



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2025

XV LEGISLATURA

Núm. 421

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 32

celebrada el miércoles 22 de octubre de 2025

Página

ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparecencias en relación con el Proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud (número de expediente 121/00021):

- Del presidente de la Plataforma del Tercer Sector (Poyato Roca). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000467) 2**
- Del señor Gimeno Feliu, profesor titular de Medicina en la Universidad de Zaragoza y representante de la Red de Denuncia y Resistencia al Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000468) 9**
- De la directora ejecutiva y cofundadora de la Fundación Salud por Derecho (López García). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000469) 18**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 2

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

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARECENCIAS EN RELACIÓN CON EL PROYECTO DE LEY DE UNIVERSALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (número de expediente 121/00021):

— **DEL PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DEL TERCER SECTOR (POYATO ROCA). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000467).**

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

Muy buenas tardes a todos.

Celebramos hoy la primera tanda de comparecencias en relación con el Proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud. Hoy tenemos tres comparecientes, el primero de ellos es don Luciano Poyato Roca, presidente de la Plataforma del Tercer Sector.

Vamos a hacer las distribuciones de tiempo habituales: quince minutos para los comparecientes; cinco minutos para los grupos parlamentarios, y, después, réplicas de diez minutos por parte de los comparecientes.

¿Nos falta algún portavoz?

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Falta M.^a del Mar, que es la que va a llevar la comparecencia.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Falta nuestro portavoz.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Creo que en un par de minutos estará aquí.

El señor **PRESIDENTE**: Esperamos entonces un par de minutos sin ningún problema. **(Pausa).**

Vamos a ir comenzando, si le parece a todo el mundo bien, porque son y media pasadas ya. Por lo tanto, tiene la palabra al señor Poyato por un tiempo de quince minutos.

El señor **PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DEL TERCER SECTOR** (Poyato Roca): Hola, muy buenas tardes y encantado de estar otra vez aquí, en la Comisión de Sanidad. La última vez que comparecí fue un nombre de UNAD, que es la red de atención a las adicciones, y estuvimos trabajando el tema de la ley de prevención del alcohol en menores. Hoy vengo en calidad de presidente de la Plataforma del Tercer Sector. Es la primera vez que esta plataforma comparece en esta comisión; por costumbre y también por la relación con otros temas siempre ha comparecido en la Comisión de Derechos Sociales y también en una comisión que hay de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Pero voy a intentar ir al grano con todo esto —sé que no es sencillo— de la Plataforma del Tercer Sector.

En todos los Parlamentos autonómicos, y también aquí, en el Congreso, y en el Senado, de vez en cuando os referís al tercer sector. Si le preguntamos a la ciudadanía qué es el tercer sector, apenas lo sabe. ¿Por qué? Porque, evidentemente, es una organización que es muy joven. Nace en el año 2012, una época de consecuencias de la crisis financiera de 2008 en este país, y en el resto del mundo también, pero sobre todo en este país. Ya veníamos trabajando desde hace tiempo las organizaciones más significativas de España, como CERMI, que lo conocéis, que se dedica al ámbito de la discapacidad, la Red de Lucha contra la Pobreza, la Plataforma del Voluntariado, Plataforma de ONG, Cruz Roja, Cáritas, ONCE y, últimamente, la Coordinadora de ONG para el Desarrollo y la Plataforma de Infancia.

¿Para qué se constituye esta Plataforma del Tercer Sector? En primer lugar, para respetar la identidad de cada organización. Cada una de estas organizaciones hace sus labores en distintos campos. Unas entidades son más generalistas, otras son más específicas, pero abarcamos prácticamente todo lo que son personas en exclusión o en procesos de exclusión de este país. Nos constituimos, nos conformamos —simplemente para que tengáis una idea— para tener una voz unitaria y, sobre todo, para lo que no podemos hacer las organizaciones a título individual, que es defender los derechos económicos, sociales y culturales de las personas que atendemos, de la ciudadanía en general, pero fundamentalmente de las personas en situación de exclusión, de pobreza y de vulnerabilidad. Creemos que hay un sector de la población en este país que no tiene acceso a estos tres tipos de derechos, que son derechos esenciales, básicos, en comparación con el resto de la ciudadanía. Dicho esto, lo que estamos generando es —respetando la atención que cada entidad miembro de esta plataforma del tercer sector presta en este país—, aproximadamente, 600 000 personas trabajadoras, más de 4 millones de personas voluntarias, más de 48 millones de atenciones individuales en este país. Más allá de la atención que prestan las organizaciones fundadoras y las que se han incorporado

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 3

últimamente a la Plataforma del Tercer Sector, lo que queremos es intentar transformar las causas estructurales —y esto es muy complicado— que generan exclusión social en este país. Evidentemente, no es una organización que va por las modas de los colectivos, no es una organización que va en función de las orientaciones políticas de este país, sino que va a defender en cada momento a las personas que estamos acompañando. De ahí que haya una ley del tercer sector, que se aprobó en este Parlamento en el año 2015, hace ya diez años, en octubre, al final de una legislatura, con el apoyo de los partidos mayoritarios y la abstención de los partidos nacionalistas. Es una ley de consenso, que pasó desapercibida porque en aquel momento estábamos al final de una legislatura y prácticamente en elecciones.

¿Qué tiene esta ley del tercer sector, promovida por la Plataforma del Tercer Sector y que, por cierto, no iba en ningún programa electoral de ningún partido político? Fundamentalmente que nos define, es decir, dice que existimos. Y, en segundo lugar, que se crea una comisión de diálogo civil; diálogo civil que no diálogo social. El diálogo social lo tienen los agentes sociales reconocidos en este país, que son la clase empresarial y los sindicatos. Nosotros hablamos de diálogo civil porque somos una parte de la sociedad civil, que está organizada y que quiere influir en todas las decisiones que se tomen políticamente y que afecten a las personas en procesos de exclusión o excluidas. Esa sería la definición de la ley del tercer sector. Esta ley tiene una comisión de diálogo civil que, gobierne quien gobierne, tiene la naturaleza jurídica, oportuna y adecuada para que podamos estar en continuo diálogo y hacer propuestas muy concretas. ¿Qué ocurre? Que estamos ante una ley que habla fundamentalmente de la universalidad de la sanidad. Nosotros, como organización, tenemos un posicionamiento en lo sanitario —ya lo expresamos en febrero o en marzo del año pasado a la actual ministra de Sanidad—: creemos que tiene que haber equidad. Ese es nuestro principal posicionamiento. Ya don Ramón Reyes —no sé si lo conocéis—, que es el presidente de la Asociación Española contra el Cáncer, habla de equidad. Es el que lleva la Comisión de Sanidad en el ámbito de la Plataforma del Tercer Sector, y creemos que no se atiende a las personas por igual, dependiendo de cada comunidad autónoma. Ramón lo explica muy bien. No se atiende a las enfermedades oncológicas en Cantabria igual que en Murcia, ni en Murcia igual que en Andalucía, por poner algunos ejemplos. No se atiende por igual. Entonces, nosotros partimos de ese principio de equidad.

