunque es verdad que en el momento en que un joven —chico o chica— elige la carrera de especialista vía mir sabe que hace una entrega total a su formación, ya que es un contrato de formación a la docencia y la investigación. Pero había que racionalizar, porque no es lo mismo el mir 1, que el 2, el 3 o el 4. Quizá este modelo existe precisamente porque el mir 2 siempre se siente copartícipe de la formación del 1, y es algo recíproco.

El tema de las guardias es de una claridad necesaria, incluso que se llegue a que no haya un deterioro del pago de los médicos residentes, porque, sinceramente, señorías, he tenido residentes que me han recordado que necesitaban las peonadas —imáginese, una terminología del siglo XIX— para redondear el sueldo. Por tanto, es una llamada de atención. La retribución tiene que ser digna si queremos seguir teniendo los mejores especialistas, como hasta ahora mismo tenemos en las distintas comunidades autónomas de nuestro país.

El tema de la dedicación exclusiva de cinco años posespecialista en Medicina vía mir es también una demanda de muchos de los especialistas. Tienen miedo, entran muy jovencitos y muchos de ellos acaban siendo pareja, incluso tienen hijos, y se ponen a temblar pensando qué va a ser de ellos, porque quedan muy pocos hospitales que absorban esa gran formación que reciben año tras año en las distintas comunidades autónomas. También es muy importante que la selección sea por competencia y por demanda, porque los estudiantes y las estudiantes de Medicina suelen ir, por indicación de sus docentes, a visitar los hospitales y entre ellos tienen unas redes fantásticas para saber qué hospitales de España les van a dar la mejor formación durante esos cuatro, cinco o seis años de su juventud y de su vida profesional en la especialidad que ellos desean. Porque el marco que les ofrecen las distintas comunidades autónomas es muy diferente. Así, una persona de Andalucía a lo mejor se quiere ir al País Vasco, a Cataluña, a Galicia o a Madrid. Por lo tanto, esa fluidez es parte de la riqueza del modelo mir.

Nosotros hemos hecho una propuesta para apoyarla, porque esta propuesta que se ha presentado nos parece que tiene una gran calidad y está claro que hay que dotar de fondos económicos para mantener un modelo que es de éxito.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

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

La señora **NAVARRO LACOPA**: Gracias, presidente.

Señorías, el Grupo Parlamentario Popular está absolutamente de acuerdo con la iniciativa que trae el Grupo Republicano para mejorar las condiciones laborales de los médicos en formación; pero hemos notado que en el fondo de esta iniciativa hay varias incongruencias, algunas se pueden leer en la propia iniciativa, otras no se leen pero se deducen y las van a entender muy fácilmente. En primer lugar, aquella

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 35

que se lee en el texto literal de la propia iniciativa cuando dice que todo esto que se pide se hará con el pleno respeto al marco competencial vigente, pero en el punto cinco del *petitum* —unos renglones más abajo— piden las modificaciones legislativas con los acuerdos políticos pertinentes para hacer efectivo el traspaso integral de las competencias en formación sanitaria especializada mir a la Generalitat de Cataluña. No pierden ustedes oportunidad para estar a lo de siempre, a su libro, que es trocear el Sistema Nacional de Salud y romper la igualdad de todos los españoles.

Otra incongruencia está en el texto de la propia iniciativa, la ha corregido su ponente, señoría. Porque dicen ustedes que los mir son la base del Sistema Nacional de Salud. No, son el futuro del Sistema Nacional de Salud. La base del Sistema Nacional de Salud la constituyen los médicos de familia y tenemos que estar atentos a los datos que nos arrojan las propias opciones de especialización mir que eligen aquellos aspirantes, porque solo en 2024 quedaron vacantes 246 de médico de familia, que es —como he dicho— la base del Sistema Nacional de Salud. Hoy acaba el plazo para elegir especialidad de la convocatoria de 2025, todavía no sabemos cuántas plazas de médicos de familia se van a quedar vacantes. Ustedes saben que la primera especialidad que se cubre es Dermatología; es más, saben cuáles son las razones que hay detrás de esta elección y, por lo tanto, es necesario y urgente mejorar el Sistema Nacional de Salud y avanzar rápido en la negociación de esa modificación de la legislación del estatuto marco de los profesionales sanitarios.

