



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 39

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 2 (extraordinaria)

celebrada el viernes, 26 de enero de 2024

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de la señora ministra de Sanidad (García Gómez):

- A petición propia, para informar sobre las líneas generales de la política de su departamento. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente 214/000016) 3
- Para informar sobre las líneas generales de la política de su departamento. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000046) 3
- Para exponer sus líneas de actuación al frente del departamento en la XV Legislatura. A petición del Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente 213/000073) 3
- Para dar cuenta sobre los motivos por los que no se ha dado todavía solución desde el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a las necesidades por las que se inició la huelga de médicos en Ceuta y Melilla el pasado mes de marzo, así como sobre si tiene previsto hacer algo útil en algún momento para resolver la referida situación dando satisfacción a lo solicitado por los representantes de los propios médicos. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000094) 3
- Para dar cuenta sobre si tiene previsto impulsar en algún momento alguna medida de utilidad real para dar solución a las necesidades de especialistas existentes actualmente en todo el Sistema Nacional de Salud. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000095) 3
- Para dar cuenta sobre si tiene previsto hacer algo útil en algún momento para solucionar los problemas de desabastecimiento de medicamentos que existen

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 2

- actualmente en el Sistema Nacional de Salud. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000096) 3
- Para explicar pormenorizadamente cómo y en qué plazos reales de tiempo tiene previsto crear la «empresa farmacéutica pública» comprometida. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000097) .. 3
- Para explicar las medidas que impulsará para dar cumplimiento real a la propuesta de «incremento de la inversión sanitaria pública» y de garantizar «la financiación de la sanidad en las comunidades autónomas». A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000098) 3
- Para explicar pormenorizadamente las medidas que tiene previsto impulsar desde el pleno respeto al reparto competencial vigente para dar una solución tangible a las listas de espera existentes en el Sistema Nacional de Salud. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000099) 3
- Para explicar si tiene previsto impulsar en algún momento alguna medida de utilidad real para solucionar las necesidades existentes actualmente en la atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000100) 3
- Para dar cuenta sobre si tiene previsto hacer algo para agilizar el acceso en todo el Sistema Nacional de Salud a las innovaciones terapéuticas validadas desde la Agencia Europea de Medicamentos, así como para aumentar la cuantía de innovaciones financiadas. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000101) 3
- Para explicar si tiene previsto dar cumplimiento pleno y tangible a todas las medidas sobre sanidad y salud pública incluidas en el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000102) 3
- Para dar explicaciones pormenorizadas sobre la ejecución real y los resultados tangibles del «Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023». A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000138) 3
- Para dar explicaciones sobre las incidencias e irregularidades en los contratos celebrados desde el Gobierno para la gestión de la crisis provocada por la pandemia de COVID 19 que el Tribunal de Cuentas señala en sus informes de fiscalización. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000139) 3
- Para dar cuenta de la situación de la sanidad en España. A petición del Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente 213/000158) 3

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 3

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

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

Buenos días a todos y a todas. Mil gracias por estar aquí, en esta primera reunión de la Comisión de Sanidad, en el simbólico lugar dedicado a Ernest Lluch, que es una de nuestras fuentes de inspiración en estas tareas en defensa de nuestra sanidad.

Como saben, por el orden del día que han recibido, tenemos una serie de peticiones de comparecencia de la ministra, Mónica García, por parte del Grupo Popular y del Grupo Parlamentario VOX, que me voy a ahorrar leer porque todos ustedes lo tienen en el orden del día, a menos que alguien lo requiera. Si no hay inconveniente, y como es habitual, todas estas comparecencias las celebraremos de forma acumulada, lo que nos permitirá, en el mejor de los casos, salir a la hora de comer de esta sesión. Teniendo en cuenta que las diferentes solicitudes de comparecencia se tramitan de forma acumulada, el debate se desarrollará de la siguiente manera. Primero intervendrá la compareciente, la ministra Mónica García, y acto seguido, por un tiempo de diez minutos y de menor a mayor, en primer lugar, los portavoces de los grupos parlamentarios que han solicitado comparecencia y a continuación los portavoces de los grupos parlamentarios no solicitantes, entre ellos los del Gobierno. Y después de la respuesta de la ministra a estas intervenciones, tendremos un segundo turno, igual que el primero, de tres minutos.

Sin más, quiero agradecer a la ministra su presencia hoy aquí para informar sobre las líneas generales de su departamento. Tiene la palabra, señora García.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Gracias, señor presidente. Buenos días a todas y a todas.

Señorías, es para mí un honor no solamente estar en esta sala, sino comparecer en esta Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados para compartir con ustedes las líneas generales que me propongo impulsar desde el Ministerio de Sanidad. Vaya por delante mi reconocimiento al papel de esta Comisión. Este ministerio nació con una voluntad de diálogo inquebrantable y si hay un lugar donde este diálogo alcanza su máxima expresión, es en el seno de estas cuatro paredes. A lo largo de mi trayectoria política he estado varios años sentada al otro lado de la mesa y, por tanto, mi respeto al trabajo parlamentario es absoluto. Espero que los debates, las reflexiones y los diálogos que se den aquí sean de lo más fructíferos, sobre todo para la ciudadanía, que es a quien representamos.

Me gustaría mencionar asimismo que la última vez que comparecí en el Congreso de los Diputados fue como profesional sanitaria en la Comisión para la Reconstrucción tras la pandemia del COVID-19, así que quiero aprovechar para mandar un recuerdo a las víctimas, a los familiares de las víctimas, a los profesionales sanitarios y a los servidores públicos en general. Toda mi trayectoria política está marcada por las infinitas enseñanzas y los infinitos momentos vividos con mis compañeros del Hospital 12 de Octubre, a los que quiero también mandar un recordatorio.

También quiero aprovechar para recordar que hace poco menos de un mes se cumplió un hito muy importante para nuestro país —y podría decir que para el resto del mundo—, el tercer aniversario de la aplicación de la primera vacuna frente al COVID-19 en España. Es una gestión ejemplar, de la que creo que podemos estar orgullosos, que hizo que a través de la solidaridad generalizada, desarrollada a través de los impuestos, pudiéramos tener unas vacunas y que para su aplicación se priorizara a aquellos que estuvieran más graves o que tuvieran mayor exposición al contagio. Por lo tanto, creo que esto es un modelo de nuestro servicio público, de un servicio público que es accesible y solidario y de una sociedad que es también solidaria.

Señorías, quiero hacer desde aquí un nuevo llamamiento al diálogo y a la colaboración, que pretendo que sean una de las señas de identidad de este ministerio y condición de posibilidad para que podamos seguir avanzando de la misma manera que avanza la ciencia. Desde que tomé posesión de mi cargo he mantenido una comunicación estrecha, constante con las comunidades autónomas, las Cortes Generales y la sociedad civil. Hemos realizado hasta la fecha, en apenas dos meses, cuatro plenos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el máximo órgano de coordinación con las comunidades autónomas. Esto hace una media de una reunión cada dos semanas, muy diferente a la tradición previa a la pandemia, y me propongo mantener esta dinámica en el futuro. Hemos mantenido reuniones con la mayoría de grupos parlamentarios de esta Cámara, con las organizaciones sindicales, con los colegios profesionales, asociaciones de pacientes y otras organizaciones del ámbito sanitario, a quienes agradezco profundamente su receptividad y sus ganas de trabajar de manera conjunta en pos de nuestro Sistema Nacional de Salud.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 4

En el plano internacional, he tenido la suerte de gestionar los últimos compases de la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea, de modo que he podido establecer contacto con mis homólogos europeos, con la comisaria de Salud y Seguridad Alimentaria, Stella Kyriakides, y con el director regional de la OMS para Europa, Hans Kluge. Y en el marco de la última COP-28, en Dubai, pudimos mantener conversaciones con Tedros Adhanom, director de la Organización Mundial de la Salud. A nadie se le escapa que muchos de los contactos que hemos tenido han sido en relación con la epidemia de la gripe que estamos sufriendo y otras infecciones respiratorias agudas desde finales del año pasado hasta hoy, así que quiero aprovechar para trasladarles a ustedes y a la ciudadanía la situación actual.

La onda epidémica ya ha sido controlada en la mayor parte del territorio español, tanto de COVID-19 como de gripe y otras infecciones respiratorias agudas. Varias comunidades autónomas ya han presentado dos semanas de descenso consecutivo y, por tanto, se encuentran en condiciones de pasar de la obligatoriedad a la recomendación en el uso de la mascarilla en centros sanitarios. El balance de contagio y de ingresos ha sido de un rango similar a otras epidemias previas a la pandemia, pero un rango alto. La curva ha presentado un crecimiento muy precipitado, seguido de un descenso que parece estar siendo también muy precipitado. Estamos a la espera de recabar los datos de la vacunación que nos tienen que reportar las diferentes comunidades autónomas de cara a hacer una evaluación posterior de su aplicación y efectividad. El Ministerio Sanidad y yo misma somos conscientes de que este asunto ha concentrado la atención durante las últimas semanas, y me gustaría hacer algunas valoraciones y algunas consideraciones al respecto.

El Gobierno de España actúa sin contemplaciones, y este ministerio actúa sin contemplaciones cuando se trata de la salud de los españoles y las españolas. No hemos venido a mirar, hemos venido a actuar y a poner el cuerpo y el alma entre la enfermedad y la ciudadanía. Siempre vamos a respetar los tiempos, las competencias y la seguridad jurídica de las comunidades autónomas, sin perjuicio de velar en todo momento por la salud de los ciudadanos y las ciudadanas. Siempre este ministerio va a dar certezas y a tomar medidas atendiendo a la máxima evidencia científica y bajo la premisa de que el Sistema Nacional de Salud funcione en las mejores condiciones.

Señorías, desde este momento este ministerio se pone a disposición de las comunidades autónomas para trabajar los planes de invierno para la siguiente ola epidémica de los años 2024 y 2025, porque no podemos acostumbrarnos, no debemos acostumbrarnos, como si fuera un elemento más del paisaje, a la presión de nuestros hospitales y centros de salud, a la tensión de nuestros profesionales y a la inseguridad de la población más vulnerable cuando estamos hablando de una epidemia que sabemos cuándo viene y cómo se comporta.

Señorías, antes de entrar en materia, quiero hacer algunos reconocimientos más. Quiero agradecer la labor de Carmen Montón, de María Luisa Carcedo, de Salvador Illa, de Carolina Darias y de José Manuel Miñones en su labor como ministros y ministras de Sanidad desde el año 2018. Recojo el testigo de su legado con profunda admiración por el trabajo realizado y con el propósito de seguir empujando en los avances que ellos comenzaron. Y quiero agradecer también a la vicepresidenta segunda, Yolanda Díaz, y al presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, el nuevo acuerdo de coalición progresista y la confianza otorgada para desplegarlo en materia de sanidad.

Señorías, soy muy consciente de la enorme complejidad y la enorme dificultad con la que ha nacido este Gobierno y de los desafíos que lleva aparejados, como lo soy también de las idas y venidas que ha tenido este Ministerio de Sanidad en la última década, pero también soy consciente de las enormes posibilidades ante nosotros para seguir avanzando y mejorando nuestro Sistema Nacional de Salud. Por eso, con dedicación, trabajo y conciencia del momento histórico, pero también con toda la serenidad les digo que este ministerio y este Gobierno tienen la pretensión de durar cuatro años y hacer las mejores políticas.

Vivimos tiempos de una inusitada y prolongada violencia política. Hemos visto imágenes de una piñata del presidente del Gobierno apaleada en plena Nochevieja, así que, ante el virus del odio y del negacionismo inoculado tristemente en nuestra sociedad, este ministerio tiene el propósito de unir a los españoles en torno a su mayor orgullo, que es nuestra sanidad. Hay pocas cosas que nos unan más como país que el cariño y el respeto a nuestra sanidad pública. Por ejemplo, todos y todas estamos orgullosos de ser el país del mundo con mayor número de trasplantes, con un nuevo récord en el año 2023, y eso es gracias a nuestro sistema sanitario. Tenemos que seguir por ese camino, porque fortalecer la sanidad es también fortalecer la democracia y vencer la desafección. Mejorar nuestra sanidad es mejorar nuestro país, así que vamos a desplegar las mejores políticas para asegurar vidas mejores.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 5

También me gustaría hacer un reconocimiento a todo el personal del Ministerio de Sanidad, a todas las direcciones generales, los centros directivos, los equipos técnicos y un largo etcétera. Me he encontrado con un equipo humano maravilloso, con una vocación de servicio público infinita, pero muy fatigado tras los años de la pandemia, así que quiero agradecerle su trabajo, su dedicación y su vocación. Y el último reconocimiento que me gustaría hacer es, cómo no, a nuestra sanidad pública en su conjunto y a todos los profesionales que la sostienen: a los que cuidan, a los que curan, a los que rehabilitan y a quienes acompañan, a los que están en el periodo de formación y a los que llevan toda una vida dedicada a sus pacientes. Gracias eternas a todos y a todas ellas.

Señorías, a continuación, me gustaría comentarles algunas de las características que rigen a este ministerio y que defienden sus valores objetivos y actuaciones a futuro. Si me permiten, es algo parecido a un mapa de lo que viene a hacer y representar el Ministerio de Sanidad en ese mapa. En primer lugar, este ministerio y este equipo ministerial tienen una característica singular, que es el primero nacido íntegramente después de una pandemia que lo ha cambiado todo. Ha cambiado nuestra conciencia sobre nuestra fragilidad, ha cambiado la idea de la socialización de la vulnerabilidad, ha cambiado nuestra dependencia con respecto a nuestros semejantes y a los servicios públicos y la presencia de la salud en todos los ámbitos de la vida. Venimos a representar ese cambio estructural y esa nueva agenda y a poner en marcha todos los aprendizajes. El trienio pandémico fue la continuación de una década perdida de recortes que ensombrecieron el espíritu de equidad con el que nació nuestro Sistema Nacional de Salud, de la mano de Ernest Lluch, con la Ley General de Sanidad de 1986. Venimos a recoger su testigo, heredar su legado y darle continuidad. Si Lluch cimentó la sanidad pública del siglo XX, nosotros venimos a cimentar la del siglo XXI, y nada mejor que empezar haciéndolo en esta sala que le conmemora.

La sanidad pública es una de las principales preocupaciones de la sociedad española y el Ministerio de Sanidad es uno de los ministerios más valorados. No es ningún secreto que los españoles y españolas están ávidos de reformas y de mejoras en nuestro sistema sanitario. Venimos a dar respuesta a esa demanda: pasar de la sanidad que tienen a la sanidad que quieren. Los fondos europeos han cumplido la primera parte de su propósito, que es la recuperación, ejercer de tabla de salvación de nuestros servicios públicos en su momento más delicado. Ahora toca seguir dando forma a la segunda parte, que es la transformación. Tenemos una vocación inequívoca de transformación, necesitamos dar respuesta a los retos que nos marca el futuro en cuanto a los desafíos demográficos, los desafíos digitales y los desafíos climáticos. Venimos a construir la sanidad del siglo XXI para la sociedad del siglo XXI.

La sanidad es salud, pero la salud no es solo sanidad. Sabemos de buena tinta que salud es vivienda, es empleo, es deporte, es igualdad, es clima y es educación. Venimos a transversalizar la política sanitaria con una comprensión de la misma con un enfoque *one health*, la salud en todas las políticas, y, cómo no, de determinantes sociales de la salud que entienden que la salud debe estar en todas y cada una de las políticas. Nuestra lucha por la salud es también una lucha contra la desigualdad y contra las inequidades sociales y económicas.

Con estas premisas, paso a comentarles los tres objetivos que se marca el Ministerio de Sanidad en esta legislatura. Primero, recuperar el orgullo de nuestra sanidad pública; segundo, adaptarla a los retos del siglo XXI; y tercero, ensanchar nuestro Sistema Nacional de Salud, hacerlo más grande, más accesible, más universal. A través de estos tres grandes objetivos se despliegan los ejes de trabajo de estos cuatro años que trataré de desentrañar a continuación.

Empezaré por el primero, por el de recuperar el orgullo de nuestra sanidad pública. La generación de nuestros padres, con Ernest Lluch a la cabeza, sembró hace treinta y ocho años una semilla, la semilla del Sistema Nacional de Salud del que hoy disfrutamos y del que hoy estamos profundamente orgullosos. Aquella Ley General de Sanidad fue más que una simple ley, porque fue la primera piedra en la senda de concebir nuestra sanidad no como un servicio público más, sino como la joya de la corona de nuestro Estado del bienestar.

La sanidad es uno de los ejes fundamentales de la sociedad tal y como la conocemos hoy en día. Esta senda se recorrió ininterrumpidamente durante décadas, convirtiendo nuestro sistema sanitario en una referencia en todos los países del mundo hasta que llegó al año 2012. Con los recortes y la mutilación de nuestra universalidad, comenzó una década perdida en la que se difuminó el espíritu con el que habían nacido esta ley y este Sistema Nacional de Salud. El trienio pandémico posterior solo contribuyó a profundizar las grandes grietas surgidas en los años anteriores. Señorías, en 2024 tenemos la tarea histórica de recuperar el orgullo de nuestra sanidad pública tal y como fue concebida. Para ello debemos empezar por recuperar completamente el principio fundamental de universalidad que tenía hasta el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 6

año 2012, el año de la exclusión sanitaria. Aunque en 2018 se intentó avanzar en este sentido, es una herida que no ha curado por completo y que necesita avanzar para que hablar de exclusión sanitaria sea una cosa del pasado.

En el año 2012, el Gobierno del Partido Popular se interpuso entre los profesionales y su código deontológico. Hoy vamos a reconciliar a los profesionales con su código deontológico, que habla de pacientes sin discriminación de ningún tipo; de tratar, cuidar y atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna. Por eso, a lo largo de los próximos meses daremos salida a la ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud. Si la sanidad pública es el pilar esencial del Estado del bienestar, la universalidad es su motor, un motor que impulsa la igualdad y la cohesión social de nuestro país y que es esencial por una cuestión de salud pública, pero no solo, sino también por una cuestión de eficiencia del sistema sanitario y por una cuestión de justicia social. Sabemos desde la Conferencia de AlmaAta que la salud está íntimamente relacionada con los determinantes sociales y que, por tanto, la universalidad también contribuye enormemente a la reducción de estas desigualdades. Quiero hacer una mención expresa a todos los colectivos y a todas las organizaciones que llevan peleando por esta ley desde hace años. Puedo asegurar que pronto tendremos una ley que garantice la cobertura universal, equitativa y de calidad para cada persona de nuestro país.

En segundo lugar, la evidencia científica es tozuda, como lo fue Galileo en su defensa del heliocentrismo con su frase «y, sin embargo, se mueve». Hay un estudio de la Universidad de Oxford que relaciona la privatización sanitaria con el aumento de la mortalidad evitable en Inglaterra. Una publicación en *The Lancet* lo confirma, así como el empeoramiento de la asistencia y de la calidad asistencial derivado de las privatizaciones. Otro estudio en Italia, publicado en 2012 en el *Journal of Epidemiology and Community Health*, concluyó que un mayor porcentaje en la prestación del sector privado se asoció con mayores tasas de mortalidad evitable. Los intentos de privatización por parte del Partido Popular han sido obscenos, ineficientes y caros, pero sobre todo han puesto en riesgo la salud de nuestra población, así que desde aquí les anuncio que también vamos a impulsar una ley para garantizar y blindar la gestión directa de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Señorías, si hablamos de orgullo hablamos también de profesionales sanitarios. Si hablamos de recuperar el orgullo, hablamos de que estos profesionales sanitarios sientan como un motivo de orgullo trabajar en nuestra sanidad pública. No podemos obviar que hay un problema estructural de recursos humanos duramente agravado con la pandemia, y el camino que se viene siguiendo desde el año 2018 es el correcto. La semana pasada, sin ir más lejos, se celebró la oferta de empleo público de salud más grande de la historia. Fueron ofertadas un total de 11 607 plazas de formación sanitaria especializada, un total de 8772 plazas para medicina, 2108 de enfermería, un refuerzo muy importante en la atención primaria con 2492 plazas para medicina familiar y comunitaria y 891 de enfermería familiar y comunitaria. Pero este Ministerio de Sanidad no es ingenuo; sabemos que esto no es suficiente para cubrir la carencia de profesionales sanitarios de nuestro país, y por eso vamos a abordarlo siguiendo el marco de acción sobre el personal sanitario y de cuidados de la región europea de la OMS adoptado en el Comité Regional de Astana en octubre de 2023, que consta de cinco objetivos: retener y atraer, formar profesionales, optimizar el desempeño de los profesionales, invertir y planificar. Pero aquí, si me lo permiten, tenemos que ser claros: no sirve de nada formar profesionales si luego no desean quedarse en su puesto de trabajo por sus condiciones laborales.

Si deseamos retener y atraer talento necesitamos mejorar sus condiciones laborales, y eso afecta no solo a las condiciones salariales, que también, sino al clima de trabajo, al tiempo para asistir a sus pacientes como corresponde, a las infraestructuras y a las herramientas tecnológicas que precisen para que puedan desarrollar su profesionalidad y reconocer su talento. Voy a ser muy clara. Un médico que ve a sesenta pacientes al día y solo le da tiempo a recetar Lorazepam no es medicina, es un parche. Un servicio de urgencias extrahospitalarias sin un equipo sanitario completo no son urgencias, son un parche. Señorías, en este sentido les anuncio que estamos trabajando en la reforma del estatuto marco que asegure la mejora de las condiciones laborales de nuestros profesionales y que esté listo en el presente año. En estos momentos se han celebrado ya doce reuniones con las organizaciones sindicales y nueve con el grupo de trabajo de las comunidades autónomas. Esta ley va a ser una herramienta útil para retener talento, cuidar a los profesionales y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y las prestaciones en salud de todas las administraciones. De la misma manera, también anuncio que este Gobierno se compromete a duplicar la acreditación y oferta de plazas de psicólogos internos residentes e incrementar un 15% las de medicina de familia durante esta legislatura, todo ello de la mano de las comunidades autónomas y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 7

para dar respuesta a lo que necesita nuestro sistema sanitario. Con este aumento llegaríamos a un incremento de mil plazas con respecto a la oferta de 2017-2018, objetivo que se marcó el Consejo Interterritorial de Salud en el año 2018.

También les anuncio que vamos a dar respuesta a una demanda clásica de los profesionales sanitarios. Este ministerio va a reconocer las especialidades de medicina de urgencias, de enfermedades infecciosas y de genética. Además, vamos a seguir avanzando en el diseño de la especialidad de psicología clínica infantil y juvenil para dar cabida a las necesidades de atención especializada en el ámbito de la salud mental de este grupo de población. Al reconocer estas especialidades no solo se fomenta el desarrollo profesional y la formación especializada, sino que también se contribuye a mejorar la eficiencia del sistema de salud y dejar vacantes otras áreas que también son deficitarias. Este esfuerzo refleja el compromiso del ministerio con la mejora de la atención primaria y otras especialidades deficitarias dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Señorías, este ministerio se va a volcar en cuidar a aquellos que nos cuidan. Vamos a seguir formando, cuidando e invirtiendo, pero este esfuerzo ha de contar necesariamente con la voluntad de las comunidades autónomas, a quienes compete gran parte del trabajo y a las que ayudaremos en todo lo posible. Les aseguro que el compromiso de esta ministra es ponerse a su disposición para todo aquello que necesiten.

En relación con los profesionales, paso a hablar de otra de las prioridades fundamentales de este ministerio, que es la atención primaria. La atención primaria no es la puerta de nada, es la columna vertebral de todo nuestro Sistema Nacional de Salud, de todo nuestro sistema sanitario. Sus principios fundamentales —la longitudinalidad, la accesibilidad, la atención continuada y la atención comunitaria— son el alma de nuestro modelo de salud y la mejor receta de futuro después de las enseñanzas de la pandemia. Señorías, necesitamos adoptar un cambio de enfoque que conciba la atención primaria no meramente como la atención a la enfermedad y al cuidado, sino como un compromiso activo con la prevención y con el cuidado y donde las enfermeras, además, tengan un papel más destacado. La atención primaria tiene que ser protagonista de este cambio y para ello les informo de las iniciativas en las que estamos trabajando.

En el mes de marzo presentaremos las conclusiones del *case study* en atención primaria que la OMS realizó en nuestro país el pasado año. El 9 de febrero celebraremos un pleno monográfico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre atención primaria y allí propondremos a los consejeros y consejeras la creación de una comisión de atención primaria en dicho Consejo para que la primaria tenga ese papel estable y de desarrollo entre las comunidades y el ministerio que necesita nuestra sanidad para la adopción de medidas conjuntas y el intercambio de buenas prácticas. Evaluación, seguimiento y actuación del Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023, con el que el Gobierno de España y el Ministerio de Sanidad hicieron un desembolso de más de 1000 millones de euros a las comunidades. También les anuncio el compromiso del Ministerio de Sanidad para trabajar junto con el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Seguridad Social, así como con el diálogo social, para la incorporación de la autojustificación de la ausencia por enfermedad leve al puesto de trabajo. Es una medida de gran consenso social aplicada en muchos países de nuestro entorno, beneficiosa tanto para trabajadores y trabajadoras como para profesionales sanitarios y empresas.

Por último, en relación con los profesionales sanitarios, quería hacer un comentario. La sanidad de la próxima década se definirá en gran parte basándose en cómo logremos desarrollar las profesiones de cuidados. Por eso, y tras unos años en los que se han ido acumulando reclamos sin llegar a definir un horizonte claro, quiero señalar que en nuestro ministerio estamos elaborando una hoja de ruta de las profesiones de cuidados en nuestro sistema. Hay muchos aspectos que necesitamos abordar sobre clasificación profesional, desarrollo de competencias, reconocimiento de conocimientos y competencias especializadas, y mucho más. Hay que ir más allá de la suma de iniciativas más o menos separadas, y necesitamos actuar con un rumbo claro y una hoja de ruta precisa.

Señorías, si hablamos de orgullo también hablamos de liderazgo, de recuperar el orgullo y el liderazgo en políticas sanitarias que han sido punteras. Hace más de una década España era líder en políticas de prevención y control del tabaquismo. Con su modificación de la normativa en el año 2010, España fue un modelo para el resto de países de Europa. Sin embargo, después de trece años nuestro país tiene que ponerse nuevamente al día con tres objetivos: proteger la salud de la población al máximo nivel posible, reconocer nuevos derechos de protección frente al humo pasivo y proporcionar la ayuda necesaria a las personas fumadoras para que dejen de fumar.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 8

Señorías, les anuncio que una de las metas prioritarias de este Gobierno es alcanzar la primera generación libre de humo. De esta manera, durante el presente año daremos aprobación al plan integral, seguido de su implementación y su puesta en marcha. Este plan irá acompañado de una ampliación de los espacios públicos sin humo. A este respecto, me gustaría ser clara. Durante la tramitación de la anterior ley se alegaron problemas de cumplimiento, pérdidas económicas y de empleo, y conflictividad social. Todos erróneos; tenemos la suficiente experiencia y la suficiente evidencia científica acumulada para saber que la reducción del tabaquismo solo trae efectos positivos. Me permito darles un dato: el tabaco es factor de riesgo para seis de las ocho principales enfermedades crónicas, tales como el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la diabetes y otras tantas.

Señorías, me preocupa especialmente la llamada reducción de daños asociada a las nuevas formas de fumar. Todas las sociedades científicas son contrarias a este enfoque. Es especialmente peligroso para la población joven, a la que facilita el acceso a la nicotina a través de sabores afrutados y formatos visualmente más atractivos. El objetivo de este Gobierno es reducir al máximo la adicción al tabaco y, a tal efecto, la semana pasada aumentamos las restricciones sobre el tabaco calentado, armonizando nuestra legislación con las exigencias de la Unión Europea.

Señorías, con su permiso, paso ahora a detallarles los ejes del segundo gran objetivo de este ministerio, que es adaptar nuestro Sistema Nacional de Salud al siglo XXI.