Y, luego, tenemos otro principio. ¿Quién tiene derecho a la sanidad? Nosotros creemos que tiene derecho a la sanidad cualquier persona que viva en este país, que viva de una manera efectiva. Luego hablaremos de eso. Y, por otro lado, creemos que, dentro de esta ley general, y es nuestro posicionamiento, tiene que haber algo muy específico en materia de prevención, de la soledad no deseada, de la salud mental, de las adicciones, entre otras cuestiones, y que también tiene que haber un posicionamiento sociosanitario. Ese es el nuestro, y eso lo sabéis. Es decir, la sanidad llega hasta donde llega, pero luego hay una parte muy social: personas con discapacidad, personas en situación de pobreza, personas en situación de chabolismo —el otro día hablé de eso—, personas sin hogar, personas a las que les cuesta acceder al sistema sanitario si no es con un acompañamiento social, y de ahí la vertiente sociosanitaria. Ese es nuestro posicionamiento.

Hablando ya de la ley, nos parece que es una manera de empezar a hablar de la universalidad de la salud en este país y nosotros la valoramos, en principio, de una manera positiva. Creemos que esta ley ya contempla una cartera de servicios. Creemos que esta ley ya empieza a hablar de ascendientes de hijos y de hijas como titulares de derechos, ascendientes de hijos e hijas que también son ya titulares de derechos en cuanto a la prestación de la salud. Creemos que el artículo 46 habla muy bien de la salud en este país, y creemos que hay acuerdos internacionales, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que también hablan de este tema.

¿Qué ocurre? Lo que ocurre fundamentalmente es que, en general estamos de acuerdo con esta ley, pero somos un poco más ambiciosos. ¿En qué sentido? ¿Quién vive en este país? Yo no voy a entrar ahora en un debate sobre inmigración, ni por asomo, pero viven en este país las personas que están empadronadas. Entonces, cualquier persona que esté empadronada, no importa de dónde venga, de dónde proceda, tiene que tener derecho a la salud. Ahora, ¿qué pasa con las personas que no están empadronadas? Los sistemas de servicios sociales, fundamentalmente de los municipios, o las entidades del tercer sector, que estamos en colaboración continua a nivel de múltiples proyectos que sabéis que desarrollamos, ¿por qué no podemos decir que, aunque una persona no está empadronada, sí está viviendo en este país de forma efectiva? Estamos hablando de residencia efectiva. Evidentemente, apoyamos que sea el empadronamiento, pero si no hay ese empadronamiento, ¿por qué no pueden tener derecho las personas en diferentes situaciones, como madres embarazadas, independientemente de su origen, menores o incluso personas que han pedido protección

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 4

internacional porque vienen de un país en conflicto, de una guerra, etcétera? Entonces, yo creo que todo eso tenemos que regularlo de otra manera y hacerlo de forma específica.

Hay un documento de enmiendas que presentamos en junio del año 2004, aunque tampoco es el momento de verlo porque todavía tienen que comparecer más personas. Ese documento lo tenéis ahí, pero traducido a algo más concreto, hablamos de la residencia efectiva, de personas en situación de vulnerabilidad como titulares de derechos de forma explícita y hablamos de todo el tema sociosanitario: de personas con enfermedades crónicas, discapacidad, dependencia o personas drogodependientes. Hay que tener ahí un aspecto más sociosanitario y la ley debe especificarlo, si no se van a quedar fuera del sistema.

Luego, hay un Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, donde yo creo que deberíamos estar no solamente las entidades de la discapacidad, sino también algunas entidades especializadas en procesos de exclusión. Y yo no hablaría más. ¿Por qué? Porque ahí tenéis el documento con enmiendas y simplemente vengo aquí a resaltar los principios por los que nosotros estamos defendiendo la equidad dentro de la universalidad de la asistencia, las personas que tienen que ser titulares de derechos sanitarios y, sobre todo, toda la vertiente más sociosanitaria que necesitamos en este país para hacer realmente un abordaje biopsicosocial de las personas en proceso de exclusión. Si no, podremos tener la sanidad más avanzada del mundo —de hecho, a pesar de todo, sigue siendo una de las sanidades más avanzadas del mundo—, pero no estaría bien. Esta ley lo mejora, sin entrar en conflicto ni entrar ahora en un debate político sobre personas regulares, personas irregulares y todo lo que eso conlleva. Estamos hablando de principios, de valores y de personas que necesitan ser tratadas con dignidad.

Esta sería mi intervención, y quiero agradecerlos, evidentemente, que a esta hora nos estéis escuchando y estéis compartiendo también vuestros principios y vuestros valores, en este caso, con la Plataforma del Tercer Sector.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Pasamos a las intervenciones de los grupos parlamentarios.

Simplemente para que conste en el *Diario de Sesiones*, no está el Grupo Mixto, ni el Grupo Vasco, ni Junts per Catalunya.

El Grupo Republicano está, pero no interviene y, por lo tanto, tiene la palabra el Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **RECAS MARTÍN**: Buenas tardes y muchísimas gracias.

Bienvenido a la Comisión de Sanidad y bienvenido a una comisión en la que hoy hablamos sobre lo que para SUMAR es una de nuestras leyes más importantes, que es volver a tener un sistema completamente universal, la universalidad. Yo creo que en un momento en el que muchos se dedican a poner muros, esta ley intenta justamente abrirlos y volver a ser lo que éramos, lo que somos la sociedad española, que creemos en la universalidad y en la equidad. Usted ha hablado mucho de equidad, que yo creo que es una de las columnas de nuestro sistema y a lo que hay que llegar de nuevo.

Quería felicitarle por el tercer sector. Yo comencé en el tercer sector en esto de la incidencia política y de luchar por un mundo mejor. Yo empecé a creer que los políticos teníamos que hacer cosas cuando salí a la calle con la marea blanca por el tema de la privatización; en aquel momento en el que cerraron el sistema sanitario para todos es cuando yo comencé a decir que yo quería estar en los lugares de decisión para que volviera a ser un sistema universal y, casualidades de la vida, hoy me encuentro aquí. Y quería dar las gracias al tercer sector, porque es quien, cuando cerraron esos muros y los sanitarios intentaban atender a la población de cualquier manera, también en el ámbito administrativo, el tercer sector se hizo cargo. El tercer sector fue lo suficientemente valiente para decir: mientras esto se soluciona, aquí estamos nosotros para atender a la población y para ayudar en ese caos administrativo en el que nos encontramos durante muchísimos años y que esperamos que, tras aprobar esta ley, termine.

Quería agradecer al Partido Popular que le haya traído a usted aquí hoy, porque su discurso es claro. Si se han leído las enmiendas, sus enmiendas son clarísimas: hay que ir a máximos. Porque el real decreto de 2018 ayudó, pero no estamos en máximos. Así que quería agradecerle al Partido Popular que crea realmente en su discurso, eso facilita mucho cualquier clase de negociación.

Usted ha hablado mucho de la organización civil, que yo creo que es la clave en muchas de las cosas que nos encontramos y creo que la organización civil aquí tiene muchísimo que decir y muchísimo que ayudar y empujar para que esta ley sea realidad lo antes posible. Mi pregunta sería cómo podemos hacer

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 5

los políticos para escuchar más a esa organización civil, para ayudarles a tener mejor incidencia política y caminar con ellos para, finalmente, llegar a esta ley de universalidad.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

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

Por supuesto, queremos agradecer su intervención; ya lo hemos tenido aquí varias veces y hemos podido hablar con usted. Y me gusta que haya hablado de equidad, porque aquí, cada vez que nos reunimos con las asociaciones de pacientes, siempre se habla de la falta de equidad, no solamente entre comunidades, entre regiones, sino muchas veces dentro de la propia provincia. Incluso tenemos una disputa con SUMAR a ver quién fue el primero que utilizó el término del código postal, algo importante. Y es que, en ciudades como Alicante, la línea que separa un área de salud de otra supone que, a veces, la acera par vaya a un hospital y la acera impar vaya a otro, aunque esté justamente enfrente del hospital.