La otra incongruencia de su iniciativa no se lee, pero la van a entender. Y es que son ustedes, Esquerra Republicana y sus votos, los que sostienen al Gobierno y tienen que traer una iniciativa a la Comisión de Sanidad ¿para qué? Para esconder la nula influencia que tienen en el Gobierno al que están ustedes apoyando. Porque, como bien ha dicho, este contenido de mejorar las condiciones laborales de los médicos mir forma parte de la negociación del estatuto marco que se está llevando a cabo ahora mismo, que lleva un año en negociación y han sido incapaces de desencallar estas negociaciones y llevarlas a buen puerto. De hecho, el ejemplo más claro es que el próximo 13 de junio está convocada una nueva huelga si esto no se lleva a cabo. Es un ejemplo más de la nula iniciativa y la falta de competencia que tiene la ministra de Sanidad para resolver problemas importantes, como, por ejemplo, el que tuvimos con las aseguradoras en Muface, el de la estrategia de salud mental o el de la Agencia Nacional de Salud Pública, que quedó derrotada aquí en una votación en el Pleno.

Hablando de votaciones en el Pleno y para que esta iniciativa no sea un brindis al sol, como ustedes han dicho, es necesario el montante económico, también lo ha dicho la señoría del Grupo Socialista. No son ustedes tampoco capaces de hacer que el Gobierno traiga los presupuestos generales del Estado cuando son sus votos los que sostienen a este Gobierno, y saben que sin montante económico esto es un brindis al sol, igual que ocurrió cuando votamos todos aquí por unanimidad a favor la ley de la ELA y esta mañana han votado también todos ustedes la iniciativa del Grupo Parlamentario Popular para asumir el compromiso económico que los enfermos de la ELA necesitan y que todavía no han visto ni un solo euro.

Esperamos que tengan en cuenta la enmienda que ha presentado el Grupo Parlamentario Popular y que, por lo tanto, se negocie con rigor y seriedad aquellas cosas que afectan a los profesionales sanitarios.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿Grupo Parlamentario Mixto, Podemos? **(Denegación)**.

¿Grupo Parlamentario Vasco? **(Denegación)**.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario VOX.

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

Señoría de Esquerra, los mir no son el futuro, son el presente y han sido el pasado y seguirán siendo importantísimos, igual que lo llevan siendo desde hace muchos años en nuestro sistema nacional.

Escuchando a la señoría de SUMAR, la recogida de cable del ministerio ha sido histórica. Alegan que es un borrador y como han visto que ha provocado un tsunami, se ponen en pie de guerra unos y otros. Y es que en siete años este Gobierno ha evidenciado un tránsito de ministros de Sanidad que no han sido capaces de poner solución, porque cuando se es parte del problema es difícil ser parte de la solución.

El problema que tenemos actualmente con los mir lo han provocado el Partido Socialista y el Partido Popular, que son los que llevan gobernando desde hace muchos años. Se han pasado la patata caliente y aquí intentan mostrarnos como que van a solucionarlo. Pero en algo le voy a dar la razón a la señora del Grupo Popular: sin presupuestos esto es, como siempre, papel mojado, como casi todo lo que aprobamos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 36

en estas comisiones. Porque si el Gobierno no tiene presupuesto, no puede hacer nada, y por muchas mociones que se aprueben, el Gobierno mira para otro lado.

Vamos a centrarnos en la PNL del Grupo Republicano. Primero, en el *Boletín Oficial de las Cortes Generales* en catalán hay cinco puntos y en español hay seis, no sé si debato la de cinco o la de seis, pero voy a centrar mi intervención en la de seis. Gran parte de la formación —una vez escuchados también los mir, porque nosotros los hemos escuchado— se debe a esa guardia de veinticuatro horas. Por algo los médicos españoles son los mejores del mundo, por esa formación que reciben los mir. Hay que tener mucho cuidado con no tocar lo que funciona, además, muchísimos mir quieren mantener esas guardias, muchísimos médicos quieren mantener esas guardias porque implican librar al día siguiente. Sería importante poder aumentar las retribuciones, pero ninguno de ustedes lo ha hecho durante estos años, ni el Gobierno nacional ni los autonómicos. Como digo, unos y otros se pasan la pelota.