La pandemia nos ha servido como catalizador de los retos que tenemos en las próximas décadas. En algunos casos, la sanidad debe adaptarse a aquellos cambios en los que la sociedad ya va adelantada y, en otros casos, hay elementos de nuestra sanidad que no cambian, pero toca adaptarlos a los nuevos tiempos. Me refiero, en primer lugar y como no puede ser de otra manera, a la emergencia climática. El cambio climático no es solo una crisis medioambiental, es también una crisis de salud pública. No hay personas sanas en un planeta enfermo. Por tanto, la prioridad de este ministerio es abordar este desafío con ambición desde dos enfoques principales: el primero es la protección de las personas ante los efectos adversos del cambio climático en la salud pública y el segundo es la reducción del impacto ecológico y de la huella de carbono como una dimensión clave de nuestra política sanitaria. En cuanto al primer enfoque, estamos trabajando para informar y prevenir mejor a la población; mejorar nuestra capacidad para rastrear y responder a las enfermedades relacionadas con el clima, como son las olas de calor o como son las enfermedades transmitidas por vectores, así como fortalecer nuestros sistemas de salud para ser más resilientes frente a eventos climáticos extremos. Para estas tareas, les anuncio que queremos dar prioridad al Observatorio de Salud y Cambio Climático, que va a tener un papel prominente en este ministerio y que va a trabajar de la mano con el Ministerio de Transición Ecológica. No hay mejor ejemplo de la necesidad de este observatorio que las temperaturas que estamos viviendo ahora, en enero. No es buen tiempo, son malas noticias. En cuanto al segundo enfoque, les anuncio también que estamos desarrollando un plan de reducción de la huella de carbono en el sector de la salud que permitirá la elaboración de una guía de recomendaciones para alcanzar la neutralidad climática.

También, me complace mucho informarles de que el próximo mes de marzo tendremos el honor de acoger la primera reunión presencial de la Alianza para la Acción Transformadora en Clima y Salud, ATACH, en el marco de la OMS, una iniciativa internacional formada por más de ochenta países, cuyo objetivo es impulsar sistemas de salud resilientes al clima y de bajo impacto ecológico, y que, como digo, se reunirá por primera vez en Madrid en marzo.

Señorías, si hablamos de adaptar nuestra sanidad al siglo XXI, hablamos de poner la salud mental en el centro. La salud mental es, seguramente, una de las prioridades capitales de este Ministerio de Sanidad, y lo es por una sencilla razón: porque no se puede construir ningún proyecto de país sobre vidas que duelen, y hoy la vida le duele a muchos españoles y a muchas españolas. Con el propósito de abordar este problema, una de las primeras medidas que ha tomado este ministerio es la creación de un Comisionado de Salud Mental, pionero en toda Europa. La creación de este comisionado permitirá abordar de forma más específica las medidas necesarias para disminuir la carga de sufrimiento psíquico en nuestro país, desarrollando las intervenciones precisas en consonancia con los objetivos de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

Señorías, les anuncio que, en paralelo, uno de los compromisos en los que va a trabajar incansablemente este ministerio es poner en marcha el Pacto de Estado por la Salud Mental, que ya fue acordado en el Congreso, que asegure una financiación suficiente y una buena coordinación entre las administraciones. Como les he dicho a lo largo de mi intervención, este equipo ministerial posee un enfoque de determinantes sociales de la salud, también, cómo no, en la salud mental. Somos conscientes

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 9

de que muchos de los malestares que tiene la sociedad española se deben a problemas socioeconómicos, a problemas que tienen que ver con la vivienda, con la violencia machista, con el *bullying* o con la precariedad laboral. Suele decirse que muchas veces no necesitas un psicólogo sino un sindicato, y es cierto; pero no es menos cierto que a veces necesitas el sindicato y también el psicólogo. Esto nos obliga a hacer un esfuerzo por despatologizar los malestares sociales y abordarlos desde un trabajo interministerial. Conseguir vidas más plenas y felices no siempre se consigue con un ansiolítico o con un psicólogo, sino con un alquiler más asequible, con ver más a tus hijos que a tu jefe o con no mirar con miedo la aplicación del banco a final de mes. Esto también son políticas de salud.

Otro de los retos de esta legislatura para adaptar nuestro sistema sanitario al siglo XXI es la mejora de nuestra capacidad de respuesta ante futuras epidemias y futuras pandemias. Los expertos en salud pública aseguran con rotundidad que habrá nuevas pandemias, y esta vez no nos puede pillar con los deberes sin hacer. Por eso, les anuncio que el Consejo de Ministros aprobará este mismo martes la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública para que esta Cámara pueda darle luz verde en el próximo trimestre. Esta agencia será el núcleo de una colaboración más estrecha y efectiva entre las diferentes entidades, que van desde las administraciones públicas hasta los profesionales de la salud. La agencia no solo coordinará respuestas a emergencias, sino que también guiará el desarrollo de las políticas de salud pública y será un recurso clave para la capacitación de profesionales, preparándolos para enfrentar los desafíos del futuro.

Señorías, si hablamos de desafíos del siglo XXI, hablamos también del desafío de la igualdad de género. Les he hablado antes de los determinantes sociales de la salud, y hay uno que es especialmente grave, que es la desigualdad de género. El Ministerio de Sanidad está plenamente comprometido con un enfoque de equidad, con una perspectiva de género en todas las políticas. Permítanme en este punto que tenga unas palabras para Federica Montseny, que fue la primera mujer ministra de Sanidad en España y en Europa y que tuvo el valor de elaborar la primera ley de interrupción voluntaria del embarazo, aunque finalmente quedara en un cajón. La semana pasada se cumplieron treinta años de su muerte, y hoy, como mujer y como ministra de Sanidad, quiero hacer un reconocimiento a sus ideas feministas, que nos sirven de inspiración y delegado.

La evidencia científica ha puesto de manifiesto que existen diferencias en los factores que determinan la salud de los hombres y de las mujeres, lo que se traduce en necesidades distintas en el acceso y utilización de los servicios sanitarios. Este ministerio va a reforzar el papel del Observatorio de Salud de las Mujeres, y les informo que, en este sentido, estamos trabajando para incorporar el observatorio como centro colaborador de OMS Euro. En suma, trabajar para que el enfoque de género sea tenido en cuenta para conseguir políticas sanitarias más equitativas y que aborden algunos de los problemas de las mujeres relativos a la salud, como, por ejemplo, la violencia obstétrica, la sobremedicación por ansiedad o la capacidad efectiva de abortar en el sistema público. En este sentido, vamos a trabajar también codo con codo con el Ministerio de Igualdad para el cumplimiento efectivo de la ley del aborto en la sanidad pública y para que también la atención primaria tenga los protocolos suficientes para poder detectar la violencia de género.

Señorías, qué duda cabe de que si hablamos de adaptación al siglo XXI hablamos de modernización y digitalización de nuestro sistema sanitario. Tras el esfuerzo realizado en las últimas dos décadas, con especial énfasis en los últimos tres años con la creación de la Secretaría General de Salud Digital, España se ha colocado en la vanguardia de la transformación digital del sector sanitario, ocupando la posición novena de todos los países de la Unión Europea y manteniendo el liderazgo de los países más poblados. Este Gobierno va a seguir esta estela de innovación y de modernización del sistema sanitario, que ya es parte del ADN de nuestro Sistema Nacional de Salud y que es clave para garantizar la equidad, la sostenibilidad y la calidad del sistema. Lo haremos teniendo en cuenta tres objetivos muy claros: poner nuestra sanidad a la vanguardia de Europa; acercar a usuarios y profesionales de forma eficiente y equitativa, dando cohesión al conjunto del sistema; convertir los datos en una forma de dar una mejor asistencia a nuestra población para poder diagnosticar mejor y hacer una buena radiografía de nuestro Sistema Nacional de Salud para compartir conocimiento y para impulsar la investigación.

En esta legislatura continuaremos con el firme compromiso de desarrollar la Estrategia nacional de Salud Digital, un pilar clave para el progreso y modernización de nuestro Sistema Nacional de Salud; una transformación digital de la atención primaria que permita una asistencia más eficiente y adaptada a las necesidades actuales de la sociedad; el desarrollo del espacio nacional de datos en salud con la máxima

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 10

transparencia e información de calidad, y el despliegue del Plan de Atención Personalizada para avanzar hacia un modelo de atención proactivo, accesible y sobre todo centrado en el paciente.

Por cierto, quería hacer una especial mención a la carpeta ciudadana. Actualmente, más de 42 millones de españoles y españolas tienen acceso a su carpeta ciudadana a través de sus certificados digitales y ahí pueden encontrar también sus certificados clínicos del Sistema Nacional de Salud. Así que animo a todos y a todas a que entren en su carpeta ciudadana y que tengan acceso a sus propios informes clínicos y a sus propios datos clínicos que ya están recogidos en el Sistema Nacional de Salud. Elaboraremos una ley de salud digital para alinear el marco legal con el futuro espacio europeo de datos sanitarios. Este es un proyecto impulsado significativamente durante la Presidencia española de la Unión Europea. Quiero anunciarles también que estamos trabajando intensamente en la incorporación de forma integrada y uniforme en la cartera común de servicios de medicina genómica mediante el desarrollo de un catálogo de pruebas genéticas y genómicas que se ha presentado esta misma semana junto con la aplicación informática que lo sustenta. Estas pruebas son un pilar fundamental para el diagnóstico, para el pronóstico y para el tratamiento de enfermedades, especialmente enfermedades raras, y para la aplicación de la medicina personalizada. También me gustaría informarles de que estamos trabajando en nuevos pasos para el Plan de Implantación de la Protonterapia en el Sistema Nacional de Salud para posicionar a España al mismo nivel de los países más avanzados en este tipo de tratamientos y que es fundamental para la curación de muchos tipos de cáncer. Asimismo, este ministerio está comprometido en seguir expandiendo y mejorando nuestros programas de cribado. Estamos evaluando la posibilidad de mejorar los cribados de cáncer de mama y colorrectal y considerando la inclusión de nuevas enfermedades en el cribado neonatal para continuar con los acuerdos a este respecto que recientemente tomó la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial. Con el objetivo de homogeneizar los programas de cribado, estamos estudiando la actualización del documento marco de cribado poblacional de 2010 y trabajando para agilizar esta normativa.

Además, estamos en proceso de desarrollar un sistema de información más robusto y eficaz que permita una mejor recopilación y análisis de datos y, por tanto, una mayor eficacia de los programas. No quiero dejar de mencionar en este punto el Plan INVEAT, una inversión sin precedentes que ha hecho el Gobierno de España en tecnología sanitaria de alta gama que vamos a seguir desarrollando en esta legislatura para seguir a la vanguardia en diagnósticos y tratamientos. Señorías, en los últimos años hemos visto cómo un nuevo sentido común crecía en Europa: la certeza de que nuestro territorio no podía ser totalmente dependiente del exterior en lo relativo a la suficiencia para obtener, producir y almacenar productos farmacéuticos que son estratégicos para la salud de los españoles y las españolas. Ese es uno de los mayores cambios que están dándose en estos momentos en la política industrial de nuestra región y España no se puede quedar fuera. En los últimos años hemos comenzado a desarrollar la reserva estratégica de medicamentos y de productos sanitarios y las instituciones públicas han comenzado también a tener un protagonismo importante en algunos ámbitos donde su rol con anterioridad era solo regulador, como puede ocurrir con el desarrollo y producción de terapias celulares avanzadas. Vamos a seguir en esta línea. Es una forma de ganar capacidad en el ámbito de los medicamentos y hacerlo mientras transformamos también el tejido industrial de nuestro país.

Señorías, la cuestión de la soberanía y de la autonomía farmacéutica es estratégica y es una de las prioridades en materia de salud de la Unión Europea y de este ministerio. Uno de los mayores retos es el acuciante problema con las resistencias a los antibióticos. España, gracias a un esfuerzo interministerial coordinado, junto con las comunidades autónomas, colegios profesionales, universidades, sociedades científicas, asociaciones profesionales, dentro del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antimicrobianos, ha conseguido una reducción del 69,5% en el consumo de antibióticos en sanidad animal, siendo el primer país de Europa en este sentido, y una reducción del 17% en salud humana, el tercer país de Europa. Sin embargo, en el ámbito de las resistencias antimicrobianas no será suficiente con racionalizar el uso de estos medicamentos, necesitamos disponer de herramientas que nos permitan mejorar en materia de investigación, innovación y acceso a antimicrobianos críticos. El papel de las instituciones públicas debe ir encaminado a alinear las necesidades sociales y las prioridades en salud pública y global en el ámbito de la innovación y el desarrollo. La contribución de lo público en materia de financiación de la innovación debe servir para facilitar estas innovaciones y para que sean accesibles posteriormente para la sociedad, especialmente en una cuestión tan crítica como las resistencias antimicrobianas. Además, quiero decirles que este año esperamos poder abordar con decisión y prioridad la reforma de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Esta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 11

reforma, juntamente con la aprobación de los reales decretos de precio y financiación de medicamentos y productos sanitarios, así como la aprobación de la estrategia de la industria farmacéutica van a permitir a España afrontar el reto de conjugar dos elementos que son fundamentales: uno es la accesibilidad a innovaciones terapéuticas y otro es la sostenibilidad del gasto en materia de medicamentos. Es un reto en el que, estoy segura, contaremos con todas las fuerzas políticas.

Señorías, paso ya al último de los tres grandes objetivos de la legislatura. Ensanchar nuestro Sistema Nacional de Salud. Cuando hablamos de ensanchar nos referimos a ensanchar la oferta de servicios y prestaciones, pero también a ensanchar la cobertura para que más gente pueda y quiera acceder a nuestro sistema sanitario. En una palabra, queremos recuperar la grandeza de nuestra sanidad y la queremos hacer aún más grande. Para ello, señorías, empiezo por lo obvio. Este Gobierno está firmemente comprometido con la ampliación de la cartera común de servicios con un objetivo: que la gente no tenga que echar mano al bolsillo cuando necesita una prestación. El gasto de bolsillo extra en nuestro país supone el 21 % del gasto, mientras que la media de la OCDE es del 18 %. Para ello, en primer lugar, queremos seguir ampliando progresivamente la prestación de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud para la población infantojuvenil, para embarazadas y personas con discapacidad intelectual y discapacidad limitante de movilidad y para aquellas personas que tengan un tumor cervicofacial. Como novedad, les anuncio que queremos iniciar los trabajos para incorporar también a la población mayor de 65 años entre estos colectivos priorizados. Es uno de los proyectos más ambiciosos que tiene el Ministerio de Sanidad para estos cuatro años. Los beneficios de incorporar esta prestación son muy amplios. Se trata de prevención y detección temprana de enfermedades bucodentales, mejora de la salud en general y la calidad de vida, acceso equitativo a la salud y eficiencia del sistema sanitario que ahorra costes a largo plazo.

Asimismo, les informo que a lo largo de la legislatura este ministerio pretende también incorporar la salud visual —las gafas, las lentillas, en la cartera común— y que abordaremos de manera decidida, de la mano del Ministerio de Derechos Sociales y Consumo, la necesidad de incorporar también a la cartera de servicios la atención temprana.

Señorías, otro de los grandes desafíos para ensanchar nuestro Sistema Nacional de Salud es el abordaje de las listas de espera. Las listas de espera llevan siendo una preocupación constante mucho tiempo, agravada en los años de la pandemia y también en la actualidad. Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, a mediados de 2023 hay un total de 819964 pacientes que están en una lista de espera quirúrgica; un 10 % más que en el periodo anterior. El tiempo de demora medio para entrar en un quirófano es de 112 días y de 87 para que te atienda un especialista. En suma, tenemos en nuestro país a mucha gente que está esperando mucho tiempo y esto es un problema. Es un problema porque expulsa directamente a muchos españoles de nuestra sanidad pública. Es un problema porque deteriora la calidad de la asistencia y de la atención al paciente, menoscaba la excelencia de nuestro sistema sanitario y erosiona, además, su confianza pública. Es un problema porque cronifica la angustia, cronifica patologías, cronifica la incertidumbre por esperas prolongadas. Es un problema porque representa un perjuicio sobre el propio tiempo de vida, lo más valioso que tenemos. Creo que no es razonable que después de una mastectomía tengas que esperar dos años para una reconstrucción de mama. Creo que no es razonable esperar más de un año para la consulta de un dolor. Creo que no es razonable esperar meses y meses para una cirugía de cataratas o una cirugía traumatología, porque esto supone pasar de la espera a la desesperación. Es un problema de salud, es un problema de agravar las patologías, es un problema de acceso a nuestro sistema sanitario, pero también es un problema económico. El problema no solo reside en los días de la espera para la cirugía, sino también en los meses previos para una consulta, en los meses previos para que te hagan una prueba diagnóstica o en los meses que tengas que esperar para acabar, al final, siendo operado.

Señorías, somos conscientes de la enorme disparidad de datos que hay en función de las comunidades autónomas, que son quienes ejercen la competencia en esta materia, pero también somos conscientes del tremendo malestar ciudadano que está generando este problema. Por ello, en su rol de facilitador, nuevamente, el Ministerio de Sanidad va a implicarse directamente en dar solución a este asunto. En primer lugar, necesitamos actualizar el real decreto de listas de espera, que data de hace nada más y nada menos que veinte años, del año 2003, cuando no existían muchas de las tecnologías de las que disponemos hoy y cuando las patologías que eran de interés social diferían un poco de las que ahora cobran gran relevancia. Esta actualización va a permitir una ampliación de los indicadores para tener una comprensión más profunda y actualizada de las necesidades del sistema. Sin ir más lejos, va a permitir la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 12

recolección de datos de espera en áreas críticas, como pueda ser también la psicología, de las que actualmente no tenemos datos. Asimismo, nos permite disponer de datos más actualizados para el conjunto del país. No es razonable que a fecha de enero del XXI solo tengamos datos del último junio de 2023. Necesitamos datos a tiempo real, no solo dos fotografías fijas en junio y en diciembre. También queremos elaborar un libro blanco de buenas prácticas de gestión para la reducción de listas de espera, trabajando mano a mano con expertos independientes y con comunidades autónomas. Esto permitiría tener prácticas comunes estandarizadas y recomendaciones basadas en evidencias y experiencias exitosas. Necesitamos garantizar tiempos para dar confianza y asegurar que los pacientes no pagan ni con tiempo ni con dinero el acceso a una buena atención sanitaria.

Señorías —paso a otro tema—, nos enfrentamos a una cuestión importante para el futuro de la salud pública en nuestro país, la regulación del cannabis de uso terapéutico. España no puede permanecer al margen de los avances internacionales en este campo y por ello es imperativo abordar esta cuestión con rigor científico, con responsabilidad ética y también con sensibilidad social. Vamos a hacerlo de la mano de las conclusiones aprobadas en la subcomisión de estudio de cannabis medicinal de este Congreso de los Diputados y con el rigor y la solvencia necesarios para incorporar de forma regulada el cannabis medicinal de acuerdo con la evidencia disponible y las garantías que rodean al producto terapéutico. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios está teniendo un rol protagonista en la elaboración de la propuesta, atendiendo a las siguientes premisas: que tengan las máximas garantías de calidad y buscando maximizar el beneficio para el paciente y que goce de la mayor evidencia científica sobre el uso del cannabis y los cannabinoides. Tenemos clara la hoja de ruta y bajo estos fundamentos en los próximos meses daremos los siguientes pasos para la aprobación y puesta en marcha de la nueva normativa.

Señorías, otro de los desafíos en materia de salud pública es la obesidad infantil, sobre la que este ministerio y este Gobierno están firmemente comprometidos para dar respuesta. España se sitúa en los países de la Unión Europea con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil, junto con otros países del sur de Europa. Cuatro de cada diez niños y niñas tienen exceso de peso, con una mayor incidencia en aquellos hogares que tienen menos ingresos. Para abordar este problema de salud pública y reducir la brecha social existente, el Gobierno de España va a continuar trabajando en el programa Patios Abiertos, un programa muy ambicioso para reducir el exceso de peso y mejorar la calidad de vida de la población infantil a corto y largo plazo. El compromiso del Ministerio de Sanidad es expandir este programa desde la educación infantil hasta la secundaria obligatoria y reforzar el componente de bienestar emocional y la salud mental con equipos multidisciplinares.

Señorías, permítanme comentarles además que esta semana se ha publicado el informe de vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España para el año 2022. En dicho informe se confirma que el descenso en las tasas de infección del año 2020 guardaba más relación con el impacto de la pandemia en los sistemas de vigilancia, y en los años 2021 y 2022 se ha registrado un incremento de las tasas de infección que continúa la tendencia observada desde el año 2000, especialmente desde el año 2010. Este incremento es llamativo para las infecciones gonocócicas y por clamidia, afectando especialmente a adultos jóvenes entre veinte y treinta y cuatro años. El Ministerio de Sanidad se compromete a hacer una evaluación exhaustiva para comprender las causas que hay detrás de este incremento y coordinarnos con las comunidades autónomas para analizar las mejores estrategias y acciones encaminadas a poder revertir esta tendencia.

Señorías, ensanchar nuestro Sistema Nacional de Salud también tiene que ver con ensanchar las prestaciones sanitarias vinculadas a las llamadas enfermedades raras, también llamadas enfermedades poco frecuentes, de cara a poder hacer un diagnóstico precoz, a poder dar un tratamiento cuando existe y a poder garantizar la equidad en el acceso. Para ello me complace informarles que a lo largo del presente año 2024 pondremos en marcha un plan de inversiones para la mejora de la asistencia sanitaria a los pacientes con enfermedades poco frecuentes, enfermedades raras, incluyendo el ELA. Este plan va a priorizar las líneas de la estrategia de enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud, fundamentalmente en cuanto al cribado y la mejora de los centros, servicios y unidades de referencia, de los CSUR. En concreto, el plan tiene los siguientes objetivos: facilitar el diagnóstico precoz mediante, como he mencionado anteriormente, la implantación homogénea de cribados en toda la cartera común y en todas las comunidades autónomas; implantar de forma homogénea en la cartera común las prestaciones relativas a la comunicación aumentativa y alternativa, así como las últimas actualizaciones de la prestación ortoprotésica; impulsar el proyecto Únicas para la mejora del tratamiento personalizado y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 13

el tratamiento en red, para que lo que viaje sea la información y no sean los pacientes; a través del Instituto Carlos III, investigar procedimientos no analíticos que aceleren el diagnóstico y desarrollar la plataforma en red de atención al paciente para integrar los CSUR entre sí, con las redes europeas y con otros niveles asistenciales de nuestro Sistema Nacional de Salud. En resumen, para seguir mejorando sustancialmente la atención sanitaria y la calidad de vida de las personas con enfermedades raras o enfermedades poco frecuentes.

Señorías, he intentado ofrecer un resumen exhaustivo de los tres pilares fundamentales que guían nuestra agenda: el primero, recuperar el orgullo; el segundo, adaptar nuestra sanidad al siglo XXI y el tercero, ensanchar nuestro Sistema Nacional de Salud. En este punto de la comparecencia quisiera aprovechar la oportunidad para realizar dos anuncios que son importantes y que se alinean con los tres grandes objetivos de la legislatura. En primer lugar, les anuncio que el Ministerio de Sanidad está trabajando en un anteproyecto de ley centrado en la protección de la salud de menores respecto al consumo de alcohol. Según los datos de la encuesta Estudes del año 2023, más del 70 % de las personas entre 14 y 18 años habían consumido alcohol en los últimos doce meses y algo más de la mitad de personas entre 14 y 18 años lo habían consumido en los últimos treinta días. En este sentido, el artículo 39 de la Constitución española impone a los poderes públicos la obligación de asegurar la protección de la infancia y la juventud, y la Ley General de Sanidad indica la necesidad de regular las actividades que puedan tener consecuencias negativas para la salud y la publicidad y propaganda comerciales, para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la salud.

El borrador del anteproyecto, que también incorpora la protección de las mujeres embarazadas, gira en torno a cinco ejes. En primer lugar, introducir en nuestro ordenamiento jurídico los compromisos asumidos por España en la protección integral de la infancia y la juventud, además de armonizar la normativa vigente a nivel estatal, autonómico y municipal en relación con el consumo de bebidas alcohólicas por menores y su venta, así como su comunicación comercial, publicitaria y de otro tipo. En segundo lugar, mejorar la normativa vigente, que se ha mostrado insuficiente para abordar esta problemática, incorporando la mirada de salud pública y de determinantes comerciales de salud, con el fin de desarrollar una serie de políticas que permitan prevenir de forma eficaz el consumo de bebidas alcohólicas por las personas menores. En tercer lugar, implementar una serie de medidas del ámbito de lo que se conoce como prevención ambiental para proteger a las personas menores de la exposición al consumo de bebidas alcohólicas. En cuarto lugar, incorporar herramientas que permitan abordar la prevención del consumo de alcohol en edades tempranas desde el ámbito educativo y familiar, así como definir el papel de los sectores sanitarios y de servicios sociales, y, en quinto lugar, promocionar los entornos saludables y favorecer las alternativas sociales y de ocio libres de bebidas alcohólicas, así como implicar a toda la sociedad en la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los menores. En definitiva, con este anteproyecto de ley el ministerio busca avanzar en materia de protección y promoción de la salud de los menores de edad y contribuir a un cambio cultural que modifique la percepción de riesgo de las bebidas alcohólicas con el fin de reducir su consumo entre los menores, sobre todo en las edades más tempranas.

En segundo lugar, vamos a poner en marcha un plan de actuaciones ante el suicidio. Como les he expresado a lo largo de mi comparecencia, la salud mental es una de las prioridades fundamentales de este Gobierno. Como saben, en la Estrategia de Salud Mental hay un eje específico de medidas frente al suicidio, pero creemos necesario ir todavía más allá. El objetivo prioritario del plan es dar respuesta a una preocupación social que radica en el aumento de conciencia sobre el fenómeno del suicidio y de los gestos parasuicidas, especialmente en jóvenes. Esta alarma social no responde a un aumento significativo de los datos globales, pues en nuestro país tenemos unas cifras de suicidios relativamente bajas, aunque nunca son bajas, porque se trata de una demanda a la que hay que responder desde la responsabilidad democrática y desde la máxima sensibilidad social, también desde un análisis concienzudo de qué factores pueden llevar a una persona a un punto de desesperanza como para tomar la decisión de dejar de vivir.

Me gustaría detenerme en esta cuestión. La evidencia disponible indica que aquellas personas de menor renta, las personas nacidas en un país extranjero o aquellas personas que pertenecen a grupos marginalizados representan un mayor riesgo, es decir, sabemos que la desigualdad también opera en los intentos de suicidio. Así, aquellas sociedades donde se han implementado medidas encaminadas a mejorar la cohesión y la integración social y a mejorar la vida de las clases más desfavorecidas presentan unas menores tasas de suicidio. Por tanto, la mirada de determinantes sociales y el enfoque salubrista son

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 14

fundamentales para abordar la conducta suicida de cara a comprender las causas de este fenómeno y poder diseñar medidas que de verdad sean efectivas para aliviar el sufrimiento vital de las personas. El plan estará orientado a mantener las acciones de respuesta que ya se están implementando, recoger y ampliar la información disponible sobre las causas y el significado del fenómeno del suicidio y el parasuicidio en nuestro momento y en nuestro país y, por último, devolver una respuesta informada y contextualizada a la ciudadanía con la intención de que pueda reconducir con mejores herramientas sus preocupaciones. En la medida de lo posible, y sustentadas en evidencia científica, se propondrán medidas que hayan demostrado eficacia en la reducción del comportamiento suicida y en el sufrimiento que acompaña.

Paso a definir las actuaciones del plan. Se van a tomar medidas para la prevención y atención a la conducta suicida, como la mejora del programa de atención telefónica al riesgo suicida 024. Se pondrán en marcha paneles de expertos sobre suicidio y otro específico sobre comportamiento suicida en jóvenes y adolescentes. Se trabajará en la recogida y elaboración centralizada de información sobre el fenómeno para su investigación, comprensión y mejor abordaje desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Se pondrán en marcha medidas preventivas que hayan demostrado evidencia científica en la reducción del comportamiento suicida y el sufrimiento relacionado con el mismo. Dada la complejidad y el alcance transversal de este fenómeno, se considera esencial la participación e intervención de otros ministerios, especialmente los de Juventud, Justicia y Educación. En consecuencia, se llevará a cabo una coordinación activa y un trabajo conjunto para proporcionar herramientas de abordaje e investigación en los diferentes ámbitos que implica.