Y me gusta que haya hablado sobre todo de la exclusión social que existe actualmente y que en España se está agravando. Cualquiera de los diputados que pernocta aquí en Madrid no tiene más que darse una vuelta alrededor del congreso para ver, por ejemplo, la plaza de la Ópera o justamente detrás, cerca de Callao, otra plaza, que son puntos habituales donde la gente va a pedir comida y se hace reparto de alimentos. O pasar por Gran Vía y ver una hilera de personas sin hogar durmiendo una al lado de otra. O incluso gente que vive acampada completamente. Todas esas personas están fuera del sistema y este Gobierno es incapaz de darles solución.

Y es que el problema surge cuando no se reconocen los problemas. A mí me gustaría aprovechar la oportunidad que tengo de hablar con usted para preguntarle si comparte que España ahora mismo es uno de los países con mayor tasa de pobreza y exclusión social de toda la Unión Europea, datos de Eurostat y FOESSA, por qué mantenemos a más de 12 millones de personas en riesgo de pobreza y exclusión, según el AROPE. Y quiero aprovechar a ver si puede usted decir alguna medida, ya que tenemos aquí a representantes de grupos del Gobierno, para reducir la pobreza severa, que ya afecta a más de 3 millones de españoles. A lo mejor, ustedes son capaces de que el Gobierno admita que el índice de Gini, desigualdad de renta, ha empeorado durante su mandato o que en España uno de cada tres niños vive en pobreza infantil. Y esto no solamente en Madrid, sino en cualquier gran ciudad. En Barcelona, incluso en Alicante, el chabolismo, que usted ha nombrado, es ahora mismo una forma prominente, con lo cual no es una cosa de colores políticos. Es una realidad que hay una verdadera injusticia social cuando un español está trabajando cuarenta horas y es incapaz de llegar a final de mes y sacar adelante a una familia, y tiene que recurrir a Cáritas o a cualquier asociación que sea capaz de cubrir las necesidades, ya que ese Estado de derecho, que supuestamente tiene que proteger a todos los españoles, hace aguas. Entonces, ya no solamente es una falta de equidad. Nos estamos encontrando ahora mismo un problema, como hemos tenido en Andalucía con el tema del cribado de cáncer de mama y, en lugar de buscar soluciones, encontramos a unos partidos y a otros tirándose los trastos a la cabeza, solamente hace falta tirar de hemeroteca. Esto es lo que ha pasado en la Comunidad Valenciana, por ejemplo. También estamos viendo los problemas que tienen Ceuta o Melilla, que son competencias del Gobierno.

A mí el tema de la pobreza me preocupa mucho, y lo vemos día a día, y el que no lo ve es porque va mirando el móvil o en el coche oficial y está ocupado en otras cosas. Porque España es el segundo país con más pobreza infantil, detrás de Rumanía. Yo le pregunto si este dato lo considera usted correcto o no. La desigualdad territorial hace mucho que se implantó, desde que se antepusieron los intereses de los partidos y las regiones a los intereses de los españoles. Creo —en mi partido creemos— que España ahora mismo tiene serias dificultades para atender a sus ciudadanos en el ámbito sanitario con la celeridad que muchas veces las enfermedades exigen, por ejemplo, en el tema oncológico, en este caso el cáncer de mamá, que por desgracia ahora está en la palestra. Por resumir, ahora mismo no es un éxito que cada vez más españoles tengan que reclamar el ingreso mínimo vital. No es justo que cada vez más organizaciones sin ánimo de lucro tengan que salir a repartir alimentos por las necesidades que sufren personas que duermen en la calle o que incluso teniendo un trabajo o teniendo un hogar no son capaces de llenar la nevera o no son capaces de pagar el recibo de la luz o del gas. Y también es un fracaso que este invierno muchos hogares, de nuevo, no puedan tener condiciones adecuadas para vivir porque no podrán pagar la calefacción. Y esto se agrava —y perdone por excederme del tiempo, señor presidente— si nos vamos a las zonas rurales, abandonadas completamente, la España que ha sido vaciada.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 6

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

El señor **SÁEZ CRUZ**: Gracias, señor presidente. Muy buenas tardes, señor Poyato, sea usted de nuevo bienvenido a esta, su casa.

Es importante reconocer el trabajo y la labor que hace la Plataforma del Tercer Sector. Creo que es un ente aglutinador que permite consolidar y a la vez avanzar en todas las estrategias de derribo de la exclusión social de nuestro país. Son muchos los sectores de población que se ven afectados y, por tanto, reciba desde el Grupo Parlamentario Socialista nuestra felicitación y nuestro reconocimiento a esa labor, que en gran medida es voluntaria y que, por tanto, hay que reconocer en esta sesión de comisión.

Hay dos palabras muy importantes: universalidad y equidad. Universalidad para atender a todas las personas que vivan en nuestro país y equidad para que, da igual dónde nos encontremos, el tratamiento sea igualitario. Pero siendo bonitas e importantes estas dos palabras, hay una tercera que no es tan bonita pero sí es igual o más importante: la desigualdad. La desigualdad entre iguales, la desigualdad entre hombres y mujeres, la desigualdad entre colectivos sociales y, sobre todo, la desigualdad —que esta es más importante— entre territorios. No debería darse esa casuística, pero por desgracia se da. Es uno de los riesgos que tenía la España de las autonomías, y creo que hay que poner énfasis en esto para que, da igual donde se viva, haya equidad e igualdad territorial a la hora de recibir los servicios y los recursos.

Comparto la mirada sociosanitaria de sus documentos, de sus análisis; la mirada no solo sanitaria, sino sociosanitaria, porque esa capacidad de coordinar recursos humanos, de coordinar servicios en lo social, en lo sanitario, en lo educativo, permite que podamos llegar a resolver, adelantarnos al problema, ser mucho más precavidos, generar más prevención antes de tener que solucionar el problema una vez que llega. En esto, como país, también tenemos que hacer un esfuerzo. No sé si son voluntarios sociosanitarios, pero sí más agentes atentos en todos los sectores en los que la Administración tiene que estar presente en nuestro país. La soledad no deseada es una de las lacras de siglo XXI y a veces se producen problemas sanitarios que vienen generados no por una situación de dificultad sanitaria, sino que son provocados por otras casuísticas tanto en lo social como en lo familiar incluso. Por tanto, creo que en esto también tenemos que poner atención.

Otra de las lacras del siglo XXI es la salud mental, cómo atender la salud mental. En ello estamos con ese plan estatal de salud mental. El Gobierno de la nación ha puesto 100 millones a disposición de las comunidades autónomas para que atendamos con mayor diligencia la salud mental. Creo que este es uno de los mayores hándicaps que tenemos, junto con esa soledad no deseada. Me gustaría saber cómo analizan desde el tercer sector estos dos conceptos y qué aspectos deberíamos tener en cuenta para que se minimizaran en el mayor grado posible. Creo que hay que transformar las causas estructurales, comparto absolutamente este análisis, porque son las que, en definitiva, vulneran los derechos de la ciudadanía, y trabajar para que todos los españoles y quien resida de manera efectiva —me parece muy interesante esta manifestación verbal—, también aquellos españoles que están fuera, tengan un tratamiento mucho más definido, ellos y sus familiares.