Ya existe el derecho al descanso posguardia que usted menciona. Todos los mir, después de una guardia de veinticuatro horas, libran veinticuatro horas. Los descansos hace años que no debe compensarlos ningún mir, y si algún centro les obliga a compensarlos están vulnerando su ley. Siendo ustedes de Esquerra y siempre mirando por Cataluña, me preocupa mucho que ustedes hayan permitido durante su Gobierno en Cataluña o con su apoyo que se haya vulnerado el derecho de los trabajadores. Porque si usted denuncia, será por algo. Me preocupa mucho esto. Le puedo decir que en más de veintitrés años en diferentes comunidades autónomas donde he trabajado jamás se ha visto a ningún mir compensar estas horas de libranza.

En el punto tres se dice que hay que adecuar los sueldos. Por supuesto, es algo que estamos denunciando, pero cuando UGT y Comisiones Obreras torpedean a cualquier sindicato que no es el suyo, difícilmente se pelea, y más cuando están al lado de un Gobierno que sin presupuestos no puede llevar a cabo ningún tipo de mejora.

En el punto cuatro empiezan a mezclar cosas, ya es el *totum revolutum*. Primero, la dedicación exclusiva. Sepa usted que ya se paga un plus en toda la sanidad pública. El principio de igualdad en todas las comunidades autónomas implica dos cosas: una, que quieren igualar los salarios del sector social con las residencias geriátricas a los del sector sanitario. Eso, señoría, es una barbaridad; una enfermera de UCI no puede cobrar ahora mismo igual que una enfermera de una residencia porque a cada una se le pide una titulación y no puede ser que una persona a la que se le exige más cobre menos.

Usted habla de establecer un fondo compensatorio. Por coherencia le digo que estamos en contra de ese plus y, por otra parte, ya existe. En la versión española, que contiene el punto extra, por razones evidentes nosotros no vamos a permitir lo que hacen ustedes, que es levantar ese muro invisible que quieren poner imponiendo el catalán para que los sanitarios trabajen en Cataluña. Así ha pasado en Mallorca con el catalán, que no han tenido especialistas, y esto también les puede pasar a ustedes. Nosotros estamos en contra de esos muros, porque ya sabe que quienes levantaban los muros eran los comunistas para que no escaparan de su maldita ideología.

El señor **PRESIDENTE**: ¿El Grupo Republicano tiene alguna posición sobre las enmiendas?

La señora **ESTREMS FAYOS**: Sí. Per mur el que vol aixecar Trump entre Estats Units i Mèxic. Nosaltres... Es votarà en els termes de la transaccional.
Gràcies.

*Sí, para muros el que se ha levantado entre Estados Unidos y México.
Nosotros seguiremos en los términos de la transaccional.
Gracias.*

— RELATIVA A LA INSPECCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE GESTIÓN INDIRECTA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/002166).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la última proposición no de ley, la décima, relativa a la inspección de las técnicas de gestión indirectas del Sistema Nacional de Salud, presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, Podemos.

Adelante, por favor.

El señor **SÁNCHEZ SERNA**: Gracias, presidente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 37

Buenas tardes, señorías.

El Sistema Nacional de Salud se configuró con la Ley General de Sanidad 14/1986 como —y cito literalmente— el conjunto de los servicios de las comunidades autónomas convenientemente coordinados. Y, además, se articulaba en torno a un modelo basado en la gestión directa. Sin embargo, la posterior Ley 15/1997 supondría un punto de inflexión muy importante en cuanto a la organización del sistema sanitario. Esta ley del señor Aznar, apoyada en su día tanto por el Grupo Popular como por el Grupo Socialista, supuso abrir la puerta a una progresiva mercantilización del Sistema Nacional de Salud a partir de diversas fórmulas de gestión indirecta o concertada de los servicios de salud.

Como sabemos, las fórmulas han sido muchas y muy variadas: concesiones, externalización de servicios no clínicos, derivación de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, etcétera. Pero, bajo todas ellas, subyace la misma operación de fondo, que es la conversión de un derecho de la ciudadanía —como es la sanidad— en una mercancía, en un nicho de negocio. Hoy en día tenemos ejemplos de cómo esto ha sido una fuente de negocios importante en detrimento del derecho a la salud de la ciudadanía. El pasado 16 de mayo podíamos leer muchos titulares del siguiente tenor: Un juez investiga si Quirón infló la facturación a la Comunidad de Madrid con cientos de pacientes falsos.