Señorías, esta comparecencia está alcanzando su fin. Me gustaría en este momento dar cuenta de las principales líneas de trabajo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el INGESA. En los últimos años, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria ha realizado esfuerzos significativos para mejorar la sanidad de Ceuta y Melilla, destacando el Real Decreto 118/2023, que reconoce plazas de difícil cobertura sanitaria, al que ya se ha sumado la solicitud de un complemento retributivo. En otro plano, se han invertido más de 100 millones de euros en la construcción de un nuevo hospital universitario en Melilla que dispondrá de instalaciones que permitirán ampliar la cartera de servicios, como, por ejemplo, una unidad de hospitalización psiquiátrica con catorce camas y un hospital de día psiquiátrico, siete unidades de trabajo de parto y recuperación, además de equipamiento de última generación. También se ha trabajado en la mejora del Hospital Universitario de Ceuta, que contará con una nueva sala de hemodinámica. Pronto se instalará también una plataforma para helicópteros que facilitará el traslado de pacientes y un edificio que albergará el Centro Nacional de Dosimetría. Asimismo, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria ha iniciado la tramitación del Plan de acuerdos marco de equipos de alta tecnología sanitaria, con un valor de más de 250 millones de euros, que permitirá aumentar las capacidades diagnósticas de los centros del Sistema Nacional de Salud y ampliar su parque tecnológico. Desde el instituto se está trabajando también en la planificación de los profesionales sanitarios. La plantilla se verá reforzada con la consolidación de 57 plazas de facultativos sanitarios, y se ha solicitado la incorporación de 59 nuevos facultativos a cargo de los presupuestos generales del Estado del año 2024 y la contratación de 91 facultativos sanitarios por la vía de cupo de personal estatutario temporal, teniendo en mente la dotación del nuevo Hospital Universitario de Melilla.

Somos conscientes de las movilizaciones que ha habido en Ceuta y Melilla por parte de los profesionales sanitarios, y el ministerio y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria nos hemos hecho cargo de la situación. El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria ha mantenido reuniones de forma periódica en la mesa sectorial y en los ocho grupos de trabajo creados para el estudio de las diferentes medidas a implementar. Se está trabajando en una modificación del complemento específico para equiparlo al resto de los funcionarios de la Administración General del Estado. Durante el año 2023 se han incorporado 106 profesionales sanitarios tanto en los centros de Ceuta como de Melilla para cubrir bajas y para reforzar los servicios sanitarios, encontrándose actualmente la plantilla del personal médico del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria mayoritariamente cubierta. Se han iniciado los trámites por parte de este ministerio para valorar la adecuación de las cuantías del precio de las horas de guardia de atención continuada y ampliar la cartera de ambas ciudades. En el ministerio siempre estamos dispuestos a dialogar y a negociar con los profesionales sanitarios en el marco de nuestras competencias. El trabajo realizado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para atender las demandas de los profesionales creo que es un reflejo de este compromiso que debemos seguir impulsando y mejorando.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 15

Me gustaría centrarme ahora también en lo relativo a las líneas políticas estratégicas a nivel europeo y a nivel internacional. Puesto que el principio de mi mandato ha coincidido con los últimos compases de la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea, permítanme que haga un pequeño balance de los logros conseguidos en estos seis meses en materia de salud. Estamos muy satisfechos de haber rebasado las expectativas iniciales tanto a nivel político como a nivel regulatorio. Se han abordado temas cruciales, como la emergencia climática, la resistencia antimicrobiana y la promoción de estilos de vida saludables. Asimismo, hemos logrado avances significativos en áreas prioritarias para nuestro país, como es la autonomía estratégica, la regulación de sustancias de origen humano, las tasas de la Agencia Europea del Medicamento y las conclusiones sobre salud mental. De aquí en adelante, el Ministerio de Sanidad se compromete a seguir defendiendo a nivel global los valores que nos definen desde la vocación universalista de nuestra sanidad pública a la mirada de determinantes sociales de la salud. Sin ir más lejos, esta misma semana he participado en una reunión ministerial de la OCDE en París y he puesto en valor nuestra apuesta por la atención primaria y la salud digital para la resiliencia de los sistemas sanitarios. En los próximos meses también participaremos en la COP10 de tabaco, en Panamá, para seguir liderando la lucha contra el tabaquismo a nivel global; el primer encuentro de la Alianza ATACH, de salud y cambio climático, que se celebrará en nuestro país el próximo mes de marzo; la Asamblea Mundial de la Salud, donde hemos impulsado una resolución sobre trasplantes, materia en la que seguimos siendo referencia en todo el mundo, y la reunión interministerial del G20, presidida por Brasil. Asimismo, me gustaría informarles de que estamos trabajando en la incorporación de España en la Red europea frente al fraude y la corrupción en el sector de la salud.

Señorías, voy terminando. A lo largo de esta intervención he tratado de exponerles los valores y las principales líneas de actuación de este ministerio para los próximos años. Les puedo asegurar que me he dejado muchas cosas en el tintero, porque los retos de nuestro Sistema Nacional de Salud son tan ingentes como numerosos.

Déjenme acabar con una reflexión. Vivimos en tiempos en los que el descreimiento hacia la ciencia y la evidencia científica se ha normalizado. El negacionismo más impúdico se ha instalado en el paisaje, dando rienda suelta a argumentos que difícilmente pueden llegar a llamarse incluso argumentos. Quiero decirles que este ministerio va a ser un muro contra el negacionismo. Nuestras acciones estarán guiadas siempre por el rigor científico, la empatía y el diálogo, y aquellos que intenten que cunda la desinformación o la falsedad se encontrarán enfrente a un ministerio comprometido con la verdad y con la evidencia empírica. Sabemos que el negacionismo se alimenta del miedo y la desconfianza y, por tanto, también trabajaremos por aportar certezas y bienestar, las mejores herramientas para una sociedad sana y bien informada. Lo he dicho al principio de mi intervención y lo digo al terminar, no lo vamos a hacer solos, queremos trabajar codo con codo con todos los grupos parlamentarios, con las comunidades autónomas y la sociedad civil en su conjunto, con diálogo, con trabajo y con altas dosis de respeto a nuestro Sistema Nacional de Salud. Estoy convencida de que vamos a llegar a grandes acuerdos.

Y en el último tramo de mi intervención no puedo dejar de mencionar el horror y la barbarie que se está viviendo en Gaza; más de veinte mil víctimas civiles, más de diez mil niños y niñas. En el Consejo de la Unión Europea se aprobó una resolución unánime para la asistencia humanitaria y la evacuación sanitaria, una asistencia humanitaria y una evacuación sanitaria que no serían necesarias si no hubiera bombardeos. El derecho legítimo a la defensa no puede convertirse en la execrable, ilegítima y cruel sed de venganza. Los terribles atentados de Hamás no pueden cobrarse sobre los cuerpos mutilados o sobre los cuerpos sin vida de niños y niñas palestinos y de familias inocentes civiles. Según la ONG en Euro-Med Human Rights, han sido asesinados 295 sanitarios y otros 342 han sido heridos. Según datos de la OMS, tres cuartas partes de los hospitales y más del 70% de los centros de atención primaria están destruidos o fuera de servicio. Estos son cirujanos que amputan sin anestesia, son quirófanos que operan sin electricidad o son enfermeras que acompañan hasta la muerte sin más herramientas que sus propias manos. En tiempos de crisis y en tiempos de guerra, los hospitales y los profesionales sanitarios son y deberían ser refugiados sagrados; quienes los corrompen y profanan solo traicionan a la propia dignidad humana.

Este ministerio quiere mandar todo su apoyo y solidaridad a todos los profesionales sanitarios que dan su vida para salvar la de los demás; un privilegio moral que, visto lo visto, no está a la altura de todo el mundo. Este ministerio no esconde la cabeza ni mira para otro lado, aunque le desgarré el alma ver las imágenes de dolor y muerte sobre la población civil de Gaza. Por eso volvemos a exigir el alto el fuego, el reconocimiento del Estado palestino y el apoyo a la demanda sudafricana contra Israel.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 16

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora ministra, por esta exposición global.

Ahora tiene el turno de palabra, por diez minutos, el portavoz del Grupo Parlamentario VOX, el señor García Gomis.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Ha dicho usted que íbamos a empezar de menor a mayor, pero, bueno.

Muchas gracias, presidente. Con la venia.

Mis palabras en esta Comisión de Sanidad recién estrenada en esta XV Legislatura van dirigidas a nuestros sanitarios, profesionales de la atención sociosanitaria. Para ellos va nuestro agradecimiento más sincero y profundo, para estos profesionales que estuvieron en primera línea de batalla durante la pandemia, muchas veces sin apenas medios, jugándose la vida y sometidos a un estrés que hizo mella en muchos de ellos; soportando situaciones muy complicadas en unos momentos especialmente duros, con los hospitales colapsados y los pacientes muriendo sin muchas veces poder hacer nada por ellos y por sus familiares; sin el apoyo de los Gobiernos que, más allá de encerrarnos de manera ilegal, no ofrecían más que descoordinación, oscurantismo y una falta total de liderazgo y unidad, poniendo en peligro a ellos y a los ciudadanos. No solo hay que agradecerles su servicio aquellos días tan tristes, sino que, una vez superada la pandemia, hay que estar al lado de ellos. Parece que los Gobiernos no han aprendido nada, porque siguen dejándolos abandonados, siguen sobrecargados de horas, siguen con consultas interminables y sin poder ver soluciones a la falta de personal sanitario y a las largas listas de espera. Vaya para todos ellos nuestro reconocimiento y nuestro agradecimiento. La verdad es que podemos sentirnos muy orgullosos de nuestros sanitarios y de nuestro personal sociosanitario por su gran profesionalidad y entrega. Aprovecho también para mandar un saludo y un abrazo muy fuerte a los familiares y nuestro más sentido recuerdo a las víctimas de la pandemia.

Señora ministra, espero que haya cogido fuerza durante esos días de vacaciones que se tomó usted —aunque he visto que luego ha intentado recuperar la agenda porque ha dicho que ha hecho un montón de cosas— porque ahora ha puesto usted negro sobre blanco todas las carencias y necesidades de nuestro sistema sanitario. Un sistema sanitario que, para ser prácticamente perfecto, como nos lo vendían, resulta que no está tan bien como nos decían. Debería ser la prioridad número uno prácticamente de todo, pero lo que nos ha mostrado usted ha sido ley antitabaco, nos ha mostrado la marihuana terapéutica y una transformación digital cuando nos encontramos, señora ministra, que hay centros de salud que todavía tienen ordenadores de 2008. Es que el panorama que ustedes nos quieren vender dista mucho de la realidad. Le agradezco intentar hacer un diagnóstico, pero hágalo de verdad y créaselo cuando lea el papel que le hacen porque, si no, no nos lo creemos nosotros. Después de cinco años de Sánchez y varios ministros —la edad media de vida de un ministro con Sánchez es de un año, y usted dice que va a estar cuatro, bueno, ya veremos— lo que hemos obtenido es descoordinación, improvisación —que la hemos vuelto a ver porque tras reunirse con todas las comunidades autónomas, incluso las de su color político, han dicho: descoordinación e improvisación— y promesas. Nos ha hecho muchas promesas que con el tiempo veremos si se llegan a término o si se quedan en eso, en promesas, humo y más tiempo perdido, sin aportar soluciones reales a un sistema sanitario público en franco declive, y no solo por los recortes, señora ministra, por muchas cosas más.

Señora ministra, la primera pregunta sería, ¿cuánto tiempo vamos a seguir justificando todo con la pandemia y los recortes del Partido Popular? Hay que recordarle que las autonomías tienen competencias sanitarias, no son suyas, y que muchos años han estado gobernadas por el Partido Socialista. A la hora de señalar hay que hacerlo a todos los culpables, porque si empezamos a meter la ideología en la sanidad, señora ministra, para eso se queda usted en la Asamblea de Madrid peleándose con Ayuso. Es importante destacar que los colapsos en urgencias no son de ahora, vienen de antes de la pandemia —igual que los Centros de Atención Primaria—; y no solamente en unas comunidades donde gobernaba un partido o gobernaba otro, es un mal endémico que tenemos ahora mismo, porque nos encontramos que personal sanitario, médicos, tienen que atender muchas veces listas de pacientes de cincuenta, sesenta, setenta y ochenta personas en un día. Dígame usted cómo se puede hacer eso.

Señora ministra, nuestro servicio de salud necesita más recursos, sobre todo de una mejor gestión, más eficacia y una colaboración que no ha nombrado usted en ningún momento: colaboración público-privada, que a ustedes les da mucha grima, pero cuando hay que vaciar los hospitales de listas de espera yo he visto cómo el señor Puig —ahí tiene usted una responsable de Sanidad de la Comunidad Valenciana— metía un 600 % más que el Partido Popular para vaciar las listas de espera, y usted no ha

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 17

nombrado ni una sola vez la colaboración público-privada. En una situación tan grave como la que usted ha descrito esto es una auténtica temeridad.

Tampoco le he visto hacer enmienda de conciencia de que no se pueden tener diecisiete sistemas sanitarios. Su compañero portavoz de Sanidad sí que lo reconoció ayer, que tenemos diecisiete sistemas sanitarios que están creando una desigualdad entre españoles y que están provocando directamente que haya ciudadanos de primera y de segunda. ¿Cuándo se va a tener por fin ese sistema sanitario unificado para evitar pacientes de primera y de segunda, según el lugar de residencia? Porque no es lo mismo vivir en una región que en otra, pero es que dentro de esa región no es lo mismo vivir en una provincia que en otra y dentro de esa provincia no es lo mismo vivir en una comarca que en otra. Estamos creando desigualdades en la atención de los ciudadanos, en contra de los principios básicos de nuestro ordenamiento jurídico, algo que se agrava año tras año en lugar de reducirse.

Señora ministra, según el propio Ministerio de Sanidad en su Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional Salud, que hace referencia a la situación y usted ha citado, hay 819964 pacientes, ha habido un aumento del 10,43% respecto al anterior y una media de 112 días. Pero es que es una media porque hay sitios donde hay 60 días y he conocido sitios donde ha habido 180 días de espera para operarse. Señora ministra, como ya le he dicho, hay casos de pacientes esperando 60 días y otros, dentro de incluso de la misma provincia, 180 días. Se llega a poner en riesgo la vida de los pacientes.

Son multitud de informes técnicos, señora ministra, los que señalan los principales problemas de España en materia de sanidad. Las autonomías, sus propios sistemas autonómicos, están sometidos a un estrés continuo, algo que la pandemia agravó y sobre todo mostró las carencias poniéndolas en evidencia. Hay que atacar esas carencias y esos déficits. Hacían alarde el ministro de entonces, el señor Illa, junto al señor Fernando Simón de la enorme solidez de nuestro sistema sanitario y, sin embargo, una vez más, lo que quedó patente y salió a la luz fue la enorme carencia de infraestructuras, de personal cualificado y la total ausencia de medios, especialmente en un área tan importante como la salud mental. Por cierto, usted ha dicho que ha sacado un servicio pionero de un comisionado de salud mental. Hable con la señora Martínez, que le dirá que en la Comunidad Valenciana esa figura existe, por lo cual, de pionero nada. A ver si sus asesores trabajan un poco más, porque ahí está la primera mentira en el primer día.

Por lo menos me alegro de que se hable de suicidio a las claras, porque antes era un tema tabú. Le recuerdo que cuando se ha querido sacar este tema muchas veces se decía que no había que hablar de él, que no había que hablar del suicidio porque eso generaba alarma a la gente o podía generar tendencias suicidas, pero es que es una realidad, señora ministra: 3600 personas se quitaban la vida en España de media, según datos del INE, una cosa que se ha agravado con 4000 vidas durante y después de la pandemia, 4000 vidas, con nombres y apellidos. Señora ministra, la salud mental es una prioridad, ¿y sabe cuál es el problema? No solamente es que no tengamos especialistas, es que no tenemos ni siquiera centros hospitalarios preparados ni tenemos camas. No estamos preparados para hacer lo que usted pretende, porque no se ha trabajado en salud mental durante décadas.

Falta de médicos internos residentes —los MIR— y de especialistas. Y bien, ¿por qué no cubrimos todas las plazas? ¿Por qué nos encontramos noticias de que no se han cubierto todas las plazas? ¿Por qué se les permite a muchos de ellos imponer en sus regiones requisitos lingüísticos, que lo que hacen es levantar un muro y que muchas veces nos encontremos con que esos médicos especialistas no pueden llegar a trabajar en regiones donde hacen falta? En la Comunidad Valenciana, desde que gobiernan el Partido Popular y VOX, hemos conseguido que el requisito lingüístico valenciano no tenga los mismos puntos en una oposición que un doctorado. Es que la gente quiere que la cuiden. Señora ministra, hay que acabar con las imposiciones lingüísticas, porque son una barrera más para que los especialistas lleguen donde hacen falta y es una barrera más para poder tener una sanidad de calidad. En estos aspectos me gustaría saber, señor ministra, cuáles han sido las cesiones del señor Sánchez y de su ministerio a Junts en materia de los MIR. ¿Van ustedes a ceder las competencias de los MIR a las comunidades autónomas? ¿Van a ceder la convalidación de los títulos de los médicos extranjeros que vengan a trabajar a España?

En definitiva, creo que son muchos los problemas que arrastramos año tras año, a los que se les propone una solución. Y dicen siempre palabras muy bonitas, señora ministra, que quedan muy bien, pero que acaban siendo siempre un brindis al sol, ya que nunca se terminan. Si usted coge su intervención y las de sus antecesores hablando del mismo tema, son discursos reciclados, completamente vacíos, no hay novedades.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 18

Y hay una cosa que me llama la atención. Usted quiere imponer la tecnología del siglo XXI, pero le voy a decir una cosa: no ha nombrado ni una sola vez, durante una hora de intervención, la palabra inteligencia artificial. Para entrar en el siglo XXI, señora ministra, nos hace falta estar a la vanguardia, y la inteligencia artificial es algo pionero, por tanto, usted habla del siglo XXI con medidas, políticas y palabras del siglo XX. Está muy bien hablar como le gusta que hable la Agenda 2030 —con resiliencia, transversalidad y todas esas cosas—, pero hay que hablar de realidad, y la realidad es que tenemos ahora mismo un sistema sanitario puntero en algunos sitios gracias a las investigaciones, pero no tenemos personal para manejar esos equipos y no estamos trabajando en esa investigación, que muchas veces llega a ser privada. Por eso, es importante hacer un análisis con rigor y eficiente, y ello empieza por demostrar que diecisiete sistemas sanitarios, señora ministra, son ineficaces, lo estábamos comentando ayer. No puede ser que en una región se ponga un medicamento accesible a los pacientes y en otra región no; no puede ser que en una región tengamos unas vacunas y en otra región no; no puede ser que en una región tengamos 60, 70 u 80 días de espera y en otra tengamos 160; no es posible que en un sitio tengamos especialistas y en otro no, porque esa es la primera desigualdad, señora ministra. Por eso reclamamos que hay que devolver las competencias de sanidad —algo que es, como usted ha señalado, un pilar fundamental, un pilar de todos— al Estado para tener una tarjeta sanitaria única para todos los españoles. No es de recibo tener diecisiete tarjetas sanitarias; no es de recibo sentirnos extranjeros en nuestra propia tierra; no es de recibo que no tengan acceso los médicos a nuestros historiales o a nuestros tratamientos para poder actuar con diligencia.

Usted ha nombrado una cosa muy importante: las enfermedades raras. ¿Sabe cuál es el principal problema que tienen las personas con enfermedades raras? Que cuando se agravan y tienen que acercarse a un hospital de urgencia, el personal de urgencias no sabe lo que tiene que hacer, porque el tratamiento lo está llevando un especialista o una persona en concreto de su equipo que no está disponible las veinticuatro horas; o puede pasar que esa persona no se encuentre ni siquiera en su comunidad, y eso es grave para la salud de esa persona.

Voy terminando, señor presidente. Reclamamos muchas más medidas. Reclamamos que los pacientes que requieren atención a domicilio o tratamiento domiciliario, por ejemplo, los pacientes con ELA reciban lo que les corresponde. Usted ha hablado de igualdad, pues empiezan ustedes muy mal, señora ministra, rechazando la iniciativa de VOX para poder dotar económicamente a los pacientes con ELA para que tengan una vida digna.

Señora ministra, calidad de vida y vida digna. Tanto que a usted le gusta hablar de la muerte, a nosotros nos gusta hablar de la vida. Vida digna frente a su muerte digna.

Muchas gracias.

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

Ahora tiene el turno de palabra la portavoz del Grupo Popular, la señora Vázquez Jiménez.

La señora **VAZQUEZ JIMÉNEZ**: Señor presidente, miembros de la Mesa, señora ministra, buenos días y bienvenida a su Comisión.

Como es mi primera intervención en esta Comisión —al igual que la suya— y como sanitario igual que usted quiero que mis primeras palabras sean un mensaje de agradecimiento y reconocimiento a todos los profesionales y al personal que se dedica a la salud y que vela por nosotros todo el tiempo.

Señora ministra, usted es la sexta ministra en cinco años. Todos los ministros que llegan a la Comisión tienen una herencia, y usted hereda cinco años de muchos ministros que han tratado con buena intención de desarrollar sus proyectos, al igual que otros Gobiernos anteriormente, porque a la situación de recortes se llegó porque había una deuda que pagar, es decir, que todos los ministros traen su proyecto y hay que desarrollarlo.

Sin entrar más en detalle, vamos al principal aspecto del que queremos hablar. ¿Cuánto dinero de los presupuestos generales del Estado va a conseguir atraer a la sanidad, tanto para las comunidades autónomas como para el propio ministerio, para poder financiar todos los aspectos que ha mencionado en su comparecencia? Porque nosotros hemos visto que el plan presupuestario de 2024, el que se envió en octubre a Bruselas, nos habla de un recorte del 6,7% del PIB, lo que supone un 0,4% menos que el plan presupuestario de 2023. Entonces, ¿cómo podemos entender que con menos presupuesto se vayan a acometer mayor número de reformas y proyectos que son necesarios? ¿O es que usted nos puede traer aquí un compromiso de que en los presupuestos el Ministerio de Sanidad va a ser bien tratado?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 19

Con respecto a la estructura y las competencias del ministerio, quisiéramos también algunas aclaraciones. ¿Va a recuperar el Ministerio de Sanidad la Agencia de Seguridad Alimentaria? Porque nos ha mencionado que ha estado con la comisaria, pero queríamos saber si por fin va a volver y, sobre todo, si esto es así, qué estructura va a tener y qué competencias va a asumir.

Ya nos han dicho que se va a aprobar próximamente en el Consejo de Ministros el trámite para la Agencia Estatal de Salud Pública. Nos hubiera gustado un poco más de detalle, pero entendemos que próximamente nos lo va a exponer.

Le habíamos pedido la comparecencia, entre uno de los doce puntos de peticiones, para que nos diera cuenta sobre las incidencias e irregularidades que había encontrado el Tribunal de Cuentas en su informe de fiscalización sobre los contratos que se celebraron por parte del Gobierno para la gestión de la crisis de la COVID-19.

En su intervención ha tocado una gran extensión de temas y seguro que se ha dejado atrás algunos, pero a nosotros nos preocupa la farmacia y, en concreto, el desabastecimiento de medicamentos, que afecta directamente a la gente. Actualmente hay 918 medicamentos con problemas de desabastecimiento. Por comparar, en 2018 había 583 y ahora hay 918. ¿Habrà un plan para mejorar este desabastecimiento que afecta tanto?

Con respecto al acceso a las innovaciones terapéuticas que valida la Agencia Europea del Medicamento, hay que tener en cuenta que mejorar la incorporación de innovación tecnológica y farmacológica va en beneficio directo de los pacientes, usted lo sabe. Actualmente, solo se financian el 58% de las innovaciones validadas por Europa —por comparar con un país europeo, Alemania financia el 88%—, y si hablamos de los tiempos de demora media en el acceso a las innovaciones, estamos ya al límite de cumplir dos años de demora: 629 días frente a los ciento y pocos días que, por seguir con el mismo ejemplo, tiene Alemania. ¿Por qué se produce tanto retraso y tan poco porcentaje de financiación? ¿Va a poner en marcha un plan para reactivar los procedimientos, para reforzar los recursos, los medios materiales y humanos para que esto sea lo mejor posible? También quiero mencionar, porque no los podemos dejar atrás, los medicamentos huérfanos, el retraso en la incorporación y puesta a disposición para los prescriptores de los pacientes. Hemos oído hablar a su secretario de Estado y a usted misma de una empresa pública de medicamentos. ¿Qué hay de esto? ¿Es verdad que va a recurrir el Gobierno a una colaboración público-privada? ¿Es así, público-privada? Si nos pudiera dar algunos detalles, se lo agradeceríamos.

Efectivamente, los datos que ha planteado de listas de espera son los mismos que ha publicado el ministerio. Es verdad que las competencias en asistencia sanitaria están en las comunidades, pero el ministerio no es un solo un facilitador, el ministerio es el garante del cumplimiento de los plazos y garantías y recae en el ministerio la responsabilidad de la cohesión y de la coordinación. Entonces, le preguntamos, ¿va a tomar medidas y a ejercer un liderazgo que reconocemos que sus antecesores no han ejercido ni en las comunidades autónomas ni en las ciudades autónomas, que ahí sí que tienen competencias directas?

Con respecto a estas ciudades autónomas, nos hubiera gustado que nos diera más detalles sobre la huelga de los médicos en Ceuta y Melilla, que se está convirtiendo en una huelga crónica. Sabemos por los medios de comunicación que tienen la voluntad de abordarlo, pero no es un tema sencillo porque además implica a todo el territorio, ya que la problemática se va replicando en un sitio y en otro. Tiene los ojos de todas las comunidades puestos en usted para saber si tiene medidas y qué análisis ha hecho de las circunstancias que han llevado a los médicos a esta situación. ¿Nos puede avanzar un poco respecto de por dónde va a tirar? No todo es mejora económica, porque la hora de guardia en Ceuta y Melilla solo varía siete céntimos con la hora de guardia en Madrid. Entonces, no solo va a ser eso, seguramente estamos ante un problema multicausal y a lo mejor podría compartir con nosotros algo de su análisis.

Cuando hablamos de la falta de especialistas, no es solo de especialistas médicos. Cuando hay falta de profesionales de todas las categorías le preguntamos: ¿qué piensa hacer el ministerio? Para los médicos en formación no solo vale el aumento de plazas. El balance no sale tan positivo si solo se dicen las plazas que se han ofertado, porque luego, cada año, hay una serie de plazas que no se ocupan porque son de difícil cobertura o por diferentes circunstancias que hay que analizar, como por qué unas generaciones de futuros especialistas antes tomaban una decisión y ahora toman otra, porque nuestros tiempos no son los tiempos de antes ni los de después. ¿Cómo se va a incentivar que se cubran esas plazas de difícil cobertura? También tenemos el abandono. Hay compañeros en formación que no terminan la especialidad porque deciden cambiarla, y ahí habrá que hacer un análisis profundo, porque eso también depende de muchas causas, y no solo económicas, como le digo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 20

El Partido Popular lleva mucho tiempo solicitando una convocatoria extraordinaria de mil plazas en atención primaria, entre médicos de familia y pediatras, y usted habla del aumento de la oferta y de las plazas. Nuestras posturas están muy cerca. Quizás en esta legislatura se nos escuche y se haga un poco de caso a esta propuesta.

No solamente faltan especialistas y profesionales de muchas categorías, a los que además hay que dar respuesta; a su puerta llaman también los enfermeros, que no solamente faltan en número, sino que le andan reclamando la categoría A1. Pero, claro, la categoría A1 también en materia retributiva, y aquí viene de nuevo la cuestión económica. ¿Cómo se va a hacer? ¿Va a haber una dotación específica, si es que decide darle respuesta favorable a esta petición? ¿Va a haber un incremento presupuestario a las comunidades o, como se dice en Málaga, usted invita y paga otro? ¿Cómo se va a hacer? ¿Hay presupuesto para esto o solamente vamos a poder reconocerlo teóricamente? ¿Cuál va a ser el plan para la homologación de las titulaciones universitarias para personal extranjero, que además no solo se va a dar en los sanitarios, sino que va a ocurrir en otras ramas que necesitan también cualificación?

Por cambiar de tema, si nos centramos en atención primaria, la herencia que ha recibido de planes y promesas no le hace ningún favor. Tenga en cuenta que el balance y la evaluación que se hace, por ejemplo, del Marco Estratégico de Atención Primaria 2019 es cero; del plan de atención primaria 2022-2023 lo vamos a ver pronto, pero me temo que no va a dar unos grandes resultados porque no hemos visto en sus antecesores una voluntad de abordar este problema de una forma multidisciplinar. Queremos saber su posición sobre eso.