Creo que el diálogo civil es imprescindible. Tenemos que estar con escucha activa en todos los estamentos de la Administración pública y mejorar la cartera de servicios, además de igualar las pruebas que se hacen. Por ejemplo, no se hace el mismo cribado neonatal en una comunidad autónoma que en otra. No voy a dar nombres porque no hay necesidad, pero que en una comunidad autónoma se hagan trece pruebas de cribado y en otras se hagan treinta y tres no tiene sentido. Creo que en eso tenemos que avanzar y mejorar.

Hay que proteger la salud, proteger a las personas y volver a ese espacio natural que en las diferentes legislaciones nos hemos dado, tanto en la Ley General de Sanidad de 1986, como en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 o en la Ley General de Salud Pública de 2011. En todas estas leyes el aspecto de la universalidad estaba presente. En esto es donde tenemos que poner el énfasis y mejorar.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, por favor.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 7

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

Señorías, buenas tardes.

Gracias, señor Poyato, por aceptar la invitación y acompañarnos hoy aquí, en la comisión, primero, porque estamos ante un proyecto de ley muy importante y que hay que tomarse muy en serio. Traerle aquí era obligatorio, porque representa y pone voz a más de 28 000 organizaciones que afrontan cada día las dificultades que tienen muchas personas para ejercer su derecho a la salud. En el Grupo Parlamentario Popular compartimos plenamente la necesidad de garantizar la sanidad pública, gratuita, universal y de calidad, desde la equidad territorial y la coordinación efectiva entre lo sanitario y lo social. Pensamos que no basta con declarar la universalidad, sino que hay que hacerla efectiva eliminando las barreras reales de acceso que todavía persisten para determinados colectivos: personas con discapacidad, mayores, familias vulnerables, migrantes o quienes viven en zonas rurales. Una atención integral a estas personas con dependencia, discapacidad, enfermedad mental o adicciones, que solo será posible con estructuras estables de cooperación entre la sanidad y los servicios sociales, y con datos compartidos que permitan un verdadero seguimiento de los casos. De los documentos que hemos trabajado —el que nos hizo llegar hace unos meses y el que nos ha hecho llegar hace poco—, valoramos positivamente varias de sus propuestas, especialmente la defensa de un modelo de atención primaria fuerte que reduzca las desigualdades territoriales, la inclusión de la mirada sociosanitaria y comunitaria que compartimos —incluida en las políticas de salud— y la importancia de reforzar la participación social en la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, donde el tercer sector puede y debe tener un papel más activo.

Dicho esto, quería preguntarle su opinión y plantearle algunas preguntas. En su opinión, la excesiva complejidad administrativa en el reconocimiento del derecho sanitario ¿podrá perpetuar desigualdades entre comunidades autónomas y generar más exclusión precisamente en los que más apoyo necesitan? ¿Consideran que con la redacción actual del proyecto se garantiza de forma efectiva la universalidad del derecho a la salud, o creen que se mantiene una diferencia injustificada entre algunos colectivos? En su opinión, ¿qué pasos deberían darse para que la coordinación sociosanitaria sea realmente operativa y no dependa de la buena voluntad de las consejerías de las comunidades autónomas? Ustedes proponen la participación del tercer sector en los órganos decisorios incluidos en el Sistema Nacional de Salud, y compartimos la propuesta. Le pregunto: ¿cómo creen que debería concretarse esa participación para que sea efectiva y no meramente simbólica?

En nombre del Grupo Popular, le reitero el agradecimiento por su aportación y su compromiso con la justicia social y la cohesión sanitaria.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias a todos los grupos por sus intervenciones.

El señor Poyato tiene ahora su turno de réplica.

El señor **PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DEL TERCER SECTOR** (Poyato Roca): Estoy agradecido no solamente por las preguntas, sino también por las reflexiones.

Ya les comentaba que venimos aquí a mejorar esta ley general, porque la ambición no es decir que la sociedad es igual en su conjunto. No, la sociedad no es igual en su conjunto, hay desequilibrios y queremos ambicionar más en esta ley para los colectivos más vulnerables en situación de exclusión; si no, no habrá universalidad.

Voy a empezar por el final. Con respecto al tema de la participación, el otro día aprobasteis el comité consultivo. Ahí no aparecemos las entidades del tercer sector de una forma clara. Yo creo que podría ser una posibilidad, lo vamos a exigir y así lo planteamos. Es decir, no es participar por participar. ¿Por qué estamos planteando esto? Muy sencillo: porque, aparte de las emergencias sociales —pues sobre todo es gente excluida la que padece las situaciones de emergencia social y también la gente menos excluida—, todo el abordaje que hacemos desde nuestras organizaciones es con gente muy desfavorecida. De eso es de lo que estamos aprendiendo; estamos aprendiendo cómo defender sus derechos. Es decir, no partimos de un marco teórico, sino que partimos de un marco que determina la necesidad de las experiencias con las que vivimos y a las que nos enfrentamos todos los días. Si pudiéramos estar en este órgano consultivo, la participación sería más eficaz, evidentemente.

Sobre el tema sociosanitario, yo creo que en este país acabamos de empezar, está todo por hacer. Ayer, en concreto, me hablaban —perdonad que os lo diga— de un centro de mi especialidad, de adicciones, que va a pasar a ser gestionado por un hospital. Ahora mismo está siendo gestionado por una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 8

entidad del tercer sector. No voy a entrar en ese debate, las entidades del tercer sector no es que queramos más servicios, pero un hospital en Barcelona no va a gestionar nada bien un centro de atención integral a las adicciones. Entonces, lo sociosanitario acaba de empezar y tenemos que ir incorporándolo en todas las comunidades autónomas, en todas las diputaciones, allá donde haya gestión en todo lo sanitario. Y si no metemos esa vertiente más social, lo que decía al principio: volveremos a tener una ley muy bonita, pero que dejará fuera a los colectivos de los que yo estaba hablando anteriormente.

Hay un tratamiento burocrático excesivo en este país, y luego lo replican algunas comunidades autónomas; no me estoy refiriendo a cuestiones de financiación, sino a cuestiones de tramitación. Nos queda mucho por trabajar, y yo creo que, ya que la ley es una ley general —aunque no se hayan expresado los partidos nacionalistas, luego hablaré algo de ese tema—, debería ser todo mucho más sencillo.

Sobre la eliminación de barreras, hay que tener una conciencia clara sobre este asunto. Somos un país pionero en temas de desarrollo cultural para las personas con discapacidad, con ciudades cada día más accesibles si nos comparamos con otros países de la Unión Europea y, sobre todo, del resto del mundo. Entonces, tiene que ser una sanidad que elimine barreras, que simplifique la burocracia y que tenga una opción por el más desfavorecido. Y eso tiene que contemplarse de una manera más clara.