La fórmula que ustedes usan siempre es la misma: degradar la sanidad pública e incrementar el aumento de pruebas e ingresos en la concertada, muchas veces innecesarios, para que empresas como Quirón disparen sus beneficios exponencialmente; y, si por el camino te cae un ático en el barrio de Chamberí, pues mejor que mejor. Quirón, además, ni siquiera es ya una empresa española, sino que forma parte de la multinacional alemana Fresenius. Fijense en este dato qué curioso: el informe anual — me he molestado en consultarlo— correspondiente a 2024 de Fresenius Medical Company señala que los beneficios antes de impuestos supusieron el 8,6% de su facturación en Alemania, mientras que en España representaron el 12,4%. Estas cifras ya nos permiten hacernos una idea del enorme negocio que es la sanidad privada en nuestro país y cómo están colonizando de a poquito el servicio de la salud.

Ante esto, ¿qué se puede hacer? En nuestra legislación se contempla una herramienta para velar por la eficacia y la equidad sanitaria y, en consecuencia, para que los negocios privados no supongan un menoscabo en los derechos sanitarios de los usuarios. Esta herramienta es la Alta Inspección. De hecho, el artículo 76 de la Ley 16/2023, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, entre las funciones de la Alta Inspección señala que está el evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades estructurales que impiden o distorsionan el funcionamiento de un sistema coherente, armónico y solidario. Asimismo, esa ley señala que la inspección deberá comprobar que los fondos correspondientes a los servicios de la salud de las comunidades autónomas son utilizados de acuerdo con los principios generales de la ley.

Pues bien, lo que estamos proponiendo es sencillo y es ni más ni menos que el Ministerio de Sanidad ponga a trabajar a la Alta Inspección y que esta haga lo que tiene que hacer. Es decir, comprobar que las Administraciones públicas que establecen conciertos sanitarios están utilizando correctamente los recursos públicos y garantizar que no se contravienen los objetivos sanitarios, sociales y económicos previstos en los correspondientes planes de salud, que también están dispuestos en el artículo 90 de la Ley General de Sanidad. Además, esta proposición plantea que la Alta Inspección evalúe la eficiencia de la contratación sanitaria, que identifique la no discriminación socioeconómica en los regímenes de gestión privada y, por último, que persiga todas las modalidades específicas de fraude, corrupción y distorsión de las prestaciones en los servicios sanitarios asociados a las llamadas fórmulas de gestión directa.

El pasado domingo, miles de madrileños y madrileñas salieron a manifestarse en defensa de una sanidad pública que está en peligro. No solo lo está en Madrid, también en mi región, la Región de Murcia, en Valencia o en Sevilla. Somos miles de usuarios los que estamos viendo en directo el desmantelamiento de lo público, la falta de especialistas, la falta de profesionales. También, somos miles los que sabemos que detrás de esto hay alguien que se está beneficiando. Pero, señorías, no basta con indignarse, hay que actuar de forma contundente, al igual que actúan las señorías del Grupo Popular o la señora Ayuso al servicio de las multinacionales de la salud. En la Alta Inspección tenemos un instrumento que se puede movilizar, que se puede actualizar y que se puede usar para frenar la mercantilización del derecho a la sanidad. Es un instrumento que hasta ahora el Partido Socialista no ha querido utilizar, como no ha querido derogar la Ley 15/1997 del señor Aznar. La pregunta es si el actual ministerio de Más Madrid querrá emplearla o preferirá seguir cantando las loas a la colaboración público-privada.

Nada más y muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 38

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

¿Grupo Parlamentario Vasco? (**Denegación**).

¿Grupo Parlamentario Republicano? (**Denegación**).

Por tanto, tiene la palabra el portavoz del Grupo Plurinacional SUMAR.

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

Creemos que esta iniciativa pone sobre la mesa uno de los grandes riesgos que afronta nuestro sistema sanitario y sobre los que ya ha activado mecanismos nuestro Ministerio de Sanidad, como voy a relatar.

Hace un par de años, la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública ya alertaba de que la privatización de los servicios sanitarios estaba desviando 1 de cada 10 euros de los presupuestos públicos a empresas que ingresan diez veces más de lo que les cuesta mantener sus instalaciones. El modelo de negocio, que a veces eufemísticamente se denomina colaboración público-privada, es tal que los usuarios, bien directamente o a través de pólizas, financian prácticamente el cien por cien del coste. Según la federación: La privatización de los servicios sanitarios encarece las prestaciones entre cinco y once veces y, cuanto más cara sea la prestación, menos recursos deja para el sistema público.