Nos ha hablado de equidad y nos ha hablado de universalidad e inevitablemente tengo que hacerle una pregunta: ¿Va a ser la ministra de todos los españoles? ¿Va a apoyarse en el consejo interterritorial, en el que están todas las comunidades y ciudades autónomas, y se va a coordinar con ellas o va a ser solo la ministra de una parte de España? Porque si su jefe, el señor Sánchez, decide cumplir con los compromisos para su investidura, vamos a ver cómo se van a dar unas competencias en materia de formación de especialistas y en convalidación de títulos universitarios a las comunidades, por ejemplo, del País Vasco y Cataluña, y esto va a provocar una desigualdad que, como todas las desigualdades, y usted bien lo ha dicho, va a impactar directamente en la salud de la población. Entonces, le pregunto: ¿Está dispuesta a ceder a estos chantajes? ¿Cómo se va a posicionar la ministra de Sanidad, a favor de la equidad o a favor del presidente del Gobierno?

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra el portavoz del Grupo Mixto, Podemos, señor Sánchez Serna.

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

En primer lugar, quería agradecer la comparecencia de la ministra García y desearle todos los éxitos en esta legislatura que arranca. En Podemos compartimos la defensa inquebrantable de la sanidad pública y realmente esperamos encontrarnos con el ministerio en todas aquellas políticas públicas que sirvan para garantizar el derecho a la salud de toda la ciudadanía. Comenzamos, por tanto, compartiendo una convicción con la ministra, que es la necesidad de ensanchar la sanidad pública y mejorar su calidad. Por eso desde Podemos iremos planteando en esta Comisión una serie de medidas que a nuestro juicio serían de utilidad para reforzar lo público y para ganar el terreno perdido en estas décadas de gestión neoliberal de lo público y de la sanidad.

Una primera opción que queríamos plantearle es que, para que el sistema público se refuerce y la sanidad privada no siga colonizando lo público, habría que evitar que las empresas desgravaran la suscripción a pólizas privadas de sanidad en el IRPF y que ese dinero, que actualmente se cifra en unos 3000 millones, pudiera revertir en las arcas públicas para la mejora de la sanidad pública y para, por ejemplo, acabar con las listas de espera. Nos gustaría conocer qué le parece esa propuesta y si el ministerio contempla algún plan para acabar, como digo, con estas bonificaciones.

En segundo lugar, desde Podemos siempre hemos denunciado la inequidad que se produce en el sistema público de salud con las mutualidades de funcionarios. Es un sistema que permite trasvases millonarios de dinero público a la sanidad privada y que a la vez no es eficiente a la hora de cubrir a esa franja de la población al no cubrir patologías graves y enviarlos de nuevo a la sanidad pública, sobrecargándola y no permitiendo una planificación adecuada de sus recursos. Sé que usted conoce perfectamente esta problemática, porque también la ha denunciado en el pasado, pero lo que nos gustaría saber es si sigue compartiendo este diagnóstico y si se va a adoptar alguna medida para terminar con esta situación.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 21

Siguiendo con el tema de las mutualidades, también queríamos preguntarle por una situación más concreta que afecta a Ceuta y Melilla, donde el Ministerio de Sanidad tiene competencias, y que tiene que ver con el uso que hacen las aseguradoras privadas de los hospitales públicos. En concreto, se calcula que las mutualidades deben al INGESA unos 2,5 millones de euros por hacer uso del hospital de Melilla. Nos gustaría saber qué tiene pensado para hacer que esas aseguradoras paguen sencillamente lo que les corresponde pagar. También en referencia a Ceuta y Melilla, sabemos que hay una huelga médica en las dos ciudades que ya dura meses y quería preguntarle qué opciones hay para acabar con esas movilizaciones y para atender a las demandas de los profesionales sanitarios. ¿Le parecería adecuado, le pregunto, un aumento del plus de exclusividad para delimitar y reforzar mejor la dedicación en el sistema público de estas dos ciudades autónomas?

Otro tema importante para Podemos es la salud mental. Nuestro país, como sabe, invierte la mitad que la media de la Unión Europea en esta materia. Nos faltan centros y hospitales de día, unidades de salud mental comunitarias y, sobre todo, profesionales. En España tenemos seis por cada cien mil habitantes, cuando la media europea es de dieciocho por cada cien mil. Tenemos, por tanto, una diferencia de tres veces menos profesionales. Como sabe, Unidas Podemos registró una ley de salud mental en la anterior legislatura que contó con un amplísimo respaldo de este Congreso —194 votos—, pero el Partido Socialista no permitió que se tramitara en tiempo y forma. Esa proposición planteaba cosas tan básicas como aumentar las ratios y fijar un mínimo de dieciocho especialistas en psicología y psiquiatría por cada cien mil habitantes, así como establecer una ratio mínima de veintitrés enfermeros por cada cien mil habitantes. Nosotros vamos a volver a plantear esa proposición de ley en el Congreso, pero nos gustaría preguntarle si el ministerio también va a encargarse de la tarea de fijar esas ratios mínimas.

Por otro lado, y también en referencia con la salud mental, nos sigue planteando dudas la escasa oferta de plazas PIR para toda España, porque, a pesar de todo los discursos que hacen hincapié en la importancia de la salud mental, este año la oferta solamente se ha incrementado en dieciséis plazas, que es algo irrisorio comparado con las necesidades que tiene nuestro sistema sanitario. No se me escapa que esta convocatoria depende de las comunidades autónomas y es de su competencia, pero también creemos que el Ministerio de Sanidad podría liderar este tema y conseguir ese acuerdo ambicioso y esas metas de las que usted nos ha hablado en su intervención.

Por otra parte, una de las medidas que nos ha parecido más importante desde que usted asumió el cargo y que, sin embargo, no ha mencionado en su intervención es la idea de crear una farmacéutica pública. Es una propuesta que se viene trabajando también en Podemos desde hace tiempo y que esperábamos que en esta legislatura se pudiera materializar. Nosotros siempre hemos planteado actuar con las infraestructuras ya existentes y que funcionan bien, como el centro farmacéutico de Colmenar Viejo, que ahora mismo produce medicamentos para el Ejército, y reproducir y ampliar ese modelo que, como digo, nos parecía exitoso. Nos gustaría saber si usted va a retomar esa propuesta y cómo piensa abordarla.

También creemos que en este tema sería interesante plantear la necesidad de la transparencia en la fijación de los precios de los medicamentos. Ahora mismo, sabe que el artículo 97.3 del Real Decreto 1/2015 señala que los acuerdos entre farmacéuticas y Administración pública son completamente confidenciales. Por eso, en aras de una mayor transparencia, nos gustaría preguntarle si piensa modificar esa parte del articulado.

Por supuesto, compartimos con la ministra —ella ha incidido bastante en este tema— una preocupación fundamental por la situación en la que están trabajando nuestros profesionales sanitarios y en cómo estabilizar las plantillas. Nos alegramos, por ejemplo, de que la huelga de las enfermeras de Cataluña se haya zanjado con una victoria parcial, podríamos decir, y se les hayan reconocido derechos como el de la desconexión digital. Queda, sin embargo, todo el tema que están planteando de la reclasificación de todo este cuerpo en el grupo A1, lo que tiene que ver con las competencias del Gobierno. En Podemos apoyamos esta petición, y nos gustaría saber qué valoración hace su ministerio y si también lo va a apoyar. En relación con este tema, creemos que también sería un buen momento para recuperar la ILP de enfermería, que fue aprobada por amplia mayoría en la legislatura pasada, pero que quedó pendiente de la tramitación, y fijar esa ratio mínima de enfermeras por cama. Nos gustaría saber si el ministerio va a transitar en esta dirección.

Sobre todo, creemos que es momento de reforzar la atención primaria. Usted también se ha referido a ello. La atención primaria, con sus profesionales, es el soporte de nuestro Sistema Nacional de Salud, pero ha sido la diana de los recortes del Partido Popular en la última década en las comunidades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 22

autónomas —lo vemos en Madrid y en la Región de Murcia— y está siendo además el motor de la privatización de la sanidad. La oferta de plazas de pediatría y medicina de familia aumentó durante el Gobierno de coalición progresista, pero parece insuficiente aumentar las plazas de profesionales si no se blindan la atención primaria en todos los territorios y no se garantiza el acceso a ella en igualdad de condiciones. Por eso, señora García, queremos preguntarle qué va a hacer este Gobierno, además de las medidas anunciadas, para garantizar una atención primaria de calidad en todos los territorios, también donde el Partido Popular intenta privatizarla.

Por nuestra parte, nada más. Sabe que Podemos ha venido trabajando con el Ministerio de Sanidad y con las diferentes ministras para desprivatizar nuestro sistema sanitario, y que nos va a encontrar en cada uno de los pasos que dé en esta dirección. Por el contrario, será más difícil acordar si se sigue insistiendo en fórmulas de colaboración público-privada que creo que siguen encubriendo esa colonización progresiva del sistema público. A nuestro juicio, el principal problema que tiene nuestro sistema sanitario se llama Ley 15/1997, que aprobó el Gobierno del señor Aznar. Usted sabe perfectamente todo lo que implica y sabe también que Podemos no siguió a la señora Darías en la legislación que tenía para blindar la gestión directa porque no tocaba lo sustancial de esta Ley 15/1997. Por eso, esperamos que se den pasos justamente en la derogación de esta ley y en apostar realmente por una sanidad pública para todos y para todas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, la señora Vaquero.

La señora **VAQUERO MONTERO**: Mila esker, presidente jauna. Egun on, ministra andrea.

Mis primeras palabras son para agradecerle su presencia en esta Comisión para presentar las líneas de su departamento y para pedir disculpas porque he llegado tarde a la Comisión. Por lo tanto, igual alguno de los comentarios o alguna de las preguntas que puedo hacer ya han sido aclarados y me voy a repetir. Pero esto de ser un grupo pequeño y tener que ir de comisión en comisión es lo que tiene: estar todo el día pidiendo perdón a los diferentes miembros de las comisiones.

Dicho esto, vaya entrada que ha hecho usted en el ministerio, ministra. No podemos felicitarla por las formas y por el modelo de gobernanza aplicado hasta la fecha. En la primera ocasión, usted, sin marco competencial que la avale, ha tomado decisiones sin evidencia científica, sin escuchar a quienes gestionan la sanidad de sus territorios, aplicando el principio «porque lo digo yo», instrumentalizando el artículo 65, referido a las actuaciones coordinadas de salud y seguridad alimentaria, de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El apartado primero dice que la declaración de las actuaciones coordinadas en salud pública corresponderá al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia a las comunidades directamente afectadas, salvo situaciones de urgente necesidad. Pues bien, no ha habido acuerdo previo del Consejo Interterritorial, no se ha dado audiencia a las comunidades autónomas antes de la toma de decisión y el ministerio no ha justificado la urgente necesidad de la medida en sus dos vertientes, es decir, que la situación sea de especial riesgo o alarma para la salud pública y que la medida circunscrita a los centros de salud sea realmente efectiva para atajar el pico de la ola de gripe.

Por otra parte, el reglamento de funcionamiento del consejo interterritorial establece que los acuerdos del consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán en su caso por consenso.

Por lo expuesto, y en aras de una buena gobernanza del Sistema Nacional de Salud, las actuaciones coordinadas en salud pública deberían seguir respetando los criterios técnicos de las ponencias de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta en cuanto a las medidas de respuesta adecuadas al nivel de riesgo y su posterior evaluación y aprobación por parte de la Comisión Nacional de Salud Pública. Usted, en su guerra particular con la señora Ayuso, se ha impuesto al resto de comunidades autónomas, competentes en materia de sanidad interior, y ha utilizado un recurso legal extraordinario para imponer su voluntad a la mayoría de estas comunidades autónomas, en contra del criterio técnico de estas y vulnerando sus competencias en materia de salud pública; no solo ha sido a una comunidad autónoma gobernada por un partido nacionalista, también se han quejado otras comunidades autónomas.

El Ministerio de Sanidad tiene reconocidas competencias en materia de salud, pero son las comunidades autónomas quienes asumen la responsabilidad, dentro de su ámbito competencial, de la gestión y atención sanitaria. Por eso es incomprensible este modo de actuar, ignorando las propuestas de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 23

consenso que han trasladado algunas comunidades autónomas, entre ellas Euskadi, y que haya elegido la confrontación como forma de relacionarse con estas. Ministra, no se puede tratar así a quien es responsable en la gestión y atención sanitaria. No se puede decir a las comunidades autónomas que tienen cuarenta y ocho horas para hacer propuestas a sus medidas excepcionales, que son propuestas sin aval técnico, y a las pocas horas anunciar que se impone su decisión. Nuestro grupo, el Grupo Vasco, quiere colaborar, se lo digo sinceramente, también con su ministerio, pero con estas formas y estos modos de gobernanza no, ministra.

Por otro lado, el acuerdo del Gobierno de coalición anuncia un plan de Estado por la salud mental, y hoy nos lo ha vuelto a recordar. No estamos en contra de planes de salud mental y apostamos por la salud en general, pero, evidentemente, cada vez que el Gobierno nos habla de planes o pactos de Estado sobre temas que son competencia de las comunidades autónomas, en este caso de Euskadi, nos ponemos a temblar, porque, sí o sí, el Estado aprovecha el viaje para recentralizar en esa materia.

No voy a alargarme en esta primera comparecencia, aunque sí quiero subrayar que el Partido Nacionalista Vasco defiende el acceso universal al sistema sanitario basado en principios de equidad e igualdad; de eso no tengan la menor duda. Son estos principios los que guían nuestra actuación en la materia.

Yendo a temas concretos —si me repito, pido disculpas de antemano porque igual ya han sido aclarados—, los pacientes de cáncer y sus asociaciones nos han trasladado los problemas en relación con el tiempo de acceso a los medicamentos necesarios para los tratamientos oncológicos y la necesidad de contar con protocolos que agilicen y establezcan tomas de decisiones más transparentes y efectivas. ¿Comparte esta preocupación? Si es así, ¿qué medidas se van a impulsar desde su ministerio para agilizar estos procesos?

Recientes cambios normativos impuestos desde Europa obligan a nuevas e importantes exigencias de comercialización de productos en el ámbito de salud. Sin embargo, las recientes actualizaciones regulatorias han conllevado la disminución de entidades acreditadas que certifiquen estos productos, por lo que se está generando un gran cuello de botella para su homologación en el conjunto de la Unión Europea. En este escenario, diferentes agentes del mundo de la salud de Euskadi y también del Estado consideran necesaria la creación de organismos notificados, con el doble objetivo de acelerar la llegada de nuevos productos al mercado y poder adaptar los ya existentes a las nuevas exigencias de la reglamentación europea, ya que estos tienen que ser recertificados para poder mantenerse en el mercado. Todos los Estados europeos están actuando para crear más organismos notificados, pero el Ministerio de Sanidad, hasta ahora, niega esta posibilidad. En la actualidad, el Ministerio de Sanidad, como responsable de la notificación de los operadores del Estado para el citado reglamento de la Unión Europea, solo ha notificado a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. ¿Qué opinión tiene al respecto? ¿El Ministerio va a permitir la posibilidad de que haya más organismos notificadores?

He entendido que se va a legislar en relación con el cannabis. Me alegro de que se tengan en cuenta las conclusiones de la subcomisión de la pasada legislatura, porque se trabaja, y aunque no estemos de acuerdo con todas las recomendaciones, tenerlas en cuenta o estudiarlas es lo mínimo que se exige al ministerio.

El Partido Nacionalista Vasco reclama las transferencias de las competencias pendientes en sanidad: la formación sanitaria especializada, la acreditación de las plazas MIR y el control sanitario de incapacidades laborales. Mientras estas se materializan y teniendo en cuenta la necesidad de afrontar de manera urgente la falta de profesionales sanitarios —en lo que yo creo que coincide toda la Cámara—, sobre todo en atención primaria, proponemos cambios en el MIR de manera que se adecuen las plazas a las necesidades y que no queden plazas desiertas. Insistimos igualmente en que facilite que la orden que regula la formación sanitaria especializada permita que no queden sin cubrir aquellas plazas adjudicadas de las que las personas adjudicatarias no tomen finalmente posesión, renunciando a ellas antes de la firma del contrato. Le pedimos también la revisión de la normativa de requisitos de acreditación de unidades docentes en la especialidad de medicina de familia. Entre otras medidas, debería mantener abierta la convocatoria para que la acreditación esté abierta permanentemente. Yo creo que en esto puede haber suficiente acuerdo para sacar estas medidas adelante.

Quedo a la espera de su contestación. Ya tendremos tiempo para ir profundizando en estos temas y demás. Verdaderamente, son muchos los temas que están sobre la mesa. Usted ha repetido en numerosas ocasiones que su función es ser un ministerio facilitador. Espero que la palabra facilitar no se confunda

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 24

con recentralizar. Reiteramos nuestra disposición a la colaboración desde el respeto y a una gobernanza respetuosa también con el marco competencial.

Mila esker.

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

Tiene ahora el turno de palabra, por el Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu, el señor Ruiz de Pinedo, al que no veo. ¿Hay algún representante de Euskal Herria Bildu que quiera tomar la palabra? **(Pausa)**. En ese caso, pasamos al siguiente orador.

Por el grupo parlamentario Junts per Catalunya, la señora Calvo Gómez.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Sí, gràcies, president. Senyora ministra.

Bé, per començar vull dir que no tenia previst debutar com a portaveu en aquesta comissió, havent-me de situar a la trinxera ja de bon començament, però escoltant els seus anuncis han saltat les alarmes i la veritat és que ens ha posat en guàrdia.

Ja els vam dir que nosaltres tenim posada una línia vermella en la preservació del nostre model sanitari, basat en la col·laboració sociosanitària, nascut de l'esforç de la societat civil, dels municipis, de l'Església, de les mutualitats, de les fundacions públiques, de les fundacions privades. El model sanitari català és referent a escala mundial. És un sistema planificat des de la Conselleria de Salut, però escanyat econòmicament pel Govern espanyol. Com diu Xavier Tries, exconseller de Sanitat, si et donen competències i no te les financen, t'han ficat en un embolic, perquè t'han convertit en dependent.

I aquesta és l'obsessió del Govern central: que hàgim de venir contínuament a Madrid a demanar almoïna. Ras i curt. Tenim un sistema sanitari en què la despesa sanitària en relació al PIB de Catalunya és de les més baixes d'Europa per l'infrafinançament de l'Estat. Ja som vuit milions de catalans i, a sobre, li hem de sumar l'envelliment de la població. El que necessitem són recursos. I ja només falta que vinguin a tocar-nos el sistema, que funciona, malgrat les penúries que patim.

La ministra Darias va portar al Congrés el projecte de llei per consolidar l'equitat, la universalitat i la cohesió del sistema nacional de salut. Un projecte que ja els vaig dir que fulminava el nostre model sociosanitari. Junts ho va aturar. Ara vostè acaba d'anunciar un nou projecte de llei per garantir la gestió directa del sistema públic de salut. Senyora ministra, què vol dir amb això de «gestió directa»? Fa la sensació que té la mateixa música i la mateixa lletra que el projecte de la ministra Darias i, si és per Junts, si això passa, acabarà en el mateix calaix.

Ha parlat vostè de recuperar l'orgull del sistema públic de salut espanyol. Ha parlat d'eixamplar-lo. No els permetem que ho facin arraconant la sanitat catalana. Si volen curar el sistema sanitari, espanyol, no ho facin portant a l'UCI el sistema sanitari català. No a cop d'intervencionisme o recentralització de competències. Ha dit vostè que intervindran directament en les llistes d'espera, a cop de real decret. Li pregunto: trepitjant competències?, o què ha volgut dir? Perquè, si van per aquest camí, li insisteixo, ho he de fer, no tindran ni un sol vot de Junts per Catalunya. Junts no ho permetrà.

Patim un infrafinançament estructural i les receptes són més recursos provinents de l'estat i que ens paguin les transferències que hi ha pendants des del 2009. Aquest dèficit fiscal al qual sempre fem referència de gairebé vint mil milions és un llast per a les nostres polítiques de drets socials o d'educació, però és un drama quan el traslladem a la sanitat. Especialment si tenim en compte que arrosseguem l'esgotament físic i mental dels professionals des de la pandèmia, que de ben segur haurien de ser millor retribuïts, i que ara ens ha arribat com un tsunami el problema de la salut mental, que travessa totes les edats, especialment fent forat entre els més joves.

Ho comentàvem a la Comissió de Joventut l'altre dia: el suïcidi és la principal causa de mort entre els joves entre 15 i 19 anys. Alguna cosa o moltes coses estem fent malament i, si hi ha adolescents que no troben estímuls per seguir vivint, això està clar que ho hem de corregir entre tots. Finalment es va aprovar un pacte d'estat per la salut mental. És d'esperar que no sigui de nou un espai des del qual es vulgui intervenir en les nostres competències. És una qüestió de respecte.

També... Jo soc nova a la Comissió com a portaveu, ja ho he dit, però hi ha temes amb els quals ja vaig lluitar la legislatura anterior, i ho seguiré fent, com reclamar que s'agilitzi la incorporació dels medicaments innovadors aprovats per l'Agència Europea al sistema públic. Més de 600 dies a Espanya, quan la Unió Europea a la seva directiva marca un màxim de 180, què pensen fer al respecte? Hi ha molts tractaments a malalts pel càncer metastàtic que segueixen fora del sistema i per a ells és qüestió de vida o mort.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 25

Per cert, vull fer un incís aquí, una petició que té a veure amb els malalts de càncer de mama masculí. A les campanyes a escala estatal que fan per la detecció precoç del càncer, tinguin present aquest 2% de càncer de mama dels homes, perquè, quan se'ls diagnostica, en la gran majoria de casos ja tenen metàstasi. Junts ho va proposar i aprovar al Parlament de Catalunya; treballin també aquí en la conscienciació que els homes també tenen mames. És la millor prevenció. Posin, per tant, un punt blau en la seva campanya rosa, com fa cada any l'INVI, amb Màrius Soler al capdavant.

Hem viscut recentment una situació que també requereix la revisió immediata de protocols. L'Antonio és un malalt d'ELA de Reus que va en cadira de rodes, que fa tractament a l'Hospital de Bellvitge i que ha passat un any, un any, anant a Holanda gairebé cada mes per fer un assaig clínic que podia fer a Bellvitge. Perquè la unitat a Bellvitge està certificada, perquè el laboratori ho pagava tot i, per tant, a l'Estat no li costava ni un euro. Vam presentar preguntes al Govern al desembre per denunciar la situació. Vam fer gestions directes, també. Per fi s'ha resolt el problema de l'Antonio i, des del mes que ve, podrà fer l'assaig a Bellvitge. No haurà de tornar a anar, amb algun familiar, en avió, amb la cadira de rodes, a Holanda.

Però com és possible que l'Agència Espanyola del Medicament trigui un any a autoritzar un assaig d'aquest tipus? La resposta a les preguntes que fèiem ens ha arribat casualment aquest matí. Té la data d'avui mateix. Ens ha arribat aquest matí. Ens diuen que el gener del 2023 es van canviar els protocols i que ara les peticions es faran de manera centralitzada. Encara entenem menys el retard que s'ha produït.

No vull deixar passar l'oportunitat per parlar de la Llei ELA. Hi ha hagut diferents proposicions de diferents grups. Nosaltres també hi estem treballant, però el problema és el de sempre: no podem posar-nos més obligacions de prestacions socials i sanitàries si el Govern espanyol no es compromet a dotar-nos de més pressupost. Ja n'hi ha prou, i també s'ha dit abans, que vostès convidin i paguem nosaltres. Fem per trobar una manera de poder garantir les prestacions que necessiten els malalts d'ELA, perquè és urgent. Em sembla que tothom ho té clar.

Vostès no volen fer diferències amb altres malalties neurodegeneratives. No les facin, estableixin via legislativa que qualsevol malalt que arriba a determinada situació de dependència tingui una sèrie de prestacions de manera automàtica. I a més, si algú fa diferències, és la mateixa ELA, perquè cap malaltia com aquesta és capaç d'immobilitzar-te fins a la mort, deixant-te el cap absolutament clar i veient el patiment que té la família i l'entorn, especialment si econòmicament no tens manera de suportar-ho.

A Catalunya necessitem més metges, més MIR i més PIR. Doni'ns la competència per poder establir el nombre de metges que hi formem i, miri, l'excusa no és que el problema el tindrem igual si no podem retribuir-los bé i que marxaran a una altra comunitat autònoma o a l'estranger. Duplicar, si partim de nombres ridículs, continua sent ridícul, i no és cap solució.

També volem treballar per fer més raonable el preu dels medicaments que porten un valor afegit perquè tenen una determinada innovació incremental en el format a l'hora d'aplicar-lo o de fer-ne ús. Jo sé que vostè sap perfectament de què parlem, però, perquè ho entengui tothom: un col·liri te'l pots posar des d'una petita ampolla, que perd la seva estabilitat una vegada l'obres, o te'l pots posar en monodosi, que permet tenir més temps sense caducar el medicament. D'aquesta manera evites el malbaratament, però que evidentment té més preu de producció. Si el preu del medicament que decideix l'Agència Espanyola del Medicament només té en compte la quantitat de principi actiu que porta, es condemna a la desaparició molts d'aquests formats que faciliten a aquests malalts medicar-se, i això és molt importat.

Aquesta proposta d'establir un preu just per a aquests medicaments ens preocupa especialment a Catalunya, perquè la majoria de les farmacèutiques catalanes són petites, mitjanes, i no tenen opció de fer les innovacions radicals de les grans multinacionals. A Catalunya hi ha un gran potencial de PIME que podrien fer l'esforç per aconseguir desenvolupaments i innovacions incrementals, però que no el fan perquè el sistema de fixació de preus els mata el producte abans de néixer.

Seguim amb els medicaments. També acompanyem una reivindicació de les oficines de farmàcia. Ha fet una petita referència; sabem que ja els ha arribat el que demanen: modificar la llei perquè tinguin més atribucions per reforçar i millorar l'atenció sanitària a la ciutadania, especialment davant d'un problema molt greu, el desproveïment de prop de més de mil medicaments a l'Estat espanyol. Hi ha moltes raons per explicar aquest desproveïment, però segurament n'hi ha dues de principals. Una, Espanya és un dels països que menys paga a l'hora de comprar medicaments en el mercat europeu i, com que hi ha llibertat de moviments en les mercaderies, doncs els medicaments es queden allà... o els països que més paguen s'emporten els estocs. Si és un bé essencial no poden permetre discriminacions entre ciutadans dels diferents estats membre a la Unió Europea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 26

A sobre, la legislació espanyola és molt restrictiva quan es tracta de substituir un medicament per un altre. Els requisits legals per a la seva substitució són: mateixa composició, forma farmacèutica, via d'administració, dosificació; és a dir que, si un farmacèutic vol substituir una càpsula per un comprimit, malgrat que tingui la mateixa quantitat de dosi, la mateixa fórmula, respecte del principi actiu i concentració, i el mateix preu, no pot fer-ho. No pot fer-ho perquè se saltaria la llei. I si ho fa i resulta que el preu és superior, s'hauria de menjar el diferencial de preu. Per tant, això és un tema que s'ha de resoldre. Què tenen previst fer des del Ministeri?

Acabo ja, perquè veig que el president em mira. Sé que m'estic passant una mica. Porto altres temes en cartera; no arribarem a tots. Reconeixement del grau de formació del personal sanitari dedicat a la infermeria. Vostè ha parlat que l'esport és salut. Menys IVA a l'esport, més salut a la ciutadania. Ha dit que reconeixeran especialitats d'urgències, malalties infeccioses, genètica... Per a quan el reconeixement de la medicina esportiva? Ho deixo aquí perquè se m'ha acabat el temps. Gràcies.

Muchas gracias, señor presidente.