Con respecto a lo que decía el representante de VOX, los datos son los que son, no los podemos evitar. Habría que ver el informe AROPE, habría que ir a la presentación el próximo 11 de noviembre del informe FOESSA, a ver cómo estamos en comparación. El próximo día 11 es cuando se explicará detenidamente el informe FOESSA. Es un informe que hace Cáritas y es de los más completos de este país, porque visitan casa por casa; no es una muestra cortita sobre ese campo, sino una muestra muy grande. Vamos a ver lo que nos dicen los datos, pero yo creo que después de la pandemia, por lo que fuera o fuese, evidentemente, porque teníamos el turismo en un valor muy alto como fuente del PIB, hubiéramos esperado que los Next Generation diversificaran más el PIB; pero este país ha acusado muchísimo todo el efecto de la pandemia, más que Europa, y ahora estamos creciendo de una manera progresiva bastante adecuada, porque venimos prácticamente de cero. ¿Por qué digo esto? Porque ha dejado a mucha gente en la cuneta, sobre todo la pandemia.

¿Que si somos el segundo o el tercer país a la cola? Los datos son los que son, pero hay que aceptar los datos que tenemos para poder tener políticas que favorezcan totalmente esa desexclusión. Porque si no, a la vuelta de diez años, habremos mejorado en PIB, pero habremos aumentado la exclusión. Entonces, ¿qué sentido tiene? ¿A quién nos vamos a parecer, a otros países de otros continentes? Yo no voy a poner ejemplos de otros continentes, pero hay países más ricos que este país en términos de PIB y en desigualdad son un pequeño desastre, por no decir un gran desastre. Dicho esto, hay que trabajar sobre los datos y sobre la realidad y hay que aceptarla. Lo digo por lo que comentaba el representante de VOX.

Sobre los aspectos a tener en cuenta en la salud mental y la soledad no deseada, como planteaba el portavoz del Grupo Socialista, hay que hacer políticas inclusivas, pero cuando digo políticas eficaces es que tiene que haber políticas específicas. Evidentemente, la tasa de suicidio en este país no tiene nada que ver con los países nórdicos, pero va en aumento. Y la soledad no deseada ya no solamente se reduce, como pensábamos, a la población mayor, sino que también se contempla en la población más joven. Tendremos que sentirnos responsables de ese tema, y este tema se soluciona desde lo sociosanitario.

Últimamente, la sanidad está incorporando en algunas comunidades autónomas —no en todas— alguna figura más humanista, de tipo psicológico, en algunos centros de Atención Primaria, es verdad, pero no llegan, es imposible que lleguen. Entonces, o lo contemplamos con los servicios sociales y todo eso va unido en complementariedad, o no vamos a atajar ni la soledad no deseada —porque interviene juventud, intervienen personas mayores— ni la prevención de la salud mental.

La salud mental es un hecho. ¿Quién no tiene un familiar con problemas de salud mental? ¿Quién está atendiendo? Yo lo digo por mi cuñada, que tiene una esquizofrenia paranoica diagnosticada desde hace veinticinco años y que si no es por su hermana —mi mujer, mi compañera—, por mí o por algunos más... Pero el resto de las familias no actúan todas por igual, por lo que sea. Yo no me voy a poner a enjuiciar, no soy nadie para enjuiciar, pero todos tenemos un familiar, y si no lo tenemos, lo tendremos. Entonces, lo público tiene que hacer algo en este sentido, porque, por muy buena voluntad que tengamos las familias, no vamos a llegar. Con eso respondo a tu pregunta.

¿Cómo escuchar? Nosotros entramos muchas veces en conflicto, porque a veces somos muy críticos. Fuimos críticos cuando se creó la ley del tercer sector. En una reunión, gobernando el Partido Popular, no

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 9

se entregó a tiempo la documentación en la primera o segunda comisión de diálogo civil y al actual presidente de la Junta, Juanma Moreno, que era secretario de Estado, le dijimos que nos levantábamos de la mesa, que se trajera la documentación. Es decir, somos críticos. A partir de ese momento, evidentemente, cambió la relación. Con la mayoría de los grupos mayoritarios solemos tener una comisión de diálogo—aparte de las comisiones de diálogo civil que existen, están las gubernamentales y las exigidas por la ley—. A nosotros nos gustaría, aparte, tener comunicación y diálogo con todos los partidos políticos.

En cuanto al cómo escuchar, más que entrar en debate de si somos la sociedad civil, he dicho al principio que somos solo una parte de la sociedad civil: está la sociedad del ámbito de la vecindad y hay muchos otros tipos de sociedad civil, lo que pasa es que cuando nos encontramos con que queremos influir en la política, muchas veces tenemos nuestros choques, cómo no, porque atendemos a quienes atendemos. Creo que habría que llevar el cómo escuchar más allá de lo que puede ser la ley del tercer sector.

A la Plataforma del Tercer Sector a la que represento le habría gustado escuchar a los partidos nacionalistas. Como esto está en las competencias... Recuerdo que sanidad es convergente: las leyes se hacen desde aquí y la gestión la llevan las comunidades. No es lo mismo que los servicios sociales, que son competencias transferidas y se puede legislar poco en materia de lo social en este Parlamento. Sí que les diría una cosa a los partidos nacionalistas: esta ley —no lo he dicho antes— parte de una cartera de servicios mínimos. Cuanto mayor sea la cartera de servicios mínimos por ley, las comunidades autónomas se equilibrarán. Luego, las comunidades autónomas tienen la capacidad en la gestión, pero la Ley General de Sanidad se está discutiendo en el Parlamento respetando las competencias de las comunidades autónomas. Entonces, les diría a los partidos nacionalistas que observen cuál es la cartera de servicios mínimos para que puedan actuar sobre la base de unos mínimos, porque, si no tenemos unos mínimos, va a haber todavía más desequilibrio. Eso es lo que les diría a los partidos nacionalistas, porque, aunque no han preguntado, aprovecho que estoy aquí para compartir.

Estas serían mis respuestas. No sé si son las respuestas más adecuadas ni si he respondido a todo lo que me habéis planteado. Se abre un camino en esta Comisión de Sanidad y la Plataforma del Tercer Sector no solamente está encantada, sino dispuesta a colaborar, a proponer desde lo que vivimos y desde lo que podemos innovar. Aquí también se pueden plantear respuestas innovadoras ante estos colectivos, ante la ciudadanía. Lo decía en mi última intervención aquí —aunque fuera con otra representación—: yo sé que es complicado, pero les pido por favor que, en las cuestiones sanitarias, las cuestiones de derechos y las cuestiones sociales haya menos crispación política. Es evidente que la hay —se ve cuando abres las noticias de un miércoles por la mañana—, y aquí debería de haber un mínimo de consenso, porque estamos hablando de los servicios públicos, de personas, del acercamiento de la Administración a las personas, de la dignidad o de la igualdad de oportunidades; estamos hablando de cuestiones que interesan a todos los grupos con representación parlamentaria.

Estamos abiertos al diálogo civil, a seguir aportando y, de vez en cuando, a seguir exigiendo, pero que sepáis que intentamos equilibrar la demanda con la capacidad propositiva.

Muchísimas gracias. (Aplausos).

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

— **DEL SEÑOR GIMENO FELIU, PROFESOR TITULAR DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA Y REPRESENTANTE DE LA RED DE DENUNCIA Y RESISTENCIA AL REAL DECRETO LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL, DE MEDIDAS URGENTES PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000468).**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a nuestro segundo compareciente, que es don Luis Andrés Gimeno Feliu, profesor titular de Medicina de la Universidad de Zaragoza y representante de la Red de Denuncia y Resistencia al Real Decreto Ley 16/2012.