La evolución de estos últimos años no invita al optimismo, especialmente si atendemos a la situación que hay en algunas comunidades autónomas. En Madrid, el gasto en conciertos sanitarios incrementó su presupuesto dedicado a privatizaciones sanitarias en un 140% en la última década. El año pasado, en Andalucía, el presupuesto para conciertos sanitarios se incrementó por sexto año consecutivo. También, hay que tener cuidado con el tema de no penalizar todo lo que sea privatizaciones, puesto que ni todas las privatizaciones ni todos los procesos concertados con entidades privadas son totalmente perniciosos. Esto es importante evaluarlo y ser rigurosos en lo que hacemos. Pero no cabe duda de que grandes empresas y multinacionales de todo el mundo —se señala en el texto y lo hemos señalado en esta comisión varias veces— han visto en la sanidad un modelo de negocio con escaso riesgo, apoyo público y ganancias inmediatas, y la 'quironización' es un riesgo para nuestro sistema público y universal. Abrir la puerta a que parcelas relevantes de la sanidad pública se gestionen siguiendo criterios empresariales — esto es, de maximización de beneficios— pone en riesgo la integridad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

En este texto se menciona correctamente la Ley 15/1997, de 25 de abril, como un punto de inflexión en las fórmulas organizativas sanitarias que favorecieron la irrupción de la gestión privada. Hace apenas unas semanas, nuestra ministra de Sanidad, Mónica García, se expresó de un modo similar en el encuentro «Cuidemos la Pública». En ese encuentro, la ministra anunció el periodo de consulta pública para la ley de gestión pública en el Sistema Nacional de Salud. Esa ley pretende consagrar la supremacía de la gestión pública y revertir —cito textualmente— los pésimos efectos de la modificación de la Ley 15/1997, que solo ha deteriorado nuestra sanidad vendiéndola al peor postor. Hay varias medidas en la ficha de la ley que se pueden consultar, como los problemas del blindaje de diferencial de los contratos del sector privado, la creación de sistemas paralelos de derivación o la incapacidad de las Administraciones públicas de revertir decisiones en materia de privatización de la gestión.

Esta propuesta de ley que se hace desde el ministerio va en la línea de los objetivos del Observatorio contra el Fraude y la Corrupción Sanitaria, que se creó en el ministerio en abril de 2024, cuyo objetivo principal es impulsar las políticas de integridad en el ámbito sanitario. Es decir, actualmente hay dos medidas: el observatorio, ya puesto en marcha, y la ley de gestión pública, que abordan desde perspectivas diferentes pero complementarias los riesgos de las privatizaciones, de la falta de transparencia en la gestión y de los conflictos de intereses en el ámbito sanitario. Creemos que se trata de herramientas adecuadas para evaluar las fórmulas organizativas de gestión indirecta. La Alta Inspección, tal y como se propone en la iniciativa, no está mandatada para ejercer funciones de control directo en intervención. Dicho de otra forma, la Alta Inspección constituye competencia estatal de vigilancia, pero no en un control genérico indeterminado de la acción administrativa de las comunidades autónomas, citando al Tribunal Supremo.

Por ello, recibimos y agradecemos la orientación de la iniciativa. La consideramos pertinente, pero pensamos que la técnica y la aplicabilidad que se pretenden no está concebida como tal. Además, corresponden al ministerio las dos funciones que acabo de citar como herramientas poderosas para defender nuestro sistema sanitario público y universal.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 39

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el grupo parlamentario VOX, tiene la palabra su portavoz.

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

Hoy, Podemos hacer aquí una especie de ejercicio hipócrita por dos razones. Una es que hay que recordar que no estamos en la Asamblea de Madrid ni entramos en sus peleas con Más Madrid para ver quién sigue engañando con el comunismo a los pobres incautos. Dos, hay que recordar a Podemos que ha tenido capacidad de Gobierno; han estado gobernando en la Comunidad Valenciana durante cuatro años con el señor Ximo Puig. Usted se ha centrado en la Comunidad de Madrid y yo, como no voy a erigirme en heraldo y defensor de la señora de Ayuso, voy a ponerle a usted negro sobre blanco y frente al espejo lo que ustedes hicieron en la Comunidad Valenciana cuando gobernaban. En la Comunidad Valenciana el señor Ximo Puig empezó a tener unas listas de espera desorbitadas. ¿Sabe lo que hizo el señor Ximo Puig? Aumentar en más de un 600% las derivaciones de inversión a la privada. ¿Qué hizo Podemos? Callar y mirar para otro lado.