Señora ministra, para empezar, debo decir que no teníamos previsto tener que situarnos como portavoces en la trinchera ya desde el principio, pero escuchando sus anuncios han saltado las alarmas. Lo cierto es que nos ha puesto en guardia. Ya les dijimos que nosotros tenemos una línea roja en la preservación de nuestro modelo sanitario, basado en la colaboración sociosanitaria, nacido del esfuerzo de la sociedad civil, de los municipios, de la Iglesia, de las autoridades, de las fundaciones públicas, de las fundaciones privadas. El modelo sanitario catalán es un referente a nivel mundial, es un sistema planificado desde la Consejería de Salud, pero ahogado económicamente por el Gobierno español. Como dice Xavier Trias, exconsejero de Sanidad, si te dan competencias y no te las financian, te han metido en un lío, porque te han convertido en dependiente, y esta es la obsesión del Gobierno central: que tengamos que venir continuamente a Madrid a pedir limosna. En resumen, tenemos un sistema sanitario en el que el gasto sanitario, con relación al PIB de Cataluña, es de los más bajos de Europa por la infrafinanciación del Estado. Ya somos ocho millones de catalanes y, encima, tenemos que sumar el envejecimiento de la población. Lo que necesitamos son recursos, y ya solo falta que nos vengan a tocar el sistema que funciona, a pesar de las penurias que sufrimos. La ministra Darías llevó al Congreso el proyecto de ley para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, un proyecto que ya les dije que fulminaba nuestro modelo sociosanitario. Junts lo detuvo. Ahora usted acaba de anunciar un nuevo proyecto de ley para garantizar la gestión directa del sistema público de salud. Señora ministra, ¿qué quiere decir con eso de gestión directa? Da la sensación de que tiene la misma música, la misma letra que el proyecto de la ministra Darías. Si es por Junts, si esto ocurre, acabará en el mismo cajón.

Usted ha hablado de recuperar el orgullo del sistema público de salud español; ha hablado de ampliarlo. No les permitiremos que lo hagan arrinconando la sanidad catalana. Si quieren curar el sistema sanitario español, no lo hagan llevando a la UCI el sistema sanitario catalán. No al intervencionismo o recentralización de competencias. Usted ha dicho que van a intervenir directamente en las listas de espera a golpe de real decreto. Le pregunto: ¿Pisoteando competencias o qué es lo que quería decir? Porque si vamos por este camino —e insisto y tengo que hacerlo— no van a tener ni un solo voto de Junts per Catalunya. Junts no lo va a permitir. Sufrimos una infrafinanciación estructural y las recetas son más recursos procedentes del Estado y que nos paguen las transferencias que tenemos pendientes desde 2009. Ese déficit fiscal al que siempre nos referimos de casi veinte mil millones es un lastre para nuestras políticas de derechos sociales, como la educación, pero es un drama cuando lo trasladamos a la sanidad, especialmente si tenemos en cuenta que arrastramos el agotamiento físico y mental de los profesionales desde la pandemia, que seguro que deberían ser mejor retribuidos.

Ahora nos ha llegado como un tsunami el problema de la salud mental que atraviesa todas las edades, especialmente afectando a los más jóvenes. Lo comentábamos en la Comisión de Juventud. El suicidio es la principal causa de muerte entre los jóvenes entre quince y diecinueve años. Algo o muchas cosas estamos haciendo mal si hay adolescentes que no encuentran estímulos para seguir viviendo y está claro que hay que corregirlo entre todos.

Finalmente, se aprobó un pacto de Estado para la salud mental. Esperemos que no sea de nuevo un espacio desde el que se quiera intervenir en nuestras competencias. Es una cuestión de respeto. Yo soy nueva en la Comisión como portavoz, ya lo he dicho, pero hay temas en los que ya luché en la última legislatura —y lo seguiré haciendo—, como reclamar que se agilice la incorporación de los medicamentos innovadores aprobados por la Agencia Europea en el sistema público. Más de 600 días en España,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 27

cuando se marcan 180 como máximo. ¿Qué piensan hacer? Hay muchos tratamientos de enfermos de cáncer con metástasis que siguen fuera del sistema y para ellos es cuestión de vida o muerte.

Por cierto, quiero hacer un inciso, una petición que tiene que ver con los enfermos de cáncer de mama masculino. En las campañas a nivel estatal para la detección precoz del cáncer, tengan presente ese 2% de cáncer de mama de los hombres, porque cuando se les diagnostica, la gran mayoría de casos ya tiene metástasis. Junts lo propuso al Parlament de Catalunya, pero trabajen también en la concienciación de que los hombres también tienen mamas. Es la mejor prevención. Por lo tanto, pongan un punto azul en sus campañas rosas, como hace cada año INVI, con Mario Solé al frente.

Hemos vivido recientemente una situación que también requiere revisión inmediata de los protocolos. Antonio es un enfermo de ELA de Reus que va en silla de ruedas, que hace tratamiento en el hospital de Bellvitge y que se ha pasado un año —un año— yendo a Holanda, casi cada mes, a realizar un ensayo clínico que podría hacer en Bellvitge, porque la unidad de Bellvitge está certificada, porque el laboratorio lo pagaba todo. Por tanto, al Estado no le costaba ni un euro. Presentamos preguntas al Gobierno en diciembre para denunciar la situación e hicimos gestiones directas también. Por fin se ha resuelto el problema de Antonio y, desde el próximo mes, podrá hacer el ensayo en Bellvitge y no tendrá que volver a volar con su silla de ruedas a Holanda con sus familiares. Pero ¿cómo es posible que la Agencia Española del Medicamento tarde un año en autorizar un ensayo de este tipo? La respuesta que acabamos de recibir —casualmente la hemos recibido esta mañana, nos ha llegado hoy, tiene fecha de esta mañana— nos dice que en enero de 2023 se cambiaron los protocolos y que ahora las peticiones se van a hacer de forma centralizada. Aún entendemos menos el retraso que se ha producido.

No quiero dejar pasar la oportunidad de hablar de la ley ELA. Ha habido diferentes propuestas de distintos grupos y nosotros también estamos trabajando en ello, pero el problema es el de siempre. No podemos ponernos más obligaciones de prestaciones sociales y sanitarias si el Gobierno español no se compromete a dotarnos de mayor presupuesto. Ya basta —también se ha dicho antes— de que ustedes inviten y nosotros pagemos. Hagamos por encontrar una forma de poder garantizar las prestaciones que necesitan los enfermos de ELA, porque eso es urgente. Creo que todos lo tienen claro. Ustedes no quieren diferenciar frente a otras enfermedades neurodegenerativas. No lo hagan. Establezcamos, vía legislativa, que cuando cualquier enfermo llegue a una determinada situación de dependencia se puedan tener una serie de prestaciones automáticamente. Además, si algo diferencia es la propia ELA, porque ninguna enfermedad, como esta, es capaz de inmovilizarte hasta la muerte, dejándote la cabeza absolutamente clara y viendo el sufrimiento que tiene la familia y su entorno, especialmente si económicamente no tiene forma de soportarlo. En Cataluña necesitamos más médicos, más MIR y más PIR. Denos la competencia para poder establecer el número de médicos que formamos. La excusa no es que el problema lo tendremos igual si no podemos retribuirlos bien y se irán a otra comunidad autónoma o al extranjero. Hay que duplicar. Si partimos de números ridículos, sigue siendo ridículo y no es una solución.

También queremos trabajar para hacer más razonable el precio de los medicamentos que aportan un valor añadido porque tienen una determinada innovación incremental en el formato a la hora de aplicarlo o de usarlo. Yo sé que usted sabe perfectamente de qué hablamos, pero, para que lo entiendan todos, un colirio lo puedes poner desde en una pequeña botella, que pierde su esterilidad cuando la abres, hasta en monodosis, que permite tener más tiempo sin caducar el medicamento y, de esa forma, se evita el desperdicio, aunque, evidentemente, tiene más costes de producción. Si el precio del medicamento que decide la Agencia Española del Medicamento solo tiene en cuenta la cantidad de principio activo que lleva, se está condenando a la desaparición a muchos de estos formatos que facilitan a los enfermos medicarse, y eso es muy importante. Esta propuesta de establecer un justiprecio por estos medicamentos nos preocupa especialmente en Cataluña, porque la mayoría de las farmacéuticas catalanas son pequeñas y medianas y no tienen opción de hacer las innovaciones radicales de las grandes multinacionales. En Cataluña existe un gran potencial de pymes que podrían hacer el esfuerzo para conseguir desarrollos de innovaciones incrementales pero que no lo hacen porque el sistema de fijación de precios les mata el producto antes de nacer.

Seguimos con los medicamentos. También acompañamos una reivindicación de las oficinas de farmacia, y ya se ha hecho referencia a ello. Sabemos que ya les ha llegado lo que piden; piden modificar la ley para que tengan más atribuciones para reforzar y mejorar la atención sanitaria a la ciudadanía, especialmente ante un problema muy grave, el desabastecimiento de cerca de mil medicamentos en el Estado español. Hay muchas razones para explicar ese desabastecimiento, pero probablemente hay dos,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 28

sobre todo. España es uno de los tres países que menos paga a la hora de comprar tratamientos en el mercado europeo, y, dado que hay libertad de movimiento de mercancías, los medicamentos se quedan en los países o los países que más pagan se llevan los stocks. Si es un bien esencial, no podemos permitir discriminaciones entre ciudadanos de los distintos Estados miembros de la Unión Europea. Encima, la legislación española es muy restrictiva cuando se trata de sustituir un medicamento por otro, los requisitos legales para su sustitución son: misma composición, fórmula farmacéutica, vía de administración y dosificación. Es decir, si un farmacéutico quiere sustituir una cápsula por un comprimido, a pesar de que tenga la misma cantidad de dosis, la misma fórmula respecto del principio activo y concentración y el mismo precio, no puede hacerlo porque se saltaría la ley, y, si lo hace y resulta que el precio es superior, tendría que comerse la diferencia de precio. Por tanto, es un tema que hay que resolver. ¿Qué tienen previsto hacer desde el ministerio?

Voy concluyendo, porque veo que el presidente me mira y sé que estoy superando mi tiempo de palabra. Tengo otros temas en la cartera, pero no llegaremos a todos: reconocimiento del grado de formación del personal sanitario dedicado a la enfermería; usted ha hablado de que el deporte es salud, luego menos IVA al deporte y más salud a la ciudadanía; reconocerán especialidades de urgencias, enfermedades infecciosas, genéticas... ¿Para cuándo el reconocimiento de la medicina deportiva? Lo dejo aquí porque se me ha acabado el tiempo.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gràcies, senyora Calvo, per la vostra intervenció.

Gracias, señora Calvo, por su intervención.

Ahora tiene el turno de palabra, por el Grupo Republicano, la señora Granollers Cunillera.

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Gràcies, president. Bon dia, diputats i diputades.

En primer lloc, senyora ministra, la felicito pel seu nomenament. Li desitjo tota la sort i encerts. Ja s'ha dit: li ha tocat capitanejar un departament que nosaltres pensem que no hauria d'existir, perquè les competències estan traspassades, i aquest serà un dels temes que tindrem més expectants. De totes maneres, li agraeixo les reiteracions a respectar sempre les competències, però també, amb aquestes competències, ajudi'ns posant el finançament que toca amb aquest respecte competencial.

A Catalunya estem fent els deures i els hem fet, i no sempre amb el vent de cara. El Govern i el Departament de Salut, capitanejats pel conseller Balcells, van encarregar al Departament de Salut la creació del Centre de Teràpies Avançades de Catalunya per a la recerca de gens, teixits i cèl·lules orientats a la regeneració de teixits, tractament de malalties inflammatòries autoimmunes, tractament de càncer, l'aplicació en totes les patologies que no disposen d'estratègies efectives, i aquí trobaríem un llarg etcètera. És un centre pioner i punter, i el Ministeri ens ha de servir d'ajuda i d'impuls en aquest centre, però sempre des de la lleialtat institucional i amb un respecte escrupolós al marc competencial. Partint de la base que Catalunya ara mateix és referent en teràpies avançades, suposen el 60% de tot l'Estat, i que no ens hi posin pals a les rodes, sinó tot el contrari, que es busquin maneres de col·laborar amb la Generalitat i, sobretot, vies de finançament i ajudes que serveixin per potenciar-lo, reforçar el paper de Catalunya com a centre tractor en aquest sector, especialment.

I com els deia, a Catalunya fem els deures. Insistim a enfortir el sistema públic de salut, i per això ja hem apostat pel Pacte Nacional de Salut, amb 54 experts en les diferents matèries que abasten les àrees de transformació d'aquest sistema de salut. Això és un projecte de país que demana un debat, i els acords han d'estar amb tots els agents implicats. S'està fent a través d'una visió del sistema de salut públic universal, equitatiu, sostenible i de qualitat, incorporant la perspectiva de gènere, el respecte al medi ambient i l'equitat territorial. Posar al centre la salut pública hauria de ser una de les prioritats. Ho ha dit; ho celebrem, eh? És una de les prioritats de tot l'estat de dret i, en el nostre cas, esperem, doncs, que el seu Ministeri tingui la màxima col·laboració, que ens doni el màxim finançament i, sobretot, eines que ens ajudin, però sense intervencionisme competencial.

I ara vaig a temes més concrets. Passaré una mica per sobre, perquè són moltíssims i crec que durant aquests llargs quatre anys tindrem moltes vies per anar demanant, però. La regulació del diploma d'acreditació de qualitat dels pal·liatius; la flexibilització en la jubilació, perquè els metges que es puguin jubilar puguin continuar exercint; la superació del sostre de despesa que proposa l'Estat, i sobretot el que sí que celebrem és que estiguin d'acord amb el reconeixement del sector de la infermeria en reconeixement a passar-los a A1.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 29

És un canvi molt necessari en l'assignació d'aquesta categoria de les infermeres i dels altres professionals sanitaris, com els tècnics superiors o les tècniques en cures d'auxiliar administrativa. També s'ha dit. Ha sigut un element clau en les reivindicacions del sector de la infermeria i, des de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya i des del nostre grup parlamentari, pensem que tenen tota la raó i els estarem donant suport, perquè això depèn del Ministeri d'aquí. Cal resoldre també les dificultats en l'acreditació de l'especialització d'infermeres. Hi ha infermeres especialistes sense un títol oficial, i això ja no ens pot passar més. Això és competència de l'Administració General de l'Estat.

I també volem fer referència al que ja ha anomenat vostè i el que va camí de ser una nova pandèmia, que és la salut mental. Un cop més a Catalunya hi estem treballant i hem elaborat el Pacte Nacional per la Salut Mental, però vostès han d'abordar tot allò que depèn del seu departament. I aquí, en aquest cas, volem fer referència als PESTOS, el Col·legi de Psicòlegs Especialistes sense Titulació Oficial, que ara estan treballant en molts centres d'atenció primària a Catalunya, però que necessiten un reconeixement.

I agafant el fil de la salut mental, però per als joves i adolescents, i potser és un tema que no correspon bé al seu Ministeri, però que sí que hauríem de fer esforç, és destinar fons públics al tractament contra les addiccions, perquè, i aquí sí que hi va el present i el futur dels nostres joves, ha parlat de l'alcohol i l'addicció a l'alcohol, però també hi ha altres addiccions, com per exemple l'òxid nítric, el gas del riure, el *gas de la risa*, que això realment serà un problema, perquè és molt fàcil d'aconseguir i a molt baix preu.

També parlem d'una dada que, com a societat, comença a percebre's com un problema greu, que és que el 72% de la població creu que s'haurien de prohibir les màquines escurabutxaques als bars i llocs públics, per no parlar també del joc *online* i la seva incidència en els adolescents. Això sí que és una autèntica xacra i que s'ha d'abordar amb contundència i valentia. I aquí sí que els demanem que siguin valents i apugin l'impost al joc, perquè ens hi juguem molt i el futur de la salut mental dels nostres joves està, en aquest cas, en joc.

Una altra addicció que sí que correspon, i també n'ha parlat, és l'addicció al tabac. Quins impostos pensen aplicar al tabac? Ara mateix, des del 2016, no hi ha hagut cap pujada en el preu del tabac, i una realitat que cal tenir en compte és el fet que ens trobem en un entorn inflacionista. Això vol dir que és molt més fàcil ara adquirir, o no ha tingut la mateixa pujada de preu, el tabac que productes relacionats amb l'alimentació. I això sí que creiem que s'ha de resoldre. I també referent al tabac: hi ha d'haver mesures legislatives diferenciadores del consum del tabac. No és el mateix un cigarret elèctric o un vapejador. Entenem que posar-los al mateix nivell amb les persones no fumadores pot tenir una lògica, però quan la persona és fumadora li ha de quedar molt clar que no és el mateix un cigarret elèctric o un vapejador, perquè no tenen els mateixos efectes nocius per a la salut. I aquí ajudar-los a fer aquest canvi.

Una altra reclamació que també estem fent des de l'Estat és la transferència de les competències en la formació sanitària especialitzada, l'acreditació de centres i unitats docents en l'avaluació del seu funcionament i qualitat, la determinació de l'oferta de places corresponents a Catalunya, la participació en la prova d'accés a la formació sanitària especialitzada. Ja li dic, només vaig fent uns petits apunts de tot el que necessitem.

També, importantíssim, el traspàs dels equipaments d'assistència sanitària que formen part del patrimoni de la de la Seguretat Social. Calen més i millors infraestructures per seguir reforçant el sistema públic de salut. Ara mateix més de 110 locals i equipaments titularitat de l'Estat estan destinats a centres d'atenció primària a Catalunya. Especialitats, hospitals sencers que formen part d'aquest sistema, i és important que la competència, si és plena de la Generalitat, també ho sigui en aquests locals.

També volem anomenar el telèfon 061. Continuem reclamant la seva gratuïtat. És una de les portes d'entrada al sistema de salut. Actualment és un número de telèfon conegut i familiaritzat per la població, i l'ús habitual de les emergències per codi de riscos suïcides o consultes de caràcter administratiu. Durant els moments més durs de la pandèmia, la mitjana de trucades era de 15 000 diàries, però va arribar a pics de 40 000 trucades diàries. La durada mitjana d'una trucada és de 20 minuts. Estem parlant de la gratuïtat d'un servei essencial per a la ciutadania, i l'únic que reclamem és que s'assimili la regulació del 061 a la regulació del 012.

També noves prestacions, medicaments i tractaments sense finançament addicional. Ja s'ha dit, també, i és imprescindible en aquest camp garantir el principi de lleialtat institucional en aquest àmbit sanitari. Però aquests temes els abordarem en altres iniciatives, però l'Estat en els últims anys ha aprovat noves prestacions sanitàries, ha autoritzat nous medicaments o tractaments sanitaris que han tingut un elevat impacte pressupostari, però no ens ha transferit els recursos per fer-ho.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 30

També en la sostenibilitat econòmica del sistema de salut de Catalunya. El sistema sanitari viu una situació d'infrafinançament crònic, i això fa que cada exercici la despesa real sigui superior a la pressupostada. És el fruit del dèficit estructural del Sistema Nacional de Salut i es va manifestar molt més encara durant la crisi sanitària de la COVID-19. L'AIReF, per això, va reconèixer que gran part d'aquest impacte econòmic de la COVID-19 era una despesa estructural. També amb mesures com aplicar la reducció de l'IVA als productes sanitaris. També s'ha dit i ja ho abordarem més en altres ocasions.

I per acabar, m'agradaria parlar de dos col·lectius concrets que fa temps que eleven una reivindicació, i que nosaltres creiem que els hi hem de donar veu, i els hi hem de començar a donar veu ja amb aquesta compareixença. I on són els pacients afectats per la talidomida? La talidomida, ja ho saben, és una substància activa que va ser prescrita a les dones gestants durant els primers mesos de l'embaràs en la dècada dels 50, i la seva ingesta va provocar el desenvolupament de greus malalties connatals en molts casos. Aquestes víctimes ara estan rebent una ajuda, però... que es va aprovar al Reial decret 574 el 2023, però estan subjectes a tributació. Això vol dir que hauran de retornar el 50 % d'aquestes ajudes que van rebre tard i malament.

L'Associació de Víctimes de la Talidomida, AVITE, ha reclamat que aquestes subvencions no hagin de tributar a Hisenda fins a la meitat de l'import. No obstant això, fins ara aquestes ajudes no apareixen recollides a l'article 7 de rendes exemptes de la tributació de l'IRPF, on es regulen aquestes excepcions. Sobretot li demanem que, per un tema humanitari clamorós per a aquesta gent, no els hi fem retornar precisament el que tants anys han lluitat per poder cobrar.

I un altre, que també s'ha parlat, és els afectats de l'ELA. Nosaltres no en volem fer una instrumentalització política, com sospitem que alguns grups polítics sembla que vulguin fer, però és una obligació de l'Administració intentar posar totes les eines a l'abast per fer més fàcil la situació vital d'aquestes persones. Els han de donar eines i els han de donar, sobretot, finançament i suport perquè puguin continuar endavant. Em deixo coses per a la rèplica. Acabo aquí, doncs. Moltes gràcies i esperem les seves respostes.

Gracias, presidente. Buenos días, diputados y diputadas.

En primer lugar, señora ministra, la felicito por su nombramiento y le deseo todos los aciertos. Ya se ha dicho, le ha tocado capitanear un departamento que nosotros pensamos que no debería existir, puesto que las competencias están traspasadas, y este será uno de los asuntos que nos va a tener más expectantes. De todos modos, insisto en que es importante respetar estas competencias y que nos ayuden poniendo la financiación que corresponde en ese respeto competencial. En Cataluña estamos haciendo los deberes, los hemos hecho, y no siempre con el viento de frente. El Govern y el Departamento de Salud, capitaneados por el consejero Balcells, encargaron a este departamento la creación del centro de terapias avanzadas de Cataluña para la investigación de genes, tejidos y células, orientado a la regeneración de tejidos, tratamiento de enfermedades inflamatorias y autoinmunes, el tratamiento del cáncer o la aplicación en todas las patologías que no disponen de estrategias efectivas, y aquí tendríamos un largo etcétera. Se trata de un centro pionero y puntero, y el ministerio debe servir de ayuda y de impulso en este centro, pero siempre desde la lealtad institucional y con el respeto escrupuloso al marco competencial, partiendo de la base de que en Cataluña somos referentes en terapias avanzadas y supone el 60% de todo el Estado. Y no nos pongan palos en las ruedas, sino todo lo contrario, que se busquen formas de colaborar con la Generalitat y, sobre todo, vías de financiación y ayudas que sirvan para potenciarlo y reforzar el papel de Cataluña como centro rector en este sector, especialmente.

Como le decía, en Cataluña hacemos los deberes, insistimos en fortalecer el Sistema Público de Salud, y por eso hemos apostado por el Pacto Nacional de Salud, con cincuenta y cuatro expertos en las distintas materias que abarcan las áreas de transformación de este sistema de salud. Se trata de un proyecto de país que requiere un debate y los acuerdos de todos los agentes implicados. Se está realizando a través de una visión del Sistema de Salud Público universal, equitativo, sostenible y de calidad, incorporando la perspectiva de género, el respeto al medio ambiente y la equidad territorial. Poner en el centro la salud pública debería ser una de las prioridades, como ha dicho, y lo celebramos. Es una de las prioridades de todo Estado de derecho, y, en nuestro caso, esperamos que su ministerio ofrezca la máxima colaboración, financiación y, sobre todo, herramientas que nos ayuden, sin intervencionismo competencial.

Ahora paso a asuntos más concretos. Voy a tratarlos un poco por encima porque son muchos y, sin duda, en los próximos cuatro años tendremos muchas vías para ir haciendo solicitudes, pero, por ejemplo,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 31

me refiero a la regulación del diploma de acreditación de paliativos, la flexibilización de la jubilación para que los médicos jubilados puedan seguir ejerciendo, la superación del techo de gasto que propone el Estado, y, ante todo, celebramos que estén de acuerdo en el reconocimiento del sector de la enfermería, en el reconocimiento del cambio, un cambio muy importante, de la asignación de la categoría profesional de las enfermeras y de otros profesionales sanitarios, como los técnicos superiores, o respecto a las técnicas en cuidados de auxiliar de enfermería. Es un elemento, como ya se ha dicho, clave en las reivindicaciones del sector de la enfermería y desde la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña y nuestro grupo parlamentario pensamos que tienen toda la razón y les vamos a brindar nuestro apoyo, porque esto depende de este ministerio. Y también tenemos que resolver las dificultades en la acreditación de las especialidades de las enfermeras. Hay enfermeras especialistas sin título oficial y esto no puede suceder más. Esto es competencia de la Administración General del Estado.

También queremos considerar lo que ya ha mencionado y hace referencia a una nueva pandemia, la salud mental. Una vez más, en Cataluña estamos trabajando y estamos elaborando el pacto nacional por la salud mental. Pero ustedes deben abordar todo lo que depende de su departamento, está claro. Y en este caso, queremos hacer referencia a los PESTOS, el colectivo de psicólogos especialistas sin titulación oficial, que están trabajando en muchos centros de atención primaria en Cataluña y necesitan un reconocimiento.

Al hilo de la salud mental para jóvenes y adolescentes —este es un tema que tal vez no corresponde exactamente a su ministerio, pero también se debería hacer un esfuerzo al respecto—, habría que destinar recursos públicos al tratamiento contra las adicciones, porque ahí sí está el presente y el futuro de nuestros jóvenes. Ha hablado de la adicción al alcohol, pero también hay otras adicciones, como, por ejemplo, al gas de la risa, que realmente será un problema porque es muy fácil de conseguir y de una manera muy económica.

Hay un dato que también es un problema grave, y es que el 72% de la población cree que deberían prohibirse las máquinas tragaperras en los bares y lugares públicos, por no hablar del juego online y su incidencia en los adolescentes. Realmente, es una plaga y hay que abordarla con contundencia y valentía. Es una lacra y les pedimos que sean valientes y suban el impuesto al juego, porque nos jugamos mucho en ello, y la salud mental de nuestros jóvenes está en juego.

Otra adicción que corresponde tratar, y de la que usted también ha hablado, es la relativa al tabaco. ¿Qué impuestos piensan aplicar al tabaco? Desde el 2016 no ha habido ninguna subida del precio del tabaco. Es una realidad que hay que tener en cuenta, además del hecho de que nos encontramos en un entorno inflacionista. Es mucho más fácil ahora adquirir el tabaco que otros productos, como la alimentación, porque no ha tenido el mismo aumento de precio, y hay que resolverlo.

Y en relación con el tabaco, tiene que haber medidas legislativas diferenciadoras del consumo de tabaco. No es lo mismo un cigarrillo eléctrico que el vapeador. Entendemos que ponerlos al mismo nivel puede tener una lógica para las personas no fumadoras, pero a una persona fumadora debe quedarle muy claro que no es lo mismo un cigarrillo eléctrico que un vapeador, porque no tienen los mismos efectos nocivos para la salud. En ese sentido, tienen que ayudar a este cambio.

Y otra reclamación que estamos haciendo al Estado es la transferencia de las competencias en la formación sanitaria especializada, la acreditación de centros y unidades docentes, de evaluación, de su funcionamiento y calidad, la determinación de la oferta de cursos en Cataluña, las pruebas de acceso en Cataluña; en fin, estoy haciendo unos pequeños apuntes de todo lo que necesitamos.

Es muy importante también el traspaso de los equipamientos de asistencia sanitaria que forman parte del patrimonio de la Seguridad Social. Se necesitan más y mejores infraestructuras para seguir reforzando el Sistema Público de Salud. Más de cien locales y equipamientos titulares del Estado están destinados a centros de atención primaria en Cataluña, de especialidades y hospitales completos, que forman parte del Sistema de Salud en Cataluña. Puesto que la competencia es plenamente de las Generalitat, es importante que también lo sean estos locales.

También queremos mencionar el 061, seguimos reclamando su gratuidad. Es una de las puertas de entrada al sistema de salud. En la actualidad, es un número de teléfono conocido y resulta familiar a la población, de uso habitual para las emergencias, código de riesgo de suicidio o consultas de carácter administrativo. Durante los momentos más duros de la pandemia, la media de llamadas fue de 15 000 diarias, pero con picos de 40 000 llamadas al día, y la duración media de una llamada es de veinte minutos. Estamos hablando de la gratuidad de un servicio esencial para la ciudadanía y solo reclamamos que se regule y se asimile su regulación al 0,12.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 32

También nuevas prestaciones, medicamentos y tratamientos sin financiación adicional, como ya se ha dicho. Es indispensable garantizar el principio de lealtad institucional en este ámbito tarifario. Pero estos temas los vamos a abordar también con otras iniciativas. En los últimos años el Estado ha aprobado nuevas prestaciones sanitarias, ha autorizado nuevos medicamentos o tratamientos sanitarios con un elevado impacto presupuestario y, sin embargo, no nos ha transferido los recursos para hacerlo.

También la sostenibilidad económica del Sistema de Salud de Cataluña, que vive una situación de infrafinanciación crónica, lo que hace que en cada ejercicio el gasto real sea superior al presupuestado. Es el fruto del déficit estructural del sistema de salud, que se manifestó muy claramente durante la crisis sanitaria del COVID-19. La IDEF reconoció que buena parte de este impacto económico del COVID-19 era un gasto estructural.