El señor **GIMENO FELIU** (profesor titular de Medicina en la Universidad de Zaragoza y representante de la Red de Denuncia y Resistencia al Real Decreto Ley 16/2012): Buenas tardes.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 10

En primer lugar, muchísimas gracias por haberme invitado a compartir en esta Comisión de Sanidad las investigaciones que hemos realizado en los últimos veinte años sobre el tema de salud y migración. Como han dicho, vengo como profesor titular de la Universidad de Zaragoza, soy médico de familia en el Centro de Salud San Pablo, soy representante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y pertenezco a REDER, que es una organización que aglutina a más de trescientas organizaciones alrededor de la sanidad universal. Por lo tanto, quiero agradecerles su tiempo de dedicación y que estemos hoy aquí trabajando sobre esta ley. **(Apoya su discurso en una presentación digital).**

Me perdonarán que use una presentación *powerpoint* —es un defecto de los profesores—, pero quería intentar resumir bastantes aspectos que creo pueden ser útiles a la hora de debatir sobre esta ley que consideramos tan importante desde REDER. En mi exposición quiero trabajar tres aspectos importantes: algunas ideas sobre cuál es el nivel de salud de la población migrante que conocemos gracias a la investigación, porque con datos podemos realizar mejores leyes y podemos mejorar las que tenemos; también tiene mucho que ver con lo que estamos tratando hoy, esta ley de sanidad universal, qué sabemos del uso del sistema sanitario por parte de la población migrante; y quiero acabar comentando qué sabemos de la repercusión que tiene la exclusión sanitaria en estas personas que conviven con nosotros.

Empiezo con tres ideas sobre la salud de la población migrante. Esto es muy importante, porque muchas veces —dando clases en la facultad o dando charlas por ahí— me doy cuenta de que hay muchas ideas preconcebidas que no siempre son ciertas, y sin tener datos correctos podemos tener malos diagnósticos y, por tanto, malos tratamientos. Yo trabajé varios años en África como cooperante y, al volver, me encargaron en Vallecas, donde trabajaba, la atención a inmigrantes. Entonces pensábamos que como eran población excluida, que viene de países pobres, posiblemente tendrían una salud muy mala. Lo sorprendente es lo que sabemos desde hace ya treinta años gracias a un artículo —que siempre cito— del profesor Razum, de Alemania. Él investigó la mortalidad de los turcos en Alemania, que tienen unas condiciones sociales y económicas muy malas, y en la hipótesis de este artículo quería comprobar cómo este colectivo desfavorecido socialmente tenía mala salud y, por tanto, mayor mortalidad. La sorpresa —que la ven ahí subrayada— es que encontraron que la mortalidad de los turcos en Alemania era la mitad que la de los alemanes en Alemania. A partir de ahí, surgieron un montón de teorías para explicar qué está pasando para que la población migrante sea tan sana, curiosamente, y no tan enferma como esperábamos; yo el primero, ¿eh?

Unos años después, otro artículo del profesor Singh, de Estados Unidos, analizaba nada menos que a 300 000 personas, de las cuales 30 000 eran inmigrantes. Detectaron, como pueden ver, que en Estados Unidos, a pesar de toda la situación que vive la población migrante, incluso excluida del sistema sanitario, tenía una esperanza de vida dos años mayor que la de la población nativa de Estados Unidos. Estos artículos tienen un montón de detalles y, si están interesados, podemos enviarlos y nos ayudan. De hecho, recientemente ha habido una revisión sistemática —que en medicina es lo que consideramos lo mejor— de todo lo publicado: cien artículos en la revista *The Lancet* —de las mejores revistas médicas del mundo—, donde el doctor Aldridge sintetiza que, juntando todos los estudios mundiales, la mortalidad es un 30 % menor. No es un tema de Alemania ni de Norteamérica, y todos los estudios que se hacen a nivel mundial demuestran eso.

¿Qué sabemos en España? Nuestro grupo de investigación publicó hace unos años que habíamos analizado la mortalidad de toda la población de Aragón, 1 100 000 personas, de las cuales 130 000 eran población migrante, para ver si esto ocurría. Los estuvimos siguiendo durante cuatro años —en España la mortalidad se registra, puedes no registrar una enfermedad si no vas al médico, pero no hay ningún fallecido en España que no se registre: se registra en población legal, en situación irregular y de cualquier manera— y nos llevamos la sorpresa de que, como aquí pueden ver, 1 sería la mortalidad de la población media española ajustado por edad. Como pueden observar, el punto negro representa a los inmigrantes con menos de cinco años en España, y su mortalidad es el 0,1; es decir, el 10 % de la mortalidad esperada para su edad. Sorprendente pero cierto. Sin embargo, cuando van pasando años en España, esta mortalidad va empeorando. Es decir, vienen muy sanos, extremadamente sanos, pero las condiciones sociales de vivienda, de trabajo, de exclusión a las que se ven sometidos hacen que esa mortalidad siga siendo mucho más baja que la del promedio de los españoles y españolas, aunque cada vez peor. Por tanto, como idea clave que siempre comentamos en la universidad, la población inmigrante viene muy muy sana, y todos los estudios han ido en este sentido.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 11

También en enfermedades crónicas. Aquí, cuando el real decreto ley del año 2012 excluyó a la población en situación irregular, identificamos en Aragón a esa población que había sido excluida —17 000 inmigrantes fueron excluidos— y analizamos su estado de salud el año previo, cuando estaban dentro del sistema sanitario, para ver cómo era la situación. Entonces, como pueden ver aquí, por ejemplo, en mujeres, mientras que la prevalencia de hipertensión en los nacidos en España era del 25 % —lo normal—, la de dislipemia del 21 % o la de diabetes del 7 %, para los inmigrantes era mucho menor —son las barras verdes—: 6, 8 y 7 %; pero para los inmigrantes sin papeles, indocumentados, en situación administrativa irregular —identificados en el gráfico como UM—, era infinitamente menor. Es decir, los inmigrantes en situación irregular no solo tienen la salud de los inmigrantes normales, sino mucho mejor. Esto es importante a la hora de organizar cómo atender a esta población. El mismo ejemplo se puede ver en hombres. Todo esto concuerda con todos los estudios internacionales, pero nos llamaba la atención al ser este el mayor estudio mundial en población irregular; ningún otro país ha podido analizar cómo estaban 17 000 personas dentro del sistema sanitario público, que luego fueron excluidos. De hecho, esta publicación se cita con frecuencia porque es la constatación científica del nivel de salud de los pacientes de la población en situación administrativa irregular.