Cuando nosotros hablamos de que todo aquello que sea un sobrecoste y no esté dando rendimiento hay que corregirlo, cuando hablamos de la colaboración público-privada... (**Rumores**). Es que si estoy hablando con el proponente y él está hablando con otro, es un poco complicado. Aparte de que somos hombres y hacer dos cosas a la vez es complicado.

El señor **PRESIDENTE**: Creo que si el portavoz lo repite otra vez, no pasa nada.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Le voy a poner varios ejemplos. Hubo un sobrecoste en Radiología, en el escáner, y ese contrato se anuló. Todos votaron a favor de anular ese contrato porque tenía un sobrecoste y no estaba dando solución. Se aprobó la reversión de los hospitales de Manises y de Denia porque no estaban dando rendimiento. Eso se llama vigilar, estar encima.

Pero no se puede imponer la ideología, por ejemplo, como en el Hospital de La Ribera, donde a raíz de la reversión, todo fueron problemas: directores pasando otra vez, problemas laborales, servicios que cerraron; es decir, un montón de problemas. Con el Hospital de Torre Vieja pasó lo mismo; y ahora quieren seguir cargándose ideológicamente más. Se lo digo porque cuando han tenido capacidad de gobierno, cuando el señor Ximo Puig ha tenido que recurrir, por electoralismo puro y duro, a traspasar más de un 600% de dinero a la privada, ustedes callaron. Al final, tienen que reconocer que donde no llega la sanidad pública existe esa colaboración público-privada muy necesaria. ¿Hay que estar vigilante? Por supuesto, pero ustedes cuando tuvieron la oportunidad de estarlo, ya le digo yo que no lo hicieron, sino que impusieron su ideología por encima de la situación.

Le voy a decir que esto es el Congreso de los Diputados, aquí tenemos nuestras competencias. Respecto de los problemas que usted tenga con Más Madrid o en la Asamblea de Madrid con la señora Ayuso, entiendo su hartazgo en algunos aspectos, pero este no es el foro adecuado.

Le voy a decir, señor de Podemos, que nosotros no vamos a participar de su ejercicio de hipocresía, porque ustedes han sido los primeros hipócritas que cuando han tenido que hacer las cosas, no las han hecho; y este Gobierno, igual, pues llevan siete años y esto no lo han cambiado, siguen derivando a la privada y ahora se rasgan las vestiduras con otros Gobiernos autonómicos, pero cuando han estado en ellos durante ocho años, no han hecho nada. Por ejemplo, en la Comunidad Valenciana durante ocho años no se construyó una sola cama, cuando tenemos más crónicos, una población más envejecida y más población. Si eso es gestionar, que venga Dios y lo vea. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Interviene el Grupo Parlamentario Socialista.

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

Hace muchos años, tantos años que ya casi ni me acuerdo, en un debate con un empresario inteligente del Partido Popular —muy emprendedor, amigo mío, me llevo bien con él— me llamó la atención que me dijera: Modesto, vosotros, los médicos, tenéis que encargarnos de ver a los enfermos, del resto, de los hospitales ya nos encargamos nosotros; es decir, de la construcción, de los servicios añadidos, de los aparcamientos, de todo lo que hay dentro de un hospital que no sea la medicina asistencial. Claro, yo no podía, de aquella frase, adivinar, y me quedé un poco perplejo, pero lo entendí años más tarde —mira que soy lento de reflexión— cuando me enteré de que el Hospital Cunqueiro de Vigo lo construyó una UTE de empresas de la construcción. Y no lo hizo por encargo de la Administración pública, siguen siendo los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 40

dueños y cobran a la Administración pública tal cantidad que debe de estar amortizado ya desde hace muchos años. A todo esto, he de decir que dirigir aquello es entrevistarse con dieciséis abogados, representando cada uno a su empresa o a su subcontrata; es todo un galimatías.