También medidas como aplicar la reducción del IVA a los productos sanitarios; ya se ha dicho y lo vamos a abordar en otras ocasiones.

Y, para terminar, me gustaría hablar de dos colectivos concretos que plantean una reivindicación respecto a la que nosotros creemos que debemos darles voz y tenemos que darles voz en esta comparecencia. Me refiero a los pacientes afectados por la talidomida, una sustancia que se prescribía a las mujeres y que provocó enfermedades en muchos casos. Están recibiendo una ayuda que se aprobó por el Real Decreto 574/2023, pero están sujetas a diversos cambios y, por tanto, van a tener que devolver el 50% de estas ayudas, que recibieron tarde y mal. La asociación de afectadas por la talidomida solicitó que estas subvenciones no deban tributar a Hacienda hasta la mitad del importe. Sin embargo, hasta ahora estas ayudas no aparecen recogidas en el artículo 7, de rentas exentas, de la ley del IRPF, donde se regulan estas exenciones. Le pedimos, por consiguiente, por una cuestión humanitaria, importante para estas personas, que no se les requiera que devuelvan lo que durante tantos años han luchado por obtener.

Por último, los afectados de ELA. Nosotros no queremos hacer una extrema instrumentalización política, como sospechamos que algunos grupos políticos pretenden, pero es una obligación de la Administración intentar poner todas las herramientas al alcance de estas personas para hacer más fácil su situación vital. Tenemos que darles herramientas y, ante todo, financiación y apoyo para que puedan seguir adelante.

Me dejo otros temas para la réplica. Lo dejo aquí y quedamos a la espera de sus respuestas. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Ahora tiene el turno de palabra, por el grupo parlamentario SUMAR, el señor Cofiño Fernández.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenos días, ministra. Bienvenida y enhorabuena, también a todo su equipo de trabajo. Para nosotros es un orgullo tenerla aquí. Posiblemente, es fácil decirlo estando donde estoy sentado ahora mismo, pero, si hubiera estado sentado en mi puesto de trabajo técnico en Asturias, trabajando donde he estado hasta hace unos meses, también sería un orgullo, por la calidad y la composición del equipo de trabajo del ministerio y por las expectativas que tenemos sobre lo que se pueda considerar durante la legislatura.

Vamos a tener expectativas también sabiendo que el trabajo de la Administración no es un trabajo fácil. El trabajo del Gobierno no es un trabajo fácil, es importante poner las luces largas. A veces lo comunicativo aparece como lo más urgente en este mundo político, y nos alegra que la visión de las estrategias tenga luces largas para poder alumbrar un camino que no va a ser solamente los cuatro años de una legislatura.

Nos alegra mucho el tema de la Comisión de Sanidad. Hablando con varias compañeras, decíamos que, en este ambiente a veces de crispación escenográfica que se percibe desde fuera, quizás la Comisión de Sanidad puede ser un buen espacio para poder trabajar de forma ordenada, de forma conjunta entre distintos grupos parlamentarios y llegar a acuerdos para la población a la que representamos, que es lo que queremos hacer. Quizás podamos ser ejemplo de una buena Comisión para poder lograr acuerdos políticos para este país en el futuro.

Creo que es importante mantener los principios de prudencia, fortaleza, justicia y templanza, a los que me referí el otro día en mi intervención parlamentaria. En el MIR siempre se nos decía que las preguntas relativas a siempre y nunca no son correctas. Entonces, el todo bueno y el todo malo hay que verlos con cuidado. El portavoz de VOX planteaba esto de manera un poco tremendista. Yo vengo de una disciplina de salud pública donde somos muy críticos y hacemos un análisis muy crítico absolutamente de todo, pero también tenemos una visión muy salutogénica, es decir, partimos de las riquezas que tenemos para poder

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 33

empezar a construir en situaciones complicadas, como en la que estamos ahora mismo en nuestro país respecto a nuestro Sistema Nacional de Salud. Entonces, creo que esos análisis hay que hacerlos con esa riqueza, con esa generosidad, para poder ir construyendo, y, como decía la compañera ahora, evitando las utilizaciones partidistas en algunas cuestiones.

Nos interesa solucionar algunos conflictos. Ha salido el tema del ELA, y nos interesa solucionar ese conflicto. Lo que nos interesa es solucionarlo, y no llevar a la población a atolladeros o callejones sin salida, porque lo único que estaríamos haciendo sería no solucionar algunas cuestiones.

Señalo y subrayo algunas de las cuestiones que también consideramos prioritarias, poniendo el marcador respecto a algunas que ya se han planteado, como la importancia de lo universal. En 2018 se han logrado algunas mejoras, y hay una evidente en el ámbito normativo y de procedimientos. Pero todavía hay colectivos, como personas en situación irregular, reagrupaciones o en situación de especial vulnerabilidad, que requieren comenzar a cambiar la legislación y el procedimiento. En este sentido, quizás mezcle algunos aspectos de ámbito más estatal con algunos de gestión. Es importante también el papel de las unidades administrativas de atención primaria, que tienen una labor clave en el acogimiento y la información y realizan un trabajo fundamental en nuestro sistema sanitario. Como decía antes, es una evidencia clara que un sistema público sólido evita la fragmentación y favorece la cohesión, la seguridad y la calidad en la atención a los pacientes y en una buena práctica profesional. Y hay que pensar en si esa legislación la podemos hacer por una tramitación de urgencia, es decir, tenemos experiencias en la tramitación urgente, se están tramitando cuestiones urgentes y esta es una situación urgente para un grupo importante de personas.

Atención primaria orientada y centrada en las personas, pero no solamente en la ciudadanía y los pacientes, sino también en los profesionales, como ya se ha dicho; la ciudadanía y los pacientes, con criterios de equidad y participación, de perspectiva de género y los relativos a tener la mejor atención en todos los puntos posibles, así como los profesionales, elemento clave de nuestro sistema sanitario. Creo que tenemos que pedir disculpas en diferentes ámbitos, en los estatales, en los autonómicos y en los de gestión macro, meso y micro, por la deficiente gestión que a veces se ha hecho respecto de los profesionales. Ellos forman parte de una disponibilidad que debemos tener, es decir, disponer de los mejores profesionales en las mejores condiciones posibles es la forma de garantizar un buen sistema público y una buena atención, con calidad. Mi padre era carpintero y siempre nos decía que para trabajar bien teníamos que trabajar en un espacio cómodo y con las mejores herramientas, tener las mejores gubias para poder tallar bien la madera. Y esto es lo que necesitan nuestros profesionales, tener un espacio cómodo para poder trabajar bien y hacer el mejor trabajo posible. Así, automáticamente, van a garantizar que los mejores resultados de salud pueden ser posibles.

Una atención primaria comunitaria e integral es, como muy bien se señalaba, la vertebradora en nuestro Sistema Nacional de Salud. Por tanto, poder, prestigio, presupuesto y personal para nuestra atención primaria. Igualmente, es importante trabajar de forma integrada, como en el resto de dispositivos del sistema, en atención hospitalaria, en los dispositivos de salud mental y en los dispositivos sociales, una de las grandes cuestiones que tenemos que abordar. Los problemas fundamentales que tenemos ahora mismo no son relativos a enfermos crónicos. Los enfermos crónicos no son complejos ni las enfermedades crónicas son complejas. Son personas que viven con una enfermedad en un sistema complejo de salud y en un sistema social complejo. Entonces, tener un buen sistema integrado sociosanitario es fundamental.

La agencia de salud pública la esperamos; quienes venimos de salud pública la esperamos como agua en mayo. Pero también esperamos un buen sistema de salud pública territorial. En algunos territorios —y el ministerio va a tener que dar alguna vuelta a este tema— estamos en una situación incluso más complicada que la que teníamos en la prepandemia. Es necesario hacer un esfuerzo para cuidar a nuestros profesionales de salud pública desde nuestras administraciones. Y me permitirá también decir que es importante cierta deslocalización del ministerio, en el sentido de que para los que venimos de fuera y llegamos a Madrid de repente parece que todo lo que pasa aquí es de Madrid o Cataluña; lo digo con el mayor cariño y respeto hacia las comunidades y reconociendo todo lo importante que se está haciendo en estos dos lugares. No obstante, hay vida inteligente en otras partes y es importante deslocalizar algunas de las cuestiones que se vienen trabajando desde el Ministerio de Sanidad.

Es posible un plan de gobernanza y de salud integral que combine diferentes políticas de los ministerios. Con una visión de gobernanza, una visión de salud y una visión de bienestar, hay que tener

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 34

un plan integral desde una visión global de las políticas de Gobierno, pudiendo evaluarlas desde plataformas ya disponibles en el ministerio, que son indicadores claves del Sistema Nacional de Salud.

Las políticas farmacéuticas también se han señalado. Ayer, en unas jornadas, mencionábamos una frase muy sencilla; para resumirla, todas las personas deben tener el mejor tratamiento posible en términos de calidad y seguridad sea cual sea su proceso patológico y sea cual sea el lugar donde vivan. Esto, que parece muy fácil, no lo es, es decir, el mejor tratamiento posible requiere tener buenas agencias de evaluación de tecnología y otro elemento clave, que es el control del precio del medicamento, o sea, vamos a entrar en un nuevo escenario, con temas de genómica y una nueva irrupción en diagnósticos y tratamientos. Se va a requerir una buena evaluación y un buen control del precio de los mismos, teniendo que considerar incluso para su financiación cuáles son esenciales. Y luego está el tema de la equidad, teniendo en cuenta patologías o el lugar donde vivan las personas.

Me gustaría mencionar también respecto a la atención primaria y comunitaria —finalizo ya esta primera parte— la importancia de integrar diferentes planes y experiencias que tenemos en el ámbito estatal. Creo que la Comisión puede ser un buen ejemplo acerca de cómo buenas prácticas que se están realizando en diferentes partes del país pueden servir para lanzar políticas, planes o estrategias en el ámbito estatal.

Hay que tener también cuidado con el tema del marco legislativo, por lo que decía antes sobre la instrumentalización de partidos. La legislación puede ser una buena herramienta, pero tenemos que pensar cuáles son las mejores herramientas para poder conseguir mejoras en la salud que queremos.

Se comentaba el tema de los ajustes de ratios. Cuidado con alguna legislación que luego nos lleve a ser tildados de muy poco flexibles. También se va a requerir un régimen sancionador respecto de la legislación que se haya que cumplir.

Por supuesto, plena disposición por parte de nuestro grupo, también para el resto de grupos, e incluso para solucionar algunas cuestiones técnicas que se apuntaban anteriormente en referencia a algunas dudas sobre evidencias y demás. Se ha hecho un buen trabajo desde SUMAR, con un grupo de expertos de casi ciento cincuenta personas que han trabajado en un proceso para elaborar un documento técnico, y, ante cualquier duda en este sentido, nos ponemos a disposición de quien lo solicite.

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

En esta ronda, cierra la portavoz del Grupo Socialista, la señora Castilla Álvarez.

La señora **CASTILLA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, presidente. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes, ministra.

Antes que nada, quiero agradecerle públicamente su asistencia a esta Comisión, su primera comparecencia —también es mi primera intervención como portavoz del Grupo Parlamentario Socialista—, y que haya expresado de forma tan clara y concisa los objetivos que tiene el ministerio para estos cuatro años.

Aprovecho esta intervención —lo digo aquí y en cualquier otro sitio— para agradecer los grandes profesionales que tiene el sistema sanitario en este gran país que es España. Y, por supuesto, todo mi cariño y reconocimiento a los familiares de los más de 120 000 españoles y españolas que han fallecido a causa de la COVID-19.

Señorías, hoy me gustaría hablar de lo que ha hecho desde el año 2018 el Partido Socialista en lo referente a la titularidad del Ministerio de Sanidad, en lo que sé que vamos a seguir trabajando conjuntamente —estoy convencida de ello, señora García—, porque el objetivo que ha tenido siempre el Grupo Parlamentario Socialista no ha sido otro que el refuerzo y la mejora de todas las capacidades del sistema público de salud. Desde aquí nuestro reconocimiento a los ministros que le han precedido y que usted tan amablemente ha reconocido públicamente. Por tanto, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, mi agradecimiento a ese gesto que usted ha tenido hoy aquí. Apostamos por el sistema público, liderando su fortalecimiento y transformación, como siempre hemos hecho. También se ha hecho referencia a Ernest Lluch —estamos en esta sala, que lleva su nombre— y a la Ley General de Sanidad, la Ley 14/1986, una ley pionera en esos años, cuando acabábamos de salir de los momentos más oscuros que sufrió este país. Pero los socialistas y las socialistas también somos garantes de aprobar leyes tan pioneras como la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, sí, esta ley que supone ofrecer dignidad a personas y que conecta con la sociedad, aun cuando algunos digan que no. Son sellos que va a dejar el Partido Socialista y que quedarán vigentes para siempre, como la ley del divorcio, la ley del aborto, etcétera.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 35

Desde que la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia internacional, respecto a la situación por la COVID-19 la acción del Gobierno siempre ha estado centrada en una palabra que a mí me encanta y que he escuchado aquí varias veces, que es la cogobernanza del Gobierno central con las comunidades autónomas y las ciudades autónomas, siempre dentro del marco de la Unión Europea, para dar respuesta a la mayor crisis sanitaria que ha sufrido la humanidad en los últimos cien años, porque el objetivo estaba claro, un objetivo totalmente incontestable, salvar vidas y proteger la salud de la población. Por eso nos tenemos que felicitar por algo que yo creo que se señala poco, y es esa magnífica estrategia respecto a la vacunación frente a la COVID-19. Escuchamos comentarios de tipo apocalíptico, según los cuales íbamos a tardar más de cuatro años en la vacunación, y, sin embargo, lo hicimos en un tiempo récord y fuimos referentes para el resto de la comunidad europea. Y, fíjense, esta no es una cuestión baladí, tenía dos objetivos fundamentales: uno de ellos, bajar el índice de contagios, que todos sabíamos cómo se producía, por no respetar el distanciamiento sin tener inmunidad, y el otro, reflotar el modelo económico, porque, evidentemente, esta fue una crisis sanitaria que acabó con una crisis económica y una crisis laboral. Pero gracias a las medidas del Gobierno progresista, se pudo recuperar de una forma muy rápida ese hundimiento del producto interior bruto hasta en dos dígitos, para lograr una situación de plena normalidad laboral, económica y social, y este es un dato incontestable.

Se destinó a las comunidades autónomas en ese momento nueve mil millones de euros —hay que decirlo, por si no lo saben—, sin carácter reembolsable —y creo que todos conocemos lo que eso significa—, para financiar el impacto de la pandemia sobre el sistema sanitario, fundamentalmente, fíjense, para reforzar las plantillas y poder actuar de forma temprana. Esta crisis sanitaria demostró la fortaleza del sistema sanitario, que no es otra que sus grandes profesionales, aunque también demostró las debilidades y que las costuras del sistema sanitario no estaban bien hechas, sino que eran hilvanes, provocadas por políticas de austeridad y cómo se defendió la anterior crisis económico-financiera. Hay dos modelos: el de la derecha, con políticas de austeridad, que dan este tipo de resultados, y el modelo de los gobiernos progresistas, que creen en las políticas expansivas del tipo *win to win*, y así tenemos dos situaciones totalmente diferentes.

Me gustaría remarcar, asimismo, el aumento progresivo del gasto sanitario —reconozco que, para el Grupo Parlamentario Socialista, hablar de gasto sanitario es inversión—, pues pasamos de un 5,9% en 2018 a más del 7%, que yo creo que es un gasto bastante ostensivo. Se han eliminado los copagos farmacéuticos a personas y colectivos vulnerables, como, por ejemplo, a menores de edad con discapacidad, pensionistas con rentas bajas o perceptores del ingreso mínimo vital. Había que ver la dificultad que tenían todos estos colectivos y la gente con las rentas más bajas para que pudieran dispensarles los fármacos, porque no podían pagárselos de su propio bolsillo. No hace tanto tiempo de esto, no se nos ha ido de la memoria. Se ha ampliado la cartera de servicios comunes en el Sistema Nacional de Salud, como, por ejemplo, con el Plan de Salud Bucodental, que va a afectar e impactar, nada más y nada menos, que en más de 6 millones de personas. Y, para hacer frente a la falta de profesionales sanitarios, este Gobierno progresista sí que recuperó algo que a mí me parece indudable, la política de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Por eso, desde 2018 hasta la actualidad, se han aumentado nada más y nada menos que en un 40% esas convocatorias de plazas, como dijo la ministra, con 11 607 plazas. Asimismo, se ha promovido el aumento de plazas en la Facultad de Medicina con una inversión de 52 millones de euros. Además, algo fundamental —a algunos grupos se les pueden poner los vellos como escarpas, pero yo lo voy a decir— es la negociación colectiva y el diálogo social, que todo se negocie dentro de los acuerdos tripartitos con los sindicatos mayoritarios y con la Administración para llegar a acuerdos que luego afiancen las mejoras en la calidad del empleo y abandonemos ya la precariedad y la temporalidad de nuestro sistema.

En cuanto a atención primaria, es uno de los objetivos fundamentales del Gobierno central, y no vamos a decir que no. Se ha promovido el fortalecimiento de la atención primaria como eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud, y es por ello que, entre el año 2022 y el 2023, se han destinado más de 1000 millones de euros —sí, 1000 millones de euros— a estos servicios, porque realmente los servicios de atención primaria —y no digo que con la atención hospitalaria no pasara— se vieron muy mermados en cuanto a los recursos durante la anterior etapa. El 15 de noviembre de 2018 se acordó el proceso del marco estratégico para la atención primaria. Sé que muchos de ustedes lo conocen al dedillo y se lo han estudiado, pero yo lo recuerdo, porque fue el 15 de diciembre de 2021 cuando se desarrolla ese Plan de Acción de Atención Primaria 2021-2023. Una de las cosas fundamentales en política de personal es, por fin, aceptar que tenemos que cumplir con las directivas europeas, y estamos hablando de la temporalidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 36

en el Sistema Nacional de Salud, y no solamente en el Sistema Nacional de Salud, pues el acuerdo también fue para todos los empleados públicos, y sé que vamos a conseguir bajar de ese 8% de temporalidad, así como consolidar el rol de los enfermeros y enfermeras especialistas en familia en la atención primaria, porque la labor de los enfermeros y las enfermeras es muy importante. También, se ha puesto en marcha el Plan MINAP, que a algunos no sé si les sonará, pero es para la mejora de las infraestructuras en atención primaria, que supondría nada más y nada menos que una inversión sin precedentes de cerca de 500 millones de euros para la construcción y renovación de los centros de salud y consultorios desplegados por todo el territorio.

Y, sí, hemos hablado de salud mental, porque fue precisamente el Partido Socialista Obrero Español quien actualizó la Estrategia de Salud Mental 2022-2026. Me extraña mucho escuchar la noticia de que ahora hay un cierto interés, porque la estrategia no ha sido actualizada en diez años. Por cierto, no estaba gobernando Pedro Sánchez entonces. Pues bien, este plan de acción se ha dotado con 100 millones de euros destinados a las comunidades autónomas, de los cuales, más del 50% ya han sido transferidos para aumentar los recursos humanos, optimizar la atención integral con la transformación digital, luchar contra la estigmatización, la prevención y detección precoz de las conductas suicidas, y la prevención en los contextos de mayor vulnerabilidad. Y, es verdad, se puso en marcha un teléfono, que ha funcionado y que está funcionando, el 024, con más de 150 000 llamadas desde mayo de 2022, dotado también financieramente. Porque es totalmente inaceptable —y en esto creo que estamos todos los grupos de acuerdo— que once españoles o españolas decidan cada día quitarse la vida. Eso es inaceptable y, por eso, tengo que decir que me siento muy satisfecha por haber presentado la proposición no de ley de un pacto de Estado para la salud mental hace solo cuestión de unas semanas y que tuvo un amplio apoyo en el hemiciclo. Creo que en eso estamos totalmente de acuerdo.

De igual manera, se ha apostado por la mejora de la capacidad diagnóstica. Si no tenemos un diagnóstico certero, no podemos poner un tratamiento certero. Señora ministra, usted sabe de lo que le hablo. Por ese motivo es tan importante el Plan INVEAT, con una inversión de 795 millones. ¿Para qué? Para renovar eso que conocemos todos de la obsolescencia programada, con 851 equipamientos de alta tecnología en hospitales públicos de todo el Sistema Nacional de Salud.

También, estamos muy orgullosos del PERTE de Salud de Vanguardia, con más de 2500 millones de euros. La digitalización va a ser una transformación, como decimos muchas veces, no ya de futuro, sino que es el presente, para que podamos estar todos comunicados e intercomunicados. Por eso, es verdad que hay que poner las cosas en su sitio y hay que dar las gracias al esfuerzo conjunto y a la implicación, dedicación y compromiso de las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad, que han logrado alcanzar con éxito todos los objetivos iniciales definidos en este plan en concreto.

Y no me puedo olvidar de las personas que padecen cáncer. Se ha priorizado la lucha contra el cáncer y se ha promovido la actualización de la estrategia nacional, después de diez años desde su última puesta al día. Se ha aprobado el derecho al olvido oncológico y se está desplegando una innovación fundamental, que es el Plan para la implantación de la protonterapia en el Sistema Nacional de Salud, con una inversión de más de 260 millones de euros. Eso significa que España va a pasar de no disponer de ningún equipo de esta modalidad de radioterapia tan potente, a tener ya diez equipos en hospitales públicos repartidos por toda la geografía.

Me alegra, ministra, que se haya hablado de listas de espera. Yo me quedo con el discurso de nuestro presidente, el presidente de todas las españolas y de todos los españoles, que es el presidente Pedro Sánchez, que en su discurso de investidura afirmó que era inadmisibles que un ciudadano tenga que esperar más de tres meses para tener una primera consulta con un médico especialista, o doscientos días para operarse de una hernia que le impide levantarse. Claro que sí, y así podríamos seguir enumerando. Creo que el Partido Socialista colaborará con el ministerio para poner encima de la mesa todas las herramientas y todas las estrategias para solucionar este problema, que es un problema gravísimo.

Nosotros, los y las socialistas, apostamos por un modelo sanitario que afiance la sanidad pública de acceso universal y de calidad, sustentada en los principios de equidad y cohesión, como pilar básico del Estado de bienestar. En 2018, recuperamos el principio de universalidad de la atención sanitaria, porque fuimos realmente los socialistas los que derogamos el Real Decreto Ley 16/2012, ese decreto que el Partido Popular aprobó y que supuso la eliminación del principio de universalidad de la asistencia sanitaria, que tuvo como consecuencia la exclusión de la atención sanitaria nada más y nada menos que de 300 000 personas. Es para pensarlo: 300 000 personas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 37

Me quedo aquí y, luego, en la réplica avanzaré, aunque las preguntas que tenía preparadas me las ha contestado usted en su primera intervención. Con lo cual, muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora Castilla, por su intervención. Señora ministra, tiene la palabra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Primero, muchísimas gracias por este debate y por estas reflexiones que nos han trasladado. Como decía al principio, en esta comparecencia he intentado desgranar las prioridades, las principales acciones de gobierno y las principales políticas sanitarias, pero, obviamente, tenemos todavía mucho de qué hablar, dialogar y reflexionar.

Al portavoz de VOX, el señor García, le agradezco las descalificaciones personales del principio de su intervención. Con respecto a si me he ido de vacaciones o no me he ido de vacaciones, que supongo que le interesará muchísimo a la población, quiero decirle que, casualmente, este año no me he ido, lo cual no es algo de lo que nos tengamos que enorgullecer, porque nosotros sí que respetamos ese derecho de todos los españoles y españolas. Independientemente, el que sabe de salud pública, sabe que la salud pública no se va de vacaciones, de la misma manera que sabe que las instituciones no se van de vacaciones, que no se van el Ministerio de Sanidad ni las comunidades ni tampoco los gobiernos, etcétera. A lo mejor usted se refiere a haber estado de vacaciones por el tiempo que ha pasado sin que hayan puesto ni una sola propuesta encima de la mesa para mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud, porque no he sido capaz de escucharle absolutamente ninguna.

Ustedes me han dicho muchas cosas que son contradictorias, como que tome medidas y, a la vez, que les parece mal que las tome. Algunos dicen que llegué tarde, pero otros dicen que tomé las medidas con mucha premura. Supongo que, haga lo que haga, haga lo que haga este Gobierno o haga lo que haga este ministerio, recibirá sus descalificaciones ácidas, pero mi misión es proteger y cuidar la salud, no gustarle a todos, y mucho menos a aquellos que no han estado ni siquiera atentos durante la comparecencia y no han escuchado.

Me han hablado de improvisación. No creo que las sociedades científicas hayan estado improvisando. No creo que medidas que son de calado social, que medidas que tienen que ver con la evidencia científica —que hemos aprendido durante la pandemia, y algunas de ellas que también vienen de antes de la pandemia— sean fruto de la improvisación. Quiero dejar una cosa clara. Soy nueva, pero no soy novata. Acabo de llegar, pero llevo trabajando en la sanidad pública media vida y estudiando la gestión sanitaria otro tanto. Me puedo considerar una friki de la gestión sanitaria y de las políticas sanitarias. Me gusta, me enamora nuestro Sistema Nacional de Salud, y no tengo ningún problema en hacer autocrítica ni en reconocer que no lo sé todo, que no tengo todas las respuestas, pero sí puedo asegurar que vamos a buscar todas las respuestas, porque las preguntas las tienen los ciudadanos y las ciudadanas y vamos a buscar todas las respuestas. Espero que las respuestas las podamos encontrar con todo el consenso y con todo el diálogo posible, pero tampoco voy a recibir lecciones de aquellos que se acaban de subir al barco de la sanidad y que necesitan atizar al Gobierno con lo que sea, haya detrás evidencia científica o no.

Señor García, no he hablado en ningún caso de culpables. Aquí no hay culpables, la pandemia nos enseñó que no hay culpables; lo que sí hay son competencias e incumbencias. Este ministerio tiene sus propias competencias —entre otras, la más importante, que es velar por la salud equitativa de todos los españoles y españolas— y también tiene incumbencias. Me ha sonado un poco distorsionante escuchar al señor de VOX hablar de desigualdades. Exactamente, ¿cuál es su modelo social para que no haya desigualdades? Porque no está basado en un modelo social ni en un modelo económico. A ustedes, que presumen de ser constitucionalistas, les digo que nosotros no venimos a defender solamente el artículo 43 de la Constitución, de la protección de la salud de los españoles y las españolas, es que además vamos a recetar muchos más artículos de la Constitución. Vamos a recetar el artículo 47, que habla de tener una vivienda digna. ¿Ustedes están a favor o están en contra? ¿Están a favor de regular los precios? ¿Quieren que parte de los españoles destine más de la mitad de su sueldo al pago de la vivienda? Vamos a recetar también el artículo 45, del cuidado del medio ambiente. Bueno, el medioambiente no va con ustedes, son negacionistas del artículo 45 de la Constitución. También vamos a recetar el artículo 44, de investigación. Vamos a recetar los artículos que tienen que ver con la redistribución de la riqueza, que son los que al final palían esas desigualdades que, como hemos dicho —y le recomiendo que estudie en sus ratos libres de descalificaciones personales y de apuntarse descalificaciones personales—, tienen que ver con los determinantes sociales y económicos. Una cosa recurrente es la referida a dedicar más recursos y más

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 38

iniciativas. Yo le pregunto, ¿con qué? La sanidad se paga con impuestos. Entonces, ¿ustedes están a favor o en contra? Ustedes recortan impuestos. **(El señor Fernández Ríos hace gestos con las manos)**. No, es que se puede dar de comer o alimentar. Son dos cosas que van de la mano. Lo siento, pero si ustedes quieren más recursos... **(El señor Fernández Ríos hace gestos negativos)**. Gracias por su gesto de desprecio al señor de VOX también. Es algo que les descalifica a ustedes, no nos descalifica a los que estamos pensando en cómo se pagan realmente todas estas prestaciones y cómo se pagan todos estos recursos que ustedes reclaman, pero no avalan luego presupuestariamente. En sus tiempos libres, en los que no esté apuntando descalificaciones personales, también puede meterse en la carpeta ciudadana, que, como le he explicado, ya tiene accesible. Igual usted también la tiene accesible, porque más de 42 millones de españoles la tienen, con lo cual tiene usted todo su historial clínico y, vaya a la comunidad que vaya, puede hacer uso de él.