Dicho esto, comentaré cuatro ideas del uso del sistema sanitario, que creo que tienen mucho que ver con la comparecencia de hoy. Aquí voy a ir directamente a otro artículo que logramos publicar. Así, lo mismo que identificamos a esas 17 000 personas y vimos su nivel de salud, identificamos qué uso real habían hecho el año previo a ser excluidos. Hasta el año 2012 estaban dentro del sistema sanitario, tenían tarjeta sanitaria. Entonces, ¿qué uso hacían estas personas del sistema sanitario? Aquí pueden ver tres columnas: en la primera, el uso que hacían los pacientes nacidos en España; en la segunda, el que hacían los migrantes en situación regular; y en la tercera, el que hacían los inmigrantes en situación irregular. Como pueden ver, los migrantes son un poquito más jóvenes. Tenemos, por ejemplo, visitas de los nacidos en España a la atención primaria, 7,1; los migrantes, 4,4 —usan mucho menos el sistema sanitario—; pero 0,5 los migrantes en situación irregular. El migrante en situación irregular a lo que viene es a trabajar y a buscarse la vida, viene con muy buena salud y lo último que le preocupa es acudir al sistema sanitario. En consultas hospitalarias: 2,9, 1,8 y 0,2. Recuerdo que este es todo el uso que hicieron del sistema aragonés un millón de personas. Aquí hay millones y millones de visitas, porque tenemos acceso a todos los datos de la base de datos de usuario en varios proyectos de investigación. Ingresos por cada 100 personas, camas hospitalarias que ocupaban: 9,4; 5,4 los migrantes en situación regular; 0,8 los migrantes en situación irregular. Las urgencias hospitalarias están más igualadas: 0,3 y 0,3; sin embargo, los migrantes en situación irregular, simplemente un 0,04, es decir, prácticamente no acuden. Y nos llamó muchísimo la atención el coste de farmacia, porque puedes ver cuánto ha costado, es decir, lo que pagaba el Gobierno de Aragón en farmacia a final de año: por cada aragonés medio, 367 euros. Yo siempre digo que hay gente que no gasta nada en farmacia, aunque, desafortunadamente, para otros son 3000 euros porque están muy enfermos y, gracias a la sanidad pública, entre todos ayudamos a esas situaciones, pero la media es 367 euros. Los migrantes en situación regular costaron al sistema sanitario 77 euros y los inmigrantes en situación irregular 9 euros en todo un año. Esto es lo que le supuso al sistema aragonés en el 2011, y estos pacientes al año siguiente fueron excluidos del sistema sanitario.

Aquí ponía una tabla de ajuste simplemente porque esos eran los datos brutos, lo que costó realmente al sistema sanitario, pero siempre decimos que al menos hay que ajustar por edad, porque, lógicamente, son más jóvenes y eso es obvio, si no sería como una trampa. Pero es que cuando ajustamos por edad —y ahí pueden ver DM, documentados, IM, en situación irregular—, siempre a los de situación irregular les correspondería la media de 1 en relación con los españoles de su misma edad; el color rojo hace referencia a las mujeres, en este caso, y el azul a los hombres. Como pueden ver, ajustado por edad, los inmigrantes en situación irregular siempre tuvieron un consumo de entre el 10 y el 20 % de lo que esperábamos, de lo que eran financiados, y los inmigrantes en situación regular un poquito más: 30 % menos, 20 % menos; y en algunos colectivos ya el mismo, es decir, de personas ya más integradas en el sistema. Por ejemplo, las mujeres usan un poquito más las urgencias, un 10 % más, pero, globalmente, es un uso muchísimo menor. Esto ha sido como un experimento natural: te doy el derecho a atención sanitaria, te mido, y luego miramos. Entonces, bajo condiciones teóricas de igual accesibilidad al sistema sanitario, la población migrante en situación de irregularidad hace un uso del sistema sanitario muy inferior al que esperábamos para su edad y sexo. Y, por supuesto, los inmigrantes en situación irregular son los que menos. Por tanto, estos datos no avalan las tesis a veces difundidas del turismo sanitario.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 12

¿Esto ocurre solo en España? No, ocurre en todo el mundo. Hicimos una revisión sistemática —lo mismo que hemos hablado de mortalidad—, la coordinamos con compañeros del Instituto Carlos III, con el doctor Sarría, analizamos todos los artículos que había publicados en el mundo y resultan los mismos hallazgos: en cualquier país se encuentra que los inmigrantes usan muy poquito el sistema sanitario o mucho menos de lo que les correspondería. De hecho, es un elemento de estudio a nivel científico.

Siempre pongo este artículo, que me parece muy interesante, porque no solo tiene que ver con los sistemas sanitarios universales. Aquí estamos hablando de un artículo de la *Revista Americana de Salud Pública*, una de las revistas más importantes y más prestigiosas de salud pública del mundo, donde el profesor Leighton Ku, de la Universidad de Washington, hizo un estudio del sistema sanitario norteamericano, que, como saben ustedes, es un sistema basado en seguros privados pagados por empresas y pagados por pacientes. Pues ahí ocurría lo mismo: se tenía la sensación de que la población migrante usaba mucho esos sistemas e iba a acabar arruinando esos sistemas de seguro privado. Analizó los datos y leo literalmente el inicio de su discusión, donde dice: estos hallazgos sugieren que, contrariamente a los estereotipos, las primas de seguros pagadas por los inmigrantes pueden, en realidad, estar subsidiando cruzadamente los gastos médicos de aquellos que han nacido en Estados Unidos. Es decir, recuerda que, gracias a que hay población migrante en Estados Unidos, los sistemas de seguro privados no colapsan porque los usan mucho menos de lo que teóricamente pagan.

Finalmente, dos palabras sobre qué repercusiones tiene la situación de exclusión sanitaria que sufrimos en España. Recuerdo que cuando en el 2012 apareció la ley que inició esta exclusión ya el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas hizo un informe sobre España, donde recordaba que el Estado español se asegurase de que las reformas adoptadas de esta ley no limitaran el acceso a las personas que reciben en el Estado los servicios de salud, cualquiera que sea su situación legal, porque en España hemos firmado estos tratados. En 2018, desgraciadamente, ya con la ley aplicándose, el comité decía que le preocupaba el efecto regresivo que había supuesto este real decreto ley y que instaba al Estado a tomar las medidas necesarias para que los inmigrantes en situación irregular tuvieran acceso a estos servicios de salud necesarios.

El real decreto de 2018 mejoró, pero solo parcialmente, dejando grandes bolsas de ineficiencia. Por eso pensamos que es muy importante una nueva ley de sanidad universal que garantice la sanidad. ¿Por qué? Por ejemplo, con los datos reales que les he comentado del estudio aragonés, de ese millón de personas que fueron excluidas en el año 2012 —estos sí que son datos reales—, 385 diabéticos aragoneses dejaron de tener atención, 800 hipertensos, 80 personas con cardiopatía isquémica. La columna de la derecha es la estimación que he hecho respecto a la población total española, pero la de la izquierda son los datos reales, es decir, teníamos los datos de esos pacientes. Es una pena que una persona que está viviendo en España, que está trabajando, que sea diabético, de un día para otro le dejemos fuera del sistema, a expensas de que tenga una complicación grave, pueda fallecer o ingresar vía urgencias y, por tanto, provocar un gasto sanitario tremendo. Estos son datos reales. Datos reales en el año 2018 son los publicados por el profesor Juanmartí, de la Universidad Pompeu Fabra, con los efectos que había podido tener esta ley. Vieron que, en los tres primeros años de su aplicación, cada año había habido un exceso de setenta muertes; es decir, que en los primeros tres años doscientas personas fallecieron en España debido a esta ley de exclusión sanitaria.