Creo que esta proposición no de ley que presenta Podemos es muy interesante porque abre tres debates importantes. Uno es el de las competencias entre el Estado y las autonomías. Claro, no me quiero meter en eso porque no vamos a abrir ahora el debate ni de la Constitución ni de los estatutos de autonomía, ni del título VIII; porque la sanidad casi en su conjunto, salvo la sanidad exterior y la legislación farmacéutica, está transferida a las comunidades autónomas. Por lo tanto —y me meto en el segundo punto—, no podemos decirle a ‘papá Estado’, con una alta inspección, que tiene que hacer esto y que tiene que hacer lo otro porque todas las comunidades autónomas tienen sus órganos de control, como Galicia tiene su Consello Consultivo y su Consello de Contas. Entonces, habrá que buscar otras vías.

Por otra parte, está la Ley 15/1997, que aprobó el Partido Popular, sobre nuevas fórmulas de gestión, como la gestión pública indirecta; y aquí sí creo que hay que hacer un matiz: hubo épocas y zonas en las que la sanidad privada, aún ahora hay zonas, era complementaria y hacía mucha falta y había que utilizarla. Lo que pasa es que la gestión pública es gestión pública y, aunque sea a través de una empresa privada, los órganos de dirección del sistema público tienen la obligación de vigilar y comprobar que eso está bien. En mi vida anterior yo era inspector médico y teníamos que inspeccionar los conciertos. Es más, para aprobar un concierto necesitaba un informe positivo de la inspección médica, y luego hacíamos vigilancia continua para ver que todo estaba de acuerdo con el convenio que se había firmado. ¿Qué pasa? Que las inspecciones médicas, no la alta inspección —que yo sepa, nunca la vi funcionar; a lo mejor estoy poco enterado y está funcionando—, sino los servicios de inspección médica que están transferidos a las comunidades autónomas, los hemos dejado un poco abandonados, no tienen medios y tienen muchas tareas y funciones que hacer y seguramente no las hacen.

Por otra parte, comparto, desde luego, la preocupación y la finalidad que tiene esta proposición no de ley, porque los resultados están ahí: hay una hiperprivatización, y no solo para la gestión, sino para hacer un negocio redondo, seguramente, entre los amiguetes de pupitre o entre quienes sean.

Pero, compartiendo ese objetivo, que estoy seguro de que es la intención de la PNL, creo que el procedimiento no es el adecuado. Hay que esperar también a ver cómo funciona el Observatorio contra el Fraude y la Corrupción Sanitaria que acaba de poner en marcha el ministerio, porque seguro que de ahí ha de salir alguna opción más viable que esta. Así que en el Grupo Socialista nos vamos a abstener.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Interviene el Grupo Popular.

El señor **BELMONTE GÓMEZ**: Buenas tardes, con la venia.

No se le puede negar al grupo proponente, a Podemos, su coherencia para seguir intentando dividir bajo un criterio sectario. En eso son únicos. Son coherentes para estar siempre cuestionando a una parte de la sanidad, sin valorar su papel, con prejuicios evidentes. Anteponen el partidismo a la solución de carencias, que son cada vez mayores desde el año 2018: recursos humanos, farmacia, sanidad. Es la misma canción de siempre con distinto estribillo. Ustedes siguen en Marx y en la suma cero, en ese razonamiento que reza que el beneficio de la empresa privada es porque se lo quita a otros —salvo que sea un chalé en Galapagar—. Ampliada conceptualmente esta forma de razonamiento, supone la disparatada conclusión de que el logro de una parte se corresponde automáticamente con el perjuicio de la otra; porque esta PNL no va de mejorar el sistema, sino de su prejuicio políticamente patológico, basado en su razonamiento totalitario y supremacista contra todo lo que escape de la planificación, control y gestión de lo público, cuando lo privado también es público porque lo mantiene.

Hay mucho por hacer: la interoperabilidad, la salud pública, la integración, el refuerzo de la primaria, el peso de las estrategias en prevención y diagnóstico, la digitalización de procesos, el debate sobre competencias, el tratamiento de datos, los colectivos vulnerables, como los mayores, los pacientes frágiles; pero su grupo no está en estos debates, y el Ministerio de Sanidad creo que tampoco.