A la señora Vázquez, del Partido Popular, le agradezco el tono, por supuesto que sí, y le agradezco la disposición a la reflexión. Creo que compartimos un diagnóstico certero. Igual que cuando nos viene un paciente a la consulta le hacemos una anamnesis para saber qué es lo que ha pasado, algo de anamnesis tenemos que hacerle a nuestro sistema sanitario. Claro que los recortes del Partido Popular han afectado. Como ustedes saben bien, cuando haces un recorte tanto en materia de plazas, como de profesionales, como en cuidados, como en camas, como en todo aquello que ha derivado de la gestión de esa crisis económica, luego tiene sus consecuencias; las consecuencias no son inmediatas y muchas de ellas las estamos viendo años después.

La gestión de la crisis del 2008-2012, de la crisis económica, no tiene nada que ver con la gestión de la crisis que hemos tenido en 2020 con la pandemia y con las diferentes crisis económicas, energéticas y la crisis de la guerra en Europa. Lo que no me queda claro es cuál es la receta del Partido Popular, porque la receta que puso en la anterior crisis fue una receta devastadora para nuestro Sistema Nacional de Salud. Supongo que esto tiene que ver con una rectificación y una asunción de que realmente en esta crisis, con un gobierno progresista, se han puesto recetas o medidas que han mejorado la situación social y la situación económica. Cómo no, tenemos todavía que reconstruir la situación sanitaria, que se ha visto gravemente dañada después — insisto— de los recortes y de las antipolíticas sanitarias que llevó a cabo el Partido Popular. Con todos mis respetos, esto es parte de la anamnesis, esto es parte de la historia y de la hemeroteca. Estoy segura de que con esta disposición o con esta predisposición que le he visto a la señora Vázquez vamos a poder hacer muchas cosas en común, tanto con los grupos parlamentarios como con las comunidades autónomas, porque sabemos que la sanidad es uno de los principales problemas de la ciudadanía, una de sus principales preocupaciones. Así que pongámonos a trabajar. Nosotros hemos venido a hacer políticas de corto, medio y largo plazo. No sé si lo decía el señor Cofiño, las luces largas. Hay una parte que tiene que ver con las políticas sanitarias, y es que siempre han sido cortoplacistas, y hay otra parte de las políticas sanitarias que tiene que ver con que muchas de esas políticas, en general todas las que hace el Ministerio de Sanidad, pasan por debajo del radar. No son políticas que se puedan inaugurar, no ocupan titulares. Si mejoramos la atención primaria de nuestros pacientes, eso no ocupa titulares, no se inaugura. Si mejoramos la salud pública, si mejoramos la tasa de adicciones, todo eso pasa por debajo del radar. Desde este ministerio —y yo me comprometo personalmente— se van a llevar a cabo todas esas políticas que creo que se hacen de la mano del diálogo, que se hacen de la mano de la evidencia científica, que no inauguran, que no hacen titulares, pero que mejoran la salud de los españoles y las españolas.

Con respecto a los problemas de suministro de medicamentos, me han gustado mucho, por cierto, aquellos grupos que han hablado de cosas concretas, de las que podemos discutir y sobre las que nosotros podemos dar todo tipo de datos, no solo aquí sino *a posteriori*, para que podamos diagnosticar y buscar soluciones juntos.

Desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, desde la AEMPS, se publica con máxima transparencia respecto a los problemas de suministro en nuestro país. De acuerdo con el último informe, correspondiente al primer semestre de 2023, había un total de 32893 presentaciones de medicamentos, de las que un 4,6% sufrían problemas de suministro. Bien, la mayoría de estos problemas de suministro no tuvieron repercusión en tratamientos por una de estas dos causas: o eran de corta duración, o se disponía de una alternativa en el mercado con el mismo principio activo y la misma vía de administración. Bien, el porcentaje de presentaciones con problemas de suministro que tenían un impacto mayor —es decir, que no tienen otra alternativa disponible— es del 0,48%. En esos casos había varias opciones para resolver este problema: la importación de medicamentos extranjeros, la paralización de las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 39

exportaciones, la autorización de comercialización excepcional de un medicamento autorizado pero en otro idioma, o la autorización de fabricación excepcional. Además, la agencia solicita a los laboratorios de manera periódica información sobre el *stock*, la venta y las previsiones. Este es un problema, el de los suministros, y por eso en el marco del Consejo de la Unión Europea se ha llegado a una resolución para garantizar la autonomía estratégica, para no depender, como hemos visto durante la pandemia, de terceros y cuartos países y para que podamos tener no solamente un suministro asegurado, sino una producción y una investigación adecuada y proporcionada. Así que es todo transparente y se está trabajando. Es un problema a nivel europeo en el que se está trabajando también a nivel europeo, en el que creo que España y la AEMPS han jugado un papel fundamental y, además, un papel colaborador que nos tiene que encaminar a solucionarlo.

Con respecto a la huelga, les tengo que anunciar una noticia del sindicato de Melilla que hemos conocido hoy mismo. La actitud de este ministerio se va a mantener así siempre; siempre, siempre nos vamos a hacer cargo de dar solución a los problemas, en este caso a los problemas de los facultativos y del resto de profesionales, pero sobre todo a los problemas que puedan derivar en un problema de salud en las diferentes comunidades o ciudades autónomas. Ha habido una tregua de la huelga y nos hemos reunido, tanto con la consejera de Melilla como con la consejera de Ceuta, para ponernos a trabajar en soluciones que algunas de ellas ya están en camino, ya están de alguna manera consensuadas, y lo único que falta es darle una salida presupuestaria al tema de las plazas de difícil cobertura, efectivamente, y a los incentivos económicos.

Se ha hablado mucho —lo ha dicho también la señora Vázquez— sobre el problema que tenemos del abandono de la vocación. La semana pasada estuvieron los MIR, los BIR, los FIR, los PIR, los EIR presentándose al examen. A esta gente, que va a ser el futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud, le hemos exigido unas notas de corte para entrar en la facultad muy altas; una vocación previa para poder llegar a tener esas notas; una carrera larga, intensa y extenuante; una preparación de un examen como puede ser el MIR, y como el resto de las profesiones, también muy exigente, y ahora van a empezar —muchos de ellos ya han empezado— una formación, la formación en su especialidad. Cuando terminen todo ese recorrido, que efectivamente es de diez años —formar un profesional conlleva diez años, es una inversión de todo el país, y es un talento que no podemos perder—, no podemos ofrecerles contratos de meses, no podemos ofrecerles temporalidad, no podemos ofrecerles agendas de sesenta pacientes, no podemos ofrecerles burocracia, no podemos ofrecerles una serie de cuestiones que hacen que nuestra atención primaria cada vez sea más débil, y nos tenemos que poner a trabajar en todos esos aspectos, porque es un aspecto multifactorial.

En estos días que hemos propuesto la autojustificación de las enfermedades leves durante los primeros tres días, hemos recibido críticas sobre la improvisación y sobre la falta de aterrizaje de esta medida. Bueno, en esta medida se lleva trabajando más de diez años e, insisto, a los profesionales que dentro de unas semanas elijan la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria les tenemos que garantizar y asegurar que, cuando salgan, todos sus actos clínicos van a tener el valor que tiene un acto clínico de la relación entre un médico y un paciente, que no es la burocracia, que no es solucionarles la burocracia a los pacientes ni a los ciudadanos, es solucionarles sus problemas de salud. Entonces, de aquí al futuro, tenemos que ponernos a trabajar en muchas cosas que tienen que ver con las competencias de las enfermeras, también con los administrativos de atención primaria, con la vinculación de la población con la atención primaria. Porque hay una cosa que rompe la relación médico-paciente, que para los que somos profesionales es sagrada: una, tener a un profesional con malas condiciones laborales. Se ha dicho aquí, creo que lo ha dicho el señor Cofiño, hay que cuidar que trabajen bien, cómodos, a gusto, porque eso significará poder atender bien a sus pacientes. Y, dos, que los pacientes puedan recurrir a su médico de atención primaria, a su médico de toda la vida, en tiempo y forma. En el momento en el que tú le das una cita a un paciente dentro de una, dos o tres semanas has roto completamente esa relación, esa vinculación, esa accesibilidad a nuestro primer escalón.

Con respecto a la atención primaria, decía el señor García que hemos reciclado. Bueno, supongo que para usted reciclar será hablar de atención primaria; hablar de salud mental es reciclar. Hablar de profesionales para nosotros no es reciclar; para nosotros, es afrontar los problemas. Obviamente, se lleva hablando de esto no desde la legislatura pasada, se lleva hablando seguramente desde 1986, cuando se hizo la Ley General de Sanidad, para saber cuál es el modelo asistencial de nuestro Sistema Nacional de Salud. O sea, que sí vamos a seguir hablando de todas estas cosas que son nuestras prioridades.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 40

El problema con la atención primaria, que decía la portavoz del Partido Popular, con respecto a la estrategia de atención primaria y al plan de acción de atención primaria, sí que hay indicadores, sí que va a haber una evaluación de ese plan. Nos vamos a poner en marcha para hacer ese plan para el año 2024-2025, y lo vamos a hacer de la mano de las comunidades; vamos a empezar el próximo 9 de marzo en el Consejo Interterritorial. Queremos crear una comisión de atención primaria para darle la entidad y la importancia que tiene, y poca cosa más con respecto a atención primaria. Espero que podamos seguir trabajando de la mano.

A la señora Vaquero le digo que me ha gustado lo de: vaya entrada, se ha puesto usted una mascarilla. Sí, creo que la mascarilla es una medida básica. Creo que lo que tenemos que darle a nuestra ciudadanía es la confianza y la certeza de que hemos aprendido algo de la pandemia. Nosotros estamos a favor totalmente de la descentralización de las competencias. Lo voy a decir aquí una y mil veces, porque creo que son solamente las comunidades las que pueden hacer un buen diagnóstico veraz de lo que pasa en su región, de cuáles son las políticas que han funcionado, las que no han funcionado, de cuáles son sus determinantes sociales, de cuáles son sus determinantes económicos y de todo aquello que afecta a la salud de su población. Así que nosotros estamos, por supuesto, a favor de la descentralización de las competencias, pero también queremos asumir las competencias del Ministerio de Sanidad, que es velar por la salud de todos y de cada uno de los españoles y españolas, vivan donde vivan y estén donde estén.

La mascarilla no es porque lo digo yo. La mascarilla es porque lo dice la evidencia científica, porque es una manera de contener una propagación de un virus. Insisto, creo que es el mínimo; es el paracetamol cuando un paciente tiene 40 ° de fiebre, es lo mínimo. No estamos hablando de antibióticos de amplio espectro, no estamos hablando de terapias excesivamente invasivas. Estamos hablando de un mínimo imprescindible para dos cosas: por un lado, contener una epidemia de gripe a la que no nos podemos acostumbrar. Mi sensación, después de los cuatro Consejos Interterritoriales que hemos tenido, es que la falta de diálogo no se acompaña con cuatro consejos interterritoriales que hemos tenido, que, excepto en momentos de la pandemia, creo que no ha habido ningún ministerio que haya tenido tantos consejos interterritoriales; el último, antes de que subiera el pico de la gripe el 21 de diciembre, y el siguiente fue convocado el 4 de enero. Por supuesto, con respeto absoluto a las competencias, pero, insisto, el respeto también a la competencia de velar no solamente por la salud de todos y cada uno de los españoles, y de dar también una cobertura legal a las seis comunidades autónomas que ya habían hecho obligatoria la mascarilla, sino también para velar por la protección de nuestros profesionales, porque a nosotros también nos han llegado conflictos dentro de los propios centros sanitarios que, al final, acaban pagando nuestros propios profesionales.

Así que nosotros decimos que en aquello que no tenemos competencias, estamos encantados de que estén descentralizadas, sí tenemos incumbencia en todo lo que tenga que ver con proteger la salud, sobre todo en una epidemia de la gripe, que es anual y que este año ha sido en el rango alto, muy parecida a las que teníamos antes de la pandemia, lo cual significa que tenemos que aplicarnos más las enseñanzas de la pandemia, por lo que vamos a seguir ejerciendo esta competencia. Lo cual implica que, a partir de ya, nos ponemos a disposición de las comunidades autónomas —así lo dijimos en ese consejo interterritorial— para empezar a trabajar ya sobre los planes de invierno del año que viene, porque cuando se trabaja en los planes de invierno es en el verano; y también nos pondremos a trabajar ya en los planes de verano de este año, que también sabemos que es un momento en el que nuestro Sistema Nacional de Salud se tensa por los bajos recursos o por la infradotación de recursos de nuestro Sistema Nacional de Salud. Pero no nos vamos a acostumbrar nunca a que la gripe y los virus, que sabemos que tanto el virus sincitial respiratorio que viene en noviembre y diciembre como los que vienen después, que es la gripe y, ahora, la COVID-19, tensionen nuestro sistema sanitario hasta el punto de volver a debilitarlo.

Transparencia. Estamos completamente comprometidos en dar transparencia en el precio y en el acceso a los medicamentos. Es un reto y una prioridad para nosotros incrementar los criterios de interés público en la financiación de los medicamentos, y vamos a avanzar hacia un modelo de fijación de precios que incentive la innovación, mientras también se refuerza la sostenibilidad.

Señora Calvo, insisto, somos unos estudiosos del sistema sanitario y sabemos que Cataluña tiene un sistema que es más parecido al sistema Bismarck que al que tenemos en el resto de España, que es un sistema Beveridge. Partimos de una historia y de un contexto diferentes, por supuesto, pero tenemos muchos problemas compartidos y creemos que se tienen que afrontar con recursos compartidos. Se ha puesto aquí el ejemplo de la vacunación y creo que es un ejemplo de éxito, de cómo podemos y debemos funcionar. Gestión directa es gestión directa, lo cual no significa que, obviamente, en el histórico de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 41

algunas comunidades haya otro tipo de gestiones. Nadie quiere arrinconar al sistema catalán, es más, aprendemos mucho de él. Por ejemplo, en salud digital se ha hecho un modelo compartido entre las diferentes comunidades, en el cual algunos de los elementos y de las herramientas de esta salud digital los han desarrollado cada una de las comunidades. En el caso de Cataluña, es el desarrollador de *software* de la red Únicas, que luego el resto de comunidades van a aplicar y desarrollar. Esto ha sido así en todos y cada uno de los pasos que se han ido llevando en salud digital, así que, sí, aprendemos de las comunidades —lo que se llama *benchmarking*— y aprendemos de otros países; aprendamos entre todos y veamos cuáles son las mejores políticas que hay que llevar a cabo para asegurar las mejores vidas.

En cuanto al pacto de Estado para la salud mental, vuelvo a insistir en que la salud mental no es un problema solamente sanitario, es un problema social y económico, que tiene múltiples vertientes y tenemos que afrontarlas todas. Creo que es mejor afrontarlas todas juntas a que cada uno lo haga por su cuenta, porque al final, como nos ha enseñado la pandemia, juntos tomamos mejores decisiones que aislados.

Con respecto a las competencias, me he apuntado una frase y no sé exactamente el contexto. Cataluña tiene competencias para acreditar plazas, todas las comunidades tienen competencias para acreditar plazas siempre que esas plazas para los profesionales vayan de la mano de la calidad de la formación de los mismos.

Para nosotros es una referencia el centro de terapias avanzadas. No solamente tomamos buena nota, sino que es una de las herramientas en las que tenemos lo que vamos a llamar colaboración público-privada. Es un término que está bastante manido y pervertido, pero confiamos en que las instituciones públicas puedan hacer de catalizador y de emprendedor en muchas de las innovaciones, desarrollos e investigaciones que acaben al final en unos tratamientos como pueden ser estas terapias avanzadas, que devuelvan ese impulso y esa inversión pública que se ha hecho. Estamos trabajando en ello.

En este sentido va también lo que se hablaba de la empresa pública de farmacia. Desde el año 2022, el Ministerio de Sanidad está colaborando con el Ministerio de Ciencia y con el Ministerio de Industria en el desarrollo del Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica. Esto está dentro del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, con la reforma 5 del componente 18, y tiene que ver con el fomento de un ecosistema de investigación farmacológica, el reposicionamiento de medicamentos antiguos y el descubrimiento de nuevos antibióticos, la contribución a la creación de empleo cualificado, el fortalecimiento de una cadena de producción y suministro que sea robusta y resiliente, que sea flexible y que podamos utilizar en momentos de crisis, y la convergencia con el Pacto Verde Europeo. Creo que se puede aprovechar la capacidad industrial farmacéutica que ya existe en nuestro país, por supuesto, y tratar de que el papel público sea un papel incentivador, un papel motor en la investigación básica y que luego tenga una repercusión en el interés social.

Reconocemos, cómo no, el papel de la enfermería. Creo que todos los que estamos en el ministerio reconocemos el papel multiplicador que tienen los equipos multidisciplinares, y vamos a poner especial énfasis también en reconocer y aumentar las capacidades. Creo que tenemos una enfermería maravillosa, excelentemente formada, que puede hacerse cargo de más cosas. También creo que tenemos que regular toda la recatalogación de todas las categorías, también del sector de la enfermería, así como la especialización. Creo que tenemos que sentarnos, poner en el mapa las diferentes especialidades, las diferentes áreas de competencias, los diferentes diplomas y volver a reevaluar, de alguna manera, qué cosas son las que han funcionado, las que no han funcionado y cuáles son aquellas categorías que se han quedado sin respuesta a la evolución de su propia profesionalización.

Hablaba de las adicciones. Tenemos varias encuestas del Ministerio de Sanidad, como ESTUDES o EDADES. ESTUDES habla del alcohol y de las sustancias psicoactivas. En el caso del alcohol como la sustancia psicoactiva más consumida, hay diferentes indicadores que dicen que ha aumentado el consumo, en el último año, un 2% respecto de 2021 y un 3% en el último mes. Creo que esto lo tenemos que atajar no solamente con una ley, sino también con una concienciación colectiva. Pero también habla del tabaco, del cannabis y de los hiposedantes. Casi se ha duplicado el consumo de hiposedantes, pasando de un 7,7% a un 19% en los últimos 40 años en la población de 14 a 18 años, y esto es un problema, somos el país que más hiposedantes consume de toda Europa. Así que tenemos que hablar de la salud mental no solamente desde el punto de vista clínico, sino también desde todos los otros puntos de vista.

Nos hacemos cargo de los pacientes que han sufrido los efectos de la talidomida, por supuesto, y aquí hay que manifestar que la parte sanitaria compete al Ministerio de Sanidad. Luego hay una parte, que es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 42

la parte social, la parte de las ayudas sociales, que es competencia del Ministerio de Derechos Sociales, y hay otra parte que tiene que ver con la competencia que tenemos como sociedad, de cómo cuidamos a todos aquellos pacientes que necesitan de la ayuda colectiva, y aquí se puede hablar de muchos colectivos de pacientes.

Al señor Sánchez creo que ya le he contestado con la empresa pública de farmacia. Ha hecho una intervención con respecto a la incidencia que ha tenido y a la evidencia científica que hay sobre la privatización de la sanidad, y la incidencia que ha tenido en la mortalidad, en la baja calidad asistencial. Si el señor García, cuando habla de colaboración público-privada se refiere al modelo Alzira, ya le digo que ese es un modelo que ha demostrado, en este país y en otros países, que empeora todos los indicadores de salud, con lo cual eso para nosotros no es colaboración público-privada.

Y con respecto a las plazas de difícil cobertura, ya está sobre la mesa el tema del incremento de los incentivos económicos.

Comparto lo que dice el señor Cofiño. Yo era admiradora del señor Cofiño en toda su gestión de la pandemia y en toda su labor al frente de la salud pública, así que mi mayor agradecimiento a todos los profesionales de la salud pública. Antes de la pandemia, ya veníamos hablando de cómo afectaba el debilitamiento de la concepción de la salud pública de nuestro sistema sanitario, pero después de la pandemia ya es indudable. Nos hemos puesto a trabajar en ello y, de hecho, fruto de eso va a ser la agencia de salud pública. Comparto la visión salutogénica y también la huida de esa visión catastrofista. A una sesión clínica nadie viene diciendo: esto es una catástrofe, esto es algo que no se puede solucionar. Hay cosas que se pueden solucionar y otras que intentaremos solucionar, y con esa voluntad vamos a seguir trabajando.

La ley de universalidad es una prioridad para este ministerio y para este Gobierno. Ya cuando se materializó la exclusión sanitaria, el Consejo de Europa decía que la crisis no podía servir como pretexto para negar el acceso. En ese momento, a los profesionales se nos obligó a no cumplir nuestro código deontológico y yo creo que es hora de devolver el código deontológico a los profesionales para que puedan asistir a todos los pacientes. Médicos del Mundo habla de que en los primeros meses del 2023 había 9000 personas en este país en el siglo XXI, en el año 2023, que se han quedado fuera. Entre ellos, se denegó la asistencia a 186 menores, 85 mujeres embarazadas y 202 casos de urgencias. Esto es inadmisiblemente, es ineficiente, es cruel, y lo vamos a revertir.

Poder, prestigio y presupuesto para nuestros profesionales, por supuesto, y todo lo que nos ha enseñado la pandemia, que no solamente nos enseñó las costuras de nuestro Sistema Nacional de Salud, sino que nos ha dado todas las enseñanzas sobre nuestras vulnerabilidades, que tenemos que poner en práctica. El camino está hecho. La pandemia nos puso en camino y ahora solamente hay que andar por encima de él.

Los avances sociales —hablaba la señora Castilla de ellos— siempre se han dado de la mano de gobiernos progresistas, esto es así. Es más, luego no ha habido manera de rectificar muchos de esos avances sociales. ¿Por qué? Porque son avances sociales. Este Gobierno progresista de coalición va a avanzar y este ministerio va a seguir avanzando. Vamos a seguir avanzando de la mano de la evidencia científica, vamos a seguir avanzando teniendo en cuenta el daño que hacen las desigualdades sobre nuestra sociedad y sobre la salud de nuestra población. Vamos a seguir avanzando en todo aquello que nos enorgullece como sociedad, como es nuestro Sistema Nacional de Salud. Creo que no hay nada que nos una tanto como el orgullo de tener un Sistema Nacional de Salud de las características que tiene. Pero, ojo, porque hay muchas partes de este sistema de salud que se nos están yendo entre los dedos, y estoy segura de que entre todos vamos a poder poner fin por lo menos a este desagüe de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Ha mencionado la temporalidad, se han puesto medidas para la temporalidad. Son medidas que se tienen que poner entre el ministerio y las comunidades autónomas, por supuesto. Y yo me querría detener en un término, la longitudinalidad, que es este capricho que tenemos los pacientes de querer ver siempre al mismo médico. Además, aquí detrás, fíjense, hay también evidencia científica que dice que la longitudinalidad, cuando tú tienes a un mismo médico durante quince años, hace disminuir los ingresos hospitalarios; también disminuyen las urgencias, disminuye la mortalidad y aumenta la prevención. Es un chollo. Así que trabajemos para que la longitudinalidad, que no es otra cosa que tener un médico o una médica, si no es para toda la vida, para el mayor tiempo posible, sea real y efectiva, para que las vocaciones no se vean perdidas y que los pacientes se vean atendidos siempre con el valor de la longitudinalidad.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 43

También ha hecho referencia la señora Castilla al Plan MINAP y al Plan INVEAT, yo creo que tenemos que sacar pecho en nuestro país de ambos. Los fondos europeos se han intentado aprovechar al máximo, se han descentralizado y se han repartido por las comunidades. En concreto, en el Plan INVEAT se han invertido 800 millones de euros, que han dado sus frutos en más de ochocientas máquinas de alta tecnología: escáneres, PET TAC, angiógrafos, salas de hemodinámica, etcétera, que se han repartido por población: 140 a la Comunidad de Madrid; 137 a la de Andalucía, etcétera. Se ha repartido a cada una de las comunidades para mejorar, entre otras cosas, la obsolescencia que teníamos de nuestra alta tecnología. Esto es un orgullo y es un éxito de todos y de todas. Aquellos que votaron en contra de los fondos europeos también se han visto atendidos por el Gobierno. El Plan MINAP también ha sido y será fundamental para poder mejorar las infraestructuras de nuestra atención primaria.

Con respecto a las listas de espera, que creo que lo he mencionado, tenemos un real decreto del año 2003. Si no somos capaces de diagnosticar, no somos capaces de tratar. Debemos ser capaces de adaptar los recursos digitales que tenemos para ver no solamente cómo está la lista de espera en una foto fija, sino cuál ha sido la trazabilidad desde que un paciente tiene algún problema de salud hasta que se le resuelve ese problema, ¿cuánto pasa? ¿Cuánto pasa hasta que le hacen una prueba diagnóstica? ¿Qué influencia tiene que esa prueba diagnóstica se retrase o no se retrase? ¿Cuánto pasa hasta que le ve un especialista? ¿Cuánto pasa hasta que vuelve a ver ese especialista para ver esa prueba diagnóstica? ¿Cuánto pasa hasta que ese paciente es intervenido? Yo creo que tenemos que actualizar ese real decreto para poner transparencia y trazabilidad; nada más. Por supuesto, las competencias son de las comunidades autónomas. Los datos nos sirven a todos para, insisto, hacer prácticas de mejora en todas las comunidades y poner al paciente en el centro para poder seguir avanzando.

Termino ya, creo que me he dejado muchas cosas, pero, insisto, esto es solamente el principio de diálogo y de la reflexión, así que espero haber contestado a casi todo y, si no, lo haré ahora en el turno de réplica.

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

Vamos a abrir un breve turno de intervención de tres minutos.

Empezamos por el Grupo VOX. El señor García tiene la palabra.

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

Señora ministra, hay un poquito de clasismo en su discurso de con quién puede hablar o no. Algunos portavoces llevamos cuatro años como portavoces, desde la pandemia.

Mire, vacaciones o no, usted no dio señales de vida hasta prácticamente después de las vacaciones, cuando estábamos en el pico de la pandemia, y Europa avisó a principios de diciembre. Entonces no se enfade usted.

Yo coincido hoy en algo con usted, en lanzar un mensaje positivo: el Gobierno de Sánchez es malo para la salud de los españoles, y estamos de acuerdo, porque usted ha mostrado preocupación por la vivienda, que está fatal; preocupación por el paro, somos líderes en Europa; preocupación de la cuenta corriente, los españoles no pueden ahorrar: 750 000 hogares que no pueden comprar ni siquiera los alimentos básicos, y, luego, la conciliación familiar. Mal, mal, mal, mal y cinco veces mal. Con ese diagnóstico, doctora, cualquier médico nos recomendaría que dejáramos el sanchismo, porque nos va la vida en ello.

Y, señora ministra, céntrese, por favor; céntrese. Comisión de Sanidad. Ha nombrado usted más veces vivienda que otras palabras como hospitales o farmacias. La Comisión de Vivienda fue ayer, señora ministra. No ha hecho ni una sola mención al personal de farmacia. Ni una sola mención, con el papel tan importante que tiene en el día a día en la atención a los ciudadanos y con el papel fundamental que tuvo durante la pandemia. No tienen ustedes ningún plan para que, de una vez por todas, el personal de farmacia sea reconocido como se ve. Tampoco ha tenido usted un reconocimiento para los técnicos de emergencia sanitaria. Esos chavales, muchas veces muy jóvenes, que acababan de obtener ese título y de encontrar trabajo, y que se dedicaron durante la pandemia, sin medios, a trasladar a los centros hospitalarios a las personas que lo necesitaban. Y tampoco ha hablado —sí que ha dicho que por fin van a reconocer la especialidad de emergencia— de cómo están actualmente los sistemas SAMUR en muchísimas comunidades, y es muy importante retomarlos, porque las enfermeras no pueden hacer el trabajo de los médicos.

Mire, me preocupa mucho que usted hable ahora de la marihuana, pero bueno, está en SUMAR, viene con Compromís, los que prometen el 'chemsex'. Si a los jóvenes les decimos que hagan un uso relativo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 44

de las drogas, luego no sabe usted por qué aumentan los índices de consumo. ¡Si lo están provocando ustedes, si ustedes son los que están haciendo campañas; pregunte a sus socios de Compromís!

Plan antisuicidio. Ha dicho usted que se va a reunir con Juventud, con Justicia y con Educación; no ha nombrado Igualdad, ¿sabe por qué? Porque, por desgracia, tres de cada cuatro suicidas son hombres, por eso usted no ha nombrado el Ministerio de Igualdad, porque no es el Ministerio de Igualdad, es el ministerio de desigualdad. Y tampoco ha nombrado al Ministerio del Interior, ¿sabe por qué? Porque las dos profesiones que más suicidios acumulan son la Guardia Civil, un 16 %, y la Policía Nacional, un 15 %. Sería muy interesante que metiese a Interior y, sobre todo, que metiese al Ministerio de Igualdad si de verdad es el Ministerio de Igualdad y no de desigualdad.

Mire, no es el modelo Alzira, es que cuando hace falta, ustedes acuden a la privada para vaciar las listas de espera. Como ya le he nombrado, por ejemplo, la Comunidad Valenciana, con el señor Ximo Puig, con más de un 600 %. Se llama hipocresía. Se llama que, cuando hace falta, la sanidad privada está ahí para ayudar a todos, porque están al servicio y son profesionales como usted, que están para servir a los ciudadanos.

Y, señora ministra, no podemos ser el hospital del mundo. Hay que atender las urgencias vitales. Hay que estar en la primera urgencia, pero no podemos hacer un efecto llamada, porque, lamentablemente, no podemos ser el hospital de todos cuando ni siquiera podemos garantizar la sanidad para los españoles.

Termino, señor presidente, con una frase para la ministra. Sun Tzu decía que si tu oponente es colérico, intenta irritarle, y, si es arrogante, trata de fomentar su egoísmo. Hoy con usted, señora ministra, con una sola frase se lo hemos sacado completamente.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Gracias, señor García.

Tiene la palabra la señora Vázquez Jiménez, por el Grupo Popular.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Le agradezco que haya querido venir a la Comisión a explicar su proyecto y le agradezco todas las aportaciones y todas las respuestas que ha dado.

Nosotros no teníamos previsto que nos agruparan todas las peticiones de comparecencia y no poder hablar más tranquilamente de cada tema, aunque es verdad que es muy difícil que se pueda dar respuesta a todo, además con todos los grupos hablando cada uno de sus preocupaciones. Por tanto, le voy a proponer que comparezca en otras comisiones a petición nuestra para debatir cada tema.

Voy a intentar ser muy breve, pero sí quiero decirle una cosa a la señora Castilla y a usted, con todo el respeto. He visto que no solamente se presume de acercar los tratamientos a los pacientes, que me parece bien, sino que incluso en el programa electoral hablan de la protonterapia. Esos 200 millones son solo de la instalación y la obra que requiere la protonterapia, porque los aparatos los ha pagado la Fundación Amancio Ortega, por lo que todo ese dinero no es público.

Vayamos a la otra cuestión que ha sacado. Voy a utilizar los datos del Ministerio de Sanidad, los datos del barómetro sanitario, que se lleva haciendo desde el año 1993. En el barómetro sanitario se menciona que un 55,6 % de la población encuestada tiene una valoración positiva del sistema sanitario de España. Esto supone una caída de 20 puntos con respecto a años previos, y es un dato relevante, porque, si vemos el histórico del barómetro, entre el año 2015 y el 2018 la valoración positiva subió 5 puntos y entre el 2019 y el 2023 ha caído 20 puntos. Entonces, ¿dónde ubicamos los recortes? Porque la percepción de la sanidad no se ve afectada por esa situación. También ha mencionado las encuestas mensuales del CIS, que nosotros compartimos. La población sitúa la sanidad como el segundo problema. Es decir, algo se está percibiendo, pese a los esfuerzos. No negamos que todo el mundo tiene puesto su interés en que mejore, pero algo está fallando cuando es esa la percepción.

Es verdad que la situación era mala, porque se debían 16000 millones a las farmacias y las arcas estaban vacías. Había que dar una respuesta. Es verdad que no se pueden comparar unas crisis con otras, aunque todas afecten a la población y todas sean crisis económicas, pues la crisis por la pandemia de la COVID tuvo una naturaleza y, al final, acabó afectando a la economía y las crisis anteriores por otras circunstancias también, aunque creo que en el 2008 el Gobierno era de Zapatero, si no recuerdo mal.

Solamente quiero decirle que el Partido Popular lo único que desea es trabajar para mejorar la situación de todas las personas, porque a eso es a lo que nos hemos comprometido. Nosotros vamos a tratar de ser todo lo constructivos posible con el ministerio y con todos los demás grupos, porque esta Comisión así lo permite.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 45

Quiero darle las gracias a usted —ya se las he dado— y a todos los compañeros por sus aportaciones, más o menos constructivas, pero aportaciones todas en el seno de esta Comisión.

Sin nada más, muchas gracias.

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

A continuación, tiene la palabra por el Grupo Vasco la señora Vaquero.

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

Le pido, ministra, que no desvíe el debate hacia las mascarillas, porque no he citado la palabra en ningún momento de la intervención, y lo he hecho de manera consciente, porque para nosotros esa no es la queja. La queja son los modos que ha usado usted y la forma no colaborativa, saltándose la gobernanza o la cogobernanza, palabra que a mí no me gusta tanto, para imponer una decisión de su ministerio. Le he dicho las causas y le puedo hacer el relato; ahí está la hemeroteca. Y no es únicamente una comunidad gobernada por el Partido Nacionalista Vasco la que ha hecho la queja, es decir, no es una queja ideológica, es una queja formal, una queja de cómo usted está llevando a cabo la gobernanza. Casi hablaría de educación.

No me ha contestado a las otras preguntas, pero, bueno, ya tendremos tiempo para ir hablando de lo que quieren los pacientes de cáncer o de lo que son los organismos notificadores, porque se están creando o se pueden crear cuellos de botella en algunos productos sanitarios de gran necesidad. Le repito que nuestro grupo está a favor de una sanidad universal, pública y de calidad. Recurriendo a eso y al respeto al marco competencial nos encontrará colaborando con su ministerio, pero de otra manera.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por Junts per Catalunya, la señora Calvo.

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

Senyora ministra, ha fet vostè una declaració d'amor. En el seu discurs, ha fet una declaració d'amor, perquè ha dit: «M'enamora el sistema espanyol de salut». A Junts ens estimem el sistema sanitari català. La fase de l' enamorament, podríem dir que la vam passar ja fa temps, i que ara l'estimem profundament. I és per això que li demanem que tingui cura d'aquest sistema, ho tornem a dir. Que les receptes que vol estendre, com a doctora que és, no ens posin més malalts a Catalunya.

Ha dit: «Hi ha competències, incumbències, però el Ministeri ha de vetllar per la salut de tots els ciutadans». Però també ha dit: «Estic a favor de la descentralització de les competències». Clar, davant d'aquestes dues premisses, la nostra preocupació, i vostè ho entendre, és saber allà on posaran la línia que, diguem-ne, marca un discurs o marca l'altre, que separa una premissa de l'altra. Perquè jo li he demanat, per exemple, que aclarís què vol dir quan parla de gestió directa, perquè vostè ha parlat d'un projecte de llei per garantir la gestió directa del sistema públic de salut. I ens ha contestat: «Gestió directa és gestió directa». És a dir, és una resposta que a mi personalment no m'ha tranquil·litzat, malgrat que també ha reconegut vostè que el sistema sanitari català té una singularitat, i entenc que respectaran aquesta singularitat, aquesta manera diferent de fer.

Això és el que el que ens preocupa, és la nostra línia vermella. Ja li hem dit que, si no ens toquen el sistema sanitari català, col·laboració; si ens el toquen, ni un vot. Ha qüestionat, o m'ha semblat a mi que ha qüestionat, la dada de mil medicaments, pràcticament, que no hi ha a l'Estat espanyol, de falta d'estoc, però no ha contestat si és o no un problema nascut, originat, també en el fet que jo li comentava: que és un dels tres països que pitjor paga, que pitjor preu paga, pels medicaments, i que també té relació amb el problema de les oficines de farmàcia, que també ha quedat pendent de resposta.

Tampoc ha contestat a... Ho dic a tall..., o sigui, si no pot fer-ho avui, doncs ja més endavant, però sí que voldria tenir resposta a això. Tampoc ha contestat si hi haurà un reconeixement de l'especialitat de medicina esportiva o si té previst fer alguna cosa per demanar la rebaixa de l'IVA a l'esport, ja que l'esport, ho torno a dir, és salut. I acabo molt ràpidament.

La companya d'Esquerra ha fet referència a un tema que jo havia deixat també per a la rèplica, que és el de les persones afectades de talidomida. Sé que és un tema que depèn d'Hisenda. Han de pagar un IRPF del 47 %, d'una subvenció que han trigat dècades a cobrar per una mala praxi de l'Estat espanyol, que va permetre fa molts anys, fa dècades, la comercialització d'una medicació que, quan les dones gestants la prenien, els fills podien tenir problemes. Jo crec que la resposta que ha fet l'Estat espanyol de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 46

pagar-los amb la mà dreta i cobrar-los amb la mà esquerra està lluny d'una resposta ètica, després de tot el que han passat aquestes persones afectades per la talidomida des del temps de Franco.

Hi ha un altre problema, respecte d'això. Hi ha afectats per la talidomida als quals els ha passat el termini, acabava el 5 d'octubre, per demanar aquest reconeixement com a afectats, i que s'han trobat que l'Institut Carlos III, que sembla ser que és l'únic que pot certificar aquesta afectació, no els hi ha acceptat. No els han certificat, per dir-ho d'alguna manera. Afectats que sí que han aconseguit aquest reconeixement per part d'altres centres mèdics. Què pensen fer al respecte? Gràcies.

Gracias, presidente.

Señora ministra, ha hecho usted una declaración de amor con su discurso. Una declaración de amor, porque hablaba del sistema español de salud, y en Junts queremos el sistema sanitario catalán. Digamos que la fase de enamoramiento ya la pasamos y ahora le queremos mucho. Por eso le pedimos que cure, que tenga cuidado, que sus recetas, como doctora que es, no ponga más enfermos en Cataluña.

Decía que el ministerio tiene que velar por la salud de todos los ciudadanos, pero también he dicho que estoy a favor de la descentralización de las competencias. Nuestra preocupación ante esta premisa, y lo entenderá, es saber dónde van a trazar la línea que va a marcar un discurso u otro o que separa una premisa de la otra. Porque yo le he pedido, por ejemplo, que aclarase qué quiere decir cuando habla de gestión directa, puesto que ha hablado de un proyecto de ley para garantizar la gestión directa del sistema de salud, y ha respondido: gestión directa es gestión directa. Es decir, es una respuesta que personalmente no me ha tranquilizado, a pesar de que también ha reconocido usted que el sistema sanitario catalán tiene una singularidad, y entiendo que va a respetar esta forma distinta de hacer. Esto es lo que nos preocupa, es nuestra línea roja. Como hemos dicho, si no tocan el sistema sanitario catalán, colaboración; si nos lo tocan, ni una.

Me ha parecido que también ha cuestionado el dato de mil medicamentos que no está en el Estado español por falta de stock, pero no ha respondido si se trata de un problema originado en el hecho que yo apuntaba, que es uno de los tres países que menos precio paga por los medicamentos, y que tiene relación también con el problema de las oficinas de farmacia, que también ha quedado pendiente de respuesta. Tampoco ha respondido a un detalle. Si no lo puede hacer hoy, más adelante, pero me gustaría tener respuesta. No ha respondido a si hay un reconocimiento de la especialidad de medicina deportiva o si tiene previsto algo para rebajar el IVA en el deporte, porque el deporte es salud.

Termino muy rápidamente. La compañera de Esquerra ha hecho referencia a un tema que yo también había dejado para la réplica, a saber, el de las personas afectadas por la talidomida. Sé que depende de Hacienda, tienen que pagar un IRPF del 47% de una subvención que han tardado décadas en cobrar por una mala praxis del Estado español que permitió hace muchos años la comercialización de unos medicamentos que, cuando se dan a gestantes, los hijos podían tener problemas. Yo creo francamente que la respuesta que ha dado el Estado español de pagar con la mano derecha y cobrar con la mano izquierda está lejos de una respuesta ética, después de todo lo que han pasado estas personas afectadas por la talidomida desde los tiempos de Franco.

Hay otro problema al respecto de este punto. Hay personas afectadas por la talidomida a las que se les ha pasado el plazo, que finalizaba el 5 de octubre, para pedir este reconocimiento como afectados y se han encontrado con que el Instituto Carlos III, que, al parecer, es el único que puede certificar esta afectación, no les ha aceptado o certificado, por así decirlo. Son afectados que sí han conseguido reconocimiento por parte de otros centros médicos. ¿Qué piensa hacer al respecto?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Calvo.

Señora Granollers, por el Grupo Republicano, si es tan amable.

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Sí, gracias presidente.

Bé, ministre, em sumo també a la... Potser no s'ha interpretat prou bé el que havia dit de la talidomida, perquè entenem que potser no és d'aquest Ministeri, però el ministeri al qual competeix és el Ministeri d'Hisenda, perquè retirin o posin al llistat a l'article 7 de les rendes exemptes i que és molt necessari que creiem que en tot cas el Ministeri de Sanitat, a part d'ampliar aquesta data a l'hospital, tal com ha dit la meva companya, s'ha de ficar aquesta excepció fiscal amb aquesta gent, que prou els hi ha costat.

I també, parlant de fiscalitat, hi ha dos temes que no he tingut temps de fer abans. L'un és la fiscalitat saludable i l'altre és sobre la regulació del cànnabis. Sobre la fiscalitat saludable, nosaltres sí que creiem

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 47

que, per equilibrar situacions de greuge cap a les persones que el pateixen, cal que s'avanci en l'aplicació d'un IVA permanent reduït per a tots aquells productes de salut alimentària. No obstant això, cal reconèixer que durant el 2023 a una de les mesures de la reducció de l'IVA als productes de primera necessitat també s'hi van incorporar els productes sense gluten, perquè el que no pot ser és que ser intolerant al gluten faci que la teva vida sigui molt més cara. Doncs amb això també l'animem que puguem continuar amb aquesta fiscalitat saludable.

I sobre el cànnabis, esperem que no sigui una regulació que només quedi en mans de les grans farmacèutiques. Hi ha d'haver un gran debat sobre aquesta regularització, perquè s'ha de regular tot l'apartat que fa referència també als clubs cannàbics, perquè, si no, crearem una inseguretats jurídica que ens anirà molt en contra. Ja sabem que no tot això correspon al seu Ministeri. Des del nostre grup, i en aquest cas la companya Marta Rosique, la legislatura passada ja va presentar un projecte de llei d'una regulació integral del cànnabis que nosaltres creiem que hem d'anar cap aquí, perquè fer-ho només al terapèutic ho deixarà coix i insuficient. I aquest aspecte comporta molts dels principals problemes de criminalitat que tenim ara amb la venda de cànnabis. Per tant, l'animem, doncs, que puguem recuperar aquest projecte i que puguem continuar parlant. Gràcies.

Gracias, presidente.

Señora ministra, quizá no se haya interpretado bien lo que he dicho sobre la talidomida. Entendemos que quizá no sea este ministerio, el ministerio competente es el Ministerio de Hacienda para que se retire o se ponga en el listado el artículo 7 de las rentas exentas, y es muy necesario. Creemos que el Ministerio de Sanidad, aparte de ampliar estos datos en los hospitales —como ha dicho mi compañera—, tiene que introducir esta exención fiscal para estas personas a las que ya les ha costado mucho.

Hablando de fiscalidad, hay dos temas que no he tenido tiempo de citar. Uno es la fiscalidad saludable y otro es la regulación del cánnabis. Sobre la fiscalidad saludable nosotros sí creemos que, con estas situaciones de desventaja hacia las personas que lo sufren, tenemos que tener un IVA permanente reducido para estos productos de salud alimentaria. No obstante, hay que reconocer que en 2023 una de las medidas de reducción de IVA a los productos de primera necesidad también incorporó a los productos sin gluten. Porque no puede ser que ser intolerante al gluten haga que tu vida sea mucho más cara. Y en eso también la animamos a que podamos seguir con esta fiscalidad saludable. En cuanto al cánnabis, esperemos que no sea una regulación que quede solo en manos de las grandes farmacéuticas. Tiene que haber un gran debate sobre esta regularización, porque hay que regular todo el apartado referente a los clubes cannábicos; si no, vamos a crear inseguridad jurídica y eso irá en nuestra contra. Sabemos que no todo eso corresponde a su ministerio y, desde nuestro grupo, como la compañera Marta Rosell en la última legislatura, propuso o presentó un proyecto de ley para la regulación íntegra del cánnabis. Creemos que tenemos que ir hacia ahí, porque si solo lo dejamos en uso terapéutico quedará cojo e insuficiente, y este aspecto conlleva muchos problemas de criminalidad que tenemos ahora con la venta de cánnabis. Le animamos, por lo tanto, a que podamos recuperar este proyecto y que podamos seguir hablando.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Granollers.
Por SUMAR, el señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Luces largas, como contábamos antes. La importancia de esta Comisión está en desanudar los nudos que necesitamos y trabajar con el mayor interés por el bien común, evitando colgarnos medallas a veces para que siga su tramitación política y hacer las cosas lo mejor posible.

Me gustaría cerrar esa parte también con una imagen clara. Hablamos del tema de la innovación farmacológica y de la medicina personalizada y de precisión, que es algo que está muy en boga ahora mismo. Como digo, quisiera cerrar con una imagen que creo que es clave para entender el sistema sanitario que queremos, esa medicina personalizada y de precisión, que ya se ha inventado desde hace muchos años.

A una médica de familia y a una enfermera de familia comunitaria les llega un aviso domiciliario a última hora de la mañana, después de estar toda la mañana bastante atareadas. Como llevan más de catorce años conociendo a su gente, paseando por el barrio —lo señala muy bien ese estudio noruego para la mejora de la mortalidad— pueden identificar y empezar a auscultar cuáles son las condiciones del barrio, cómo está la gente que se reúne en los parques, quién está en los parques ahora y quién no está

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 48

en los parques, qué perfil de chavales está en los parques, dónde están las personas mayores, qué pasa con las tiendas del barrio. Eso lo conocen perfectamente. Llegan a la casa, llaman al domicilio. Entran en el portal y ya notan que hay poco olor a comida. Antes había más olor a comida en las casas y, ahora, por diferentes factores, porque la gente se pasa el día fuera de casa o porque, quizás, haya dos o tres pisos que son apartamentos turísticos y ya no viene nadie, no cocina nadie. Mientras ven todo esto, están pensando en el domicilio que van a visitar, que es el de una persona mayor, de setenta y cuatro años, con varias patologías y una insuficiencia cardiaca que se ha descompensado. La médica de familia y la enfermera van pensando, mientras hacen ese análisis del contexto social, cuáles son los mejores tratamientos disponibles, qué fármacos para su insuficiencia cardiaca tiene que tomar, si hay que cambiar el antidiabético o no hay que cambiarlo, si sería necesario derivarlo. Entran en casa y saludan a la hija. Saben que la hija es la cuidadora de su madre y que cuida también a sus hijos, a los nietos. Está muy cansada desde las últimas visitas domiciliarias. Le preguntan también cómo está ella y por la pensión no contributiva de la madre. Tiene dificultades para cuidar la vivienda. La médica de familia, mientras empieza a auscultarla, mira la cama. De la cama se puede caer. Pregunta si tiene dificultad para levantarse por la noche al baño, si necesita pañales o no necesita pañales.

Todo eso es integral. El saludo, la empatía, la cordialidad, los diagnósticos diferenciales, manejar la mejor medicina disponible farmacológica o el contexto social —aquí deberíamos tener una puertecita abierta que comunique con la Comisión de Derechos Sociales para poder estar trabajando de forma integrada con ellos— forman parte del sistema sanitario que queremos en nuestro futuro. Esperemos que la legislatura nos sea lo más agradable posible para trabajar en esta línea.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Cofiño.

La señora Castilla, por el Grupo Socialista.

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

La verdad es que no iba a intervenir en este turno, iba a decir solamente que los socialistas y las socialistas creemos en un sistema público, universal y gratuito, en el Sistema Nacional de Salud, que siempre ha estado en la filosofía y el ADN de los socialistas y las socialistas. Pero he escuchado dos cosas que me hacen intervenir, y lo haré sin acritud, porque soy una persona muy educada. Muchas veces al portavoz de VOX cuando habla no lo entiendo. Habla de que tenemos que reconocer a los profesionales que administran las vacunas, pero precisamente este lunes el eurodiputado portavoz de la dirección nacional ha dicho que se rebela a ponerse la vacuna y que quien no quiera ponérsela que no lo haga. O se ponen la vacuna o no se la ponen. O son provacunas o antivacunas, y si son antivacunas, ¿van a felicitar a los profesionales?

También me parece insultante que estos señores hablen del sanchismo como una enfermedad. Yo sí le voy a decir una cosa a los señores y señoras de VOX: estoy muy orgullosa de estar sustentando el Gobierno del Partido Socialista como Grupo Parlamentario Socialista. Y para enfermedades, el ataque a los acuerdos de negociación colectiva y diálogo social en la comunidad de Castilla y León, donde de un plumazo se han cargado toda la política de prevención de riesgos laborales, con el riesgo de aumentar la lacra de la siniestralidad laboral. Estamos hablando la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

Y, señora Vázquez, ojalá el tono que usted ha utilizado en esta Comisión se utilice también en el resto del Parlamento, en el Congreso. Solamente le puedo decir que la felicito. Aunque podemos discrepar, por supuesto, porque cada una tiene una posición sobre lo que aquí se ha expresado. El Grupo Parlamentario Socialista se opone totalmente al Decreto 16/2012. Pensamos que fue un ataque directo a la universalidad del Sistema Nacional de Salud y, de hecho, fue una excusa. Y no lo digo yo —si solo lo dijera yo podrían decir que lo digo porque soy del Partido Socialista—, lo dijo una sentencia del Tribunal Constitucional ante el recurso interpuesto por el Parlamento de Navarra por los votos particulares emitidos, al considerar —sic— que el eventual ahorro económico aducido para el Gobierno no habría sido suficientemente concretado como para considerar satisfecha la relación de congruencia o adecuación entre las medidas adoptadas, exclusión de determinados colectivos, por ejemplo, de esas trescientas mil personas que se vieron afectadas por no tener una sanidad pública y universal y las finalidades invocadas. Y no creemos que fuera por las deudas de las farmacéuticas, sino por las deudas no devueltas de los bancos que se rescataron.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 49

Independientemente de eso, reitero que así, desde luego, da gusto poder intercambiar diferentes puntos de opinión.

Muchas gracias.

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

Antes de dar la palabra a la ministra, les hago dos anuncios. El primero es que tendremos Mesa y Portavoces, si es posible, el día 6 de febrero a las diez y media. Les mandaremos un correo con los datos, la sala y este tipo de cuestiones. El segundo es que, si no tienen inconveniente, organizaremos un grupo de WhatsApp para Mesa y portavoces que nos permita hacer estas cosas de una manera un poco más flexible.

Sin más, señora ministra, tiene la palabra para cerrar.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Muchas gracias.

Señora Castilla, yo tampoco he entendido al portavoz de VOX, pero no ha sido por un problema técnico. Tampoco le he entendido. Decía Upton Sinclair que es muy difícil hacerle entender a alguien algo cuando su salario depende de no entenderlo. Así que es muy difícil. Aquí estamos hablando de sanidad, estamos hablando de atención primaria, estamos hablando de salud mental, estamos hablando de lo que importa realmente a la gente, y el señor de VOX ha venido a hablar de Sánchez.

Señora Vázquez, le voy a contar una pequeña historia sobre la protonterapia, porque es una experiencia que tengo clavada. Cuando estaba en la Asamblea de Madrid llevé una iniciativa para que la protonterapia fuera financiada, fuera una inversión de la sanidad pública. Supongo que deducirá cuál fue el resultado de la votación del Partido Popular. No me acuerdo si era el año 2017 o 2018, no me acuerdo de qué año era, pero el Partido Popular votó, sistemáticamente, en contra de tener la protonterapia financiada por la sanidad pública. Esta es una terapia que, como ustedes saben, se utiliza sobre todo en niños y en tumores medulares. Efectivamente, es un avance. Podemos aprender de esto y que, cuando otra vez se le pida a una Administración, o a un Gobierno, en este caso del Partido Popular, que avance en nuestras terapias, que invierta en nuestras terapias, por lo menos que no voten en contra.

Me habla usted del barómetro sanitario y de la valoración negativa, pero obvia el pequeño detalle de la pandemia y de los recortes. Quiero decir que los recortes acaban teniendo una percepción negativa. ¿Ocurre en el mismo momento en el que se hacen? No, pasado un tiempo. Esto es normal y corriente, porque cuando tu médico de atención primaria te atiende a las 24 horas, luego te empieza a atender a las 48 horas, luego ya te atiende a los 3 días y, ahora, hay centros de salud que no tienen cita en este mes, pues sí, la valoración sanitaria se va volviendo negativa. Obviamente, la pandemia ha hecho también que haya un divorcio en esa percepción de la joya de nuestra corona que es nuestro Sistema Nacional de Salud.

Estoy encantada y maravilla a la vez de que el Partido Popular quiera trabajar con el Gobierno. No sé si está en consonancia con todos sus compañeros —espero que sí— y deseo, como decía también la portavoz socialista, que esto se materialice en que cuando traigamos iniciativas legislativas a esta Cámara, al Congreso de los Diputados, el Partido Popular anteponga los intereses de los pacientes, antepongan los intereses de los profesionales y de nuestro Sistema Nacional de Salud a su visión partidista. Hasta ahora no ha sido así, pero igual hoy usted inicia una nueva senda en el Partido Popular de trabajo conjunto con el Gobierno de España.

Señora Calvo, seguro que encontramos puntos de unión en nuestras declaraciones de amor. Por supuesto que nosotros somos muy respetuosos con todos los contextos históricos y con todos los contextos que hay, en concreto, en el sistema sanitario catalán y con el resto de los sistemas sanitarios. Tenemos respeto a las singularidades.

Me preguntaban por los medicamentos. Se está ya trabajando en un real decreto sobre el precio de los medicamentos, en otro sobre la publicidad y en otro sobre la valoración de las tecnologías. Creo que son diferentes fases de un mismo proceso que, efectivamente, tenemos que agilizar y que también tenemos que ordenar. Una cosa es la evaluación de la tecnología, otra cosa es la eficacia, otra cosa es la eficiencia, otra cosa es la financiación y otra cosa es el precio. Nosotros tenemos el firme compromiso de ordenar todos esos cajones para que, al final, los fármacos que se incorporen sean los que tienen toda la calidad y toda la seguridad.

Con respecto a muchos temas que han salido aquí y que son interministeriales, les diré que nosotros no solamente tenemos una visión de los determinantes sociales —creemos que la salud depende no solo del sistema sanitario sino del resto de determinantes sociales—, sino que pensamos que muchas de las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 39

26 de enero de 2024

Pág. 50

políticas, aunque no estén arraigadas o no sean concernientes en competencias a nuestro ministerio, queremos trabajarlas interministerialmente con el resto de ministerios para solucionar no solamente esos determinantes, sino los problemas que también son multifactoriales de pacientes crónicos, pacientes que han sufrido la talidomida o pacientes con enfermedades neurodegenerativas. Vamos a ponernos a trabajar junto con el resto de los ministerios en todos los temas que han tocado que no son exclusiva competencia de nuestro ministerio para darles salida. Han salido muchos ejemplos de esto. Por ejemplo, la autojustificación dentro de la atención primaria, que no es competencia nuestra, pero nos queremos poner a trabajar sobre ella.

Suscribo la reflexión y el ejemplo que ha puesto el señor Cofiño de que no hay mayor medicina personalizada que la de nuestra atención primaria. En este sentido, creo que no nos podríamos perdonar perder la vocación comunitaria que tiene nuestra atención primaria, la vocación de protección de la salud de la comunidad que tiene nuestra atención primaria, y todos esos indicadores que hacen que la intuición de un médico o una médica o una enfermera que va a verte al domicilio y que te conoce hace que su decisión terapéutica sea la mejor de las posibles. Esto no tiene tanto que ver con la fascinación tecnológica, sino con la fascinación que sí que tenemos por nuestros y nuestras profesionales.

Nada más. Espero que esto sea el inicio de más diálogos y de más reflexiones y podamos seguir trabajando de la mano y enamorándonos unos y otros de las políticas que hacen vivir mejor a la gente. Estoy a su disposición en el ministerio y en esta Comisión.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora ministra. Contaremos con usted para los debates de la Comisión y nos pondremos en contacto con su equipo para organizar el programa de trabajo en las próximas semanas.

Muchas gracias. Se levanta la sesión.

Eran las dos y cincuenta 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 los servicios de interpretación y transcripción.