Ustedes, o su *spin-off* de SUMAR, convertida en ministerio del activismo del prejuicio sanitario, están en otras cosas. Comparten ustedes con sus adversarios íntimos esa principal cualidad: agitar, polarizar, demonizar. Y, además, no se dan cuenta de que esto es un poco como esas peleas en broma que hacían esos magníficos artistas de la copla, como Juanito Valderrama y Dolores Abril, en la Andalucía de los setenta, porque nadie se las cree. ¿Saben una cosa? Ustedes seguirán apoyando el sanchismo pase lo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 41

que pase, en vez de reclamar mejoras efectivas y financiación adecuada; esas fuerzas, utilícenlas con el sanchismo. Lo que decía el cantautor Manolo Caracol cuando su tren pitó al llevarle de Madrid a Atocha: Esas narices, en Despeñaperros. Esas narices, con el sanchismo, porque los españoles necesitan elegir, necesitan elecciones, pero ustedes no las van a promover nunca. Y ustedes seguirán actuando de felpudo, por mucho que sean críticos con el sanchismo, cuando necesiten restregarse políticamente los zapatos, porque necesitan a Pedro Sánchez para parasitarlo políticamente. Lo que de verdad es dismantelar un país es colonizar políticamente sus instituciones, y, frente a eso, frente al sanchismo, son ustedes un lindo gatito.

Al señor portavoz del Grupo Socialista simplemente le comento que no es día para hablar de negocios entre amiguetes; o no son días, semanas o meses, ya veremos. Es complicado.

Termino, por no abusar del tiempo. Hay un modelo diferente, hay un compromiso, hay una propuesta, una visión de unir, de construir puentes, de no levantar muros, de considerar la sanidad como un todo en el que todos deben y pueden aportar, en el que todos son necesarios, cada uno desde su perspectiva y su posición. Esa es la visión del Partido Popular, la visión de Alberto Núñez Feijóo, que ofrecerá pronto a los españoles, para que exista un Gobierno moderado, sensato y decente, y una sanidad con todos y para todos. Votaremos en contra.

Gracias. **(Varios señores diputados: ¡Muy bien!—Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Hacemos un receso para realizar fotocopias y repasar cómo estamos. Votamos en cinco minutos.

PROPOSICIONES NO DE LEY. (VOTACIÓN).

El señor **PRESIDENTE**: Comenzamos las votaciones.

Vamos a irnos quitando aquellas que se votan en sus términos. Proposición no de ley número 2, relativa a la regulación de la figura del paciente electrodependiente y a la garantía del suministro eléctrico. Se vota en sus términos.

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

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

Proposición no de ley número 3, relativa a la seguridad alimentaria y el consumo de insectos, presentada por el Grupo Parlamentario VOX.

Se somete a votación en sus propios términos.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Proposición no de ley número 4, sobre el abordaje de los trastornos del sueño y mejora de los hábitos de sueño saludable de la población.

Esta tiene una enmienda transaccional y todo el mundo tiene la fotocopia. ¿Le falta a alguien la fotocopia? **(Denegaciones).**

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 31; en contra, 3; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley relativa a desarrollar la prevención, el diagnóstico precoz, la I+D+i y el tratamiento temprano, humanizado, personalizado y de precisión del cáncer en el Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Popular.

Se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 34; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley relativa a la coordinación efectiva entre los dispositivos sociales y sanitarios, a través de modelos de atención integrada, del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

Hay una transaccional con el Grupo Republicano, que todo el mundo debe tener.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 3; abstenciones, 15.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 345

28 de mayo de 2025

Pág. 42

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley relativa a la modernización, reordenación y desarrollo de la atención primaria y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Popular.

Se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; votos en contra, 17; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Hay que volver a votar para desempatar. (**Rumores**).

El señor **ROMÁN JASANADA**: Se puede aplicar el voto ponderado.

La señora **ESTREMS FAYOS**: ¿Alguien va a cambiar el voto? (**Denegaciones**).

El señor **PRESIDENTE**: Por voto ponderado, sale aprobada. ¿Alguna objeción a esto? (**Denegaciones**). Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley sobre la implantación de la cirugía robótica en el Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Socialista.

Se vota con las incorporaciones de las enmiendas. Procedemos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 31; votos en contra, 3; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley sobre la mejora de las condiciones laborales del personal médico en formación mir, del Grupo Parlamentario Republicano.

Son las últimas fotocopias que han recibido.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley relativa a la inspección de las técnicas de gestión indirecta del Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Mixto, Podemos.

Se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 4; votos en contra, 17; abstenciones, 14.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

¿Hay alguna duda sobre la PNL aprobada por voto ponderado? (**Denegaciones**). ¿Todo el mundo lo acepta como tal? (**Asentimiento**). Muy bien.

Muchísimas gracias a todos, levantamos la sesión.

Eran las seis y cincuenta y cinco minutos de la tarde.

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