Voy terminando. Lo más llamativo es que se ha estudiado el valor económico de esto. En Alemania hubo una reforma sanitaria. *PLOS One* es también una de las mejores revistas médicas del mundo y el profesor Oliver Razum —el que había publicado hace treinta años lo de la mortalidad de los turcos, que sigue investigando, es un profesor de la Universidad de Bielefeld— publicó un estudio sobre esto. Algunos Estados siguieron dando atención a la población migrante irregular, otros Estados los excluyeron y solo les permitían la atención de urgencia. Cuando analizaron económicamente qué es lo que ocurría, en los Estados donde solo se les atendía vía urgencia se gastaba 400 euros más que cuando se les atendía globalmente. No solo es una medida que atenta contra los derechos humanos, sino que nos hace gastar más al sistema sanitario público. Artículo de *PLOS One*. Este es un documento de la Agencia Europea para los Derechos Fundamentales también de 2015, en el que se analizaban varios supuestos por dejar excluida a la población migrante irregular, y aquí simplemente les traigo el informe, en su parte final, donde dice: «Este informe muestra que proporcionar cuidados regulares preventivos, en oposición a solo atención de emergencia, ahorra dinero al sistema». Después se ponían varios ejemplos, y ahí tienen la documentación.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 13

Resumiendo esta intervención, para pasar después a las preguntas, son seis las ideas clave que he querido transmitir. En primer lugar, el nivel de salud de la población migrante es muy alto, mucho mejor que el de la población de origen y mejor también que el de la población de los países de acogida. A eso lo llamamos *healthy migration effect*, y, además, resulta mucho más llamativo respecto a las personas en situación administrativa irregular. Sin embargo, su salud empeora con el tiempo de estancia en España, y eso hay que saber por qué está pasando, probablemente por temas sociales, y hay que evitarlo. Hacen un uso del sistema sanitario mucho menor del que les correspondería por edad. No hay un patrón científico sobre turismo sanitario como tal. Sin embargo, hay un claro fraude, que debemos estudiar. Y, finalmente, la exclusión sanitaria no está justificada ni desde el punto de vista de derechos humanos ni desde el punto de vista económico, como he intentado explicarles, ni desde el de la salud pública. Recordemos qué importante fue durante la epidemia COVID integrar a todo el mundo, porque, si nos protegemos todos, estamos todos mejor. No podemos dejar gente fuera del sistema. Y, por supuesto, como he intentado demostrarles, todo es desde el punto de vista científico.

El real decreto ley de 2018 fue un avance, pero insuficiente, y desde REDER esperamos que con este proyecto de ley se logre llegar en España a una verdadera sanidad, como recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Plurinacional SUMAR.

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

La verdad que ha sido un verdadero placer escucharle.

En primer lugar, quiero señalar algo importante, que es recordarnos por qué hemos llegado hasta aquí y por qué estamos hablando de esto, y es que en aquel 2012 el Partido Popular decidió romper nuestro sistema universal, en 2018 intentaron arreglarlo un poquito, pero la cuestión es que todavía nos encontramos con esos muros y esas barreras, que desde SUMAR queremos romper. Y, según escuchaba a mi compañera del Grupo Popular, creo que ya podemos avanzar, cerrar totalidad y hacer enmiendas, porque los discursos son muy parecidos, y creo que eso también hay que celebrarlo.

Sin duda alguna, su presentación ha sido magistral. Primero, evidencia, y yo creo que muchos políticos necesitamos la evidencia para gobernar y para legislar. Ha sido espectacular cómo ha roto dos binomios para mí claves para que la gente entienda muchas de esas cuestiones relacionadas. Me refiero al binomio falso entre el migrante y enfermedad, una evidencia que ha quedado clarísima, y también al binomio del migrante y el abuso del sistema. Ha quedado claro, según sus datos, que realizan menos visitas, producen menos gasto, menos ingresos hospitalarios y menos coste farmacéutico.

Sin duda alguna, como hemos podido comprobar con su presentación, lo que se provocó al cortar la asistencia en muchos casos fue que esas enfermedades crónicas, como cardiopatías o diabetes, empeoraban y, al final, se hacía un uso indebido de las urgencias; no porque ellos hicieran un uso indebido, sino porque el sistema no ha sido de darles respuesta, aumentándose los costes y el gasto sanitario, que es lo único que importa a muchos que los están aquí, el coste y el dinero. Y, en este sentido, quería indicar que, por ejemplo, el Banco Mundial, que no es que sea un ejemplo que yo ponga habitualmente, aunque aquí hay mucha gente a la que le gusta, siempre dice que el sistema universal es el más adecuado para manejar la cronicidad y el envejecimiento. Y España es un país crónico y un país de envejecidos, así que, si el Banco Mundial lo dice, habrá que hacerle caso.

Yo tengo algunas preguntas. En primer lugar, es verdad que mucho de lo que usted nos ha comentado aquí trata de prevención, mucho de lo que usted nos ha hablado aquí trata de algo que es un poco invisible y que al político le cuesta vender como un logro, y nos cuesta mucho entenderlo, aunque a lo mejor para quienes somos sanitarios nos resultan más fácil. Mi pregunta es: ¿qué podemos hacer tanto la sociedad civil como los sanitarios, que día a día intentan salvar todos estos obstáculos, así como los políticos que ahora mismo estamos aquí sentados para que se entienda todo lo que usted nos ha contado hoy? ¿Qué podemos hacer para que esto cale en la sociedad, cale en lo legislativo y que de una vez salga esta ley y España vuelva a tener un sistema universal real? ¿Qué camino podemos tomar? Porque lo académico resulta espectacular cuando lo escuchamos, pero esto a veces no cala. ¿Cómo hacemos ustedes, nosotros, la sociedad, los sanitarios? Quizás tenga usted alguna de las claves para que podamos trabajar todos en ello, para que nos creamos realmente esto y luchemos por ello.

Muchísimas gracias de nuevo. Ha sido un verdadero placer.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 14

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra su portavoz.

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

Muchísimas gracias al compareciente por su presentación.

Al margen de las edades que utilizaba para comparar la salud, es cierto que Occidente sufre problemas que son propios del primer mundo. Así pues, comparar problemas de ciudadanos del tercer mundo que vienen a Europa es hacer un poco la trampa, porque con nuestros jóvenes, respecto a la salud mental, ya tenemos un problema no solamente derivado del COVID, sino por el hecho de que nos han vendido que es un Estado de derecho y, sin embargo, nos encontramos con que España lidera los récords de consumo de benzodiazepinas para poder dormir y poder vencer la ansiedad; y, claro, todo aquel que venga a España caerá en esa ratonera y comenzará a tener que utilizar esos servicios. ¿O es que se van a mantener inmunes?

Otro tema que provoca problemas de salud mental a nuestros jóvenes es la vivienda. Si no construimos viviendas y traemos a un millón de personas, cuando ni hay viviendas para los que hay ahora, y mañana o al año que viene traemos a otro millón de personas, ¿qué hacemos? ¿Dónde los metemos? ¿Los hacíamos en un piso, y dentro de ese piso les alquilamos una habitación, como pretende solucionarlo ahora el Gobierno? Luego está el empleo, con precarización y encadenamiento. Usted ha dicho que vienen a ganarse la vida, pero, cuando se den cuenta de que aquí, aunque tengas un trabajo garantizado de cuarenta horas, no te puedes ganar la vida.... Y el compareciente anterior lo ha dicho, que, con los problemas de pobreza que hay, con la inmigración ilegal, que directamente vulnera la ley, esa no es una solución, aunque yo entiendo que usted viene aquí a mostrar un informe económico al respecto.

Después se hace una justificación de la pirámide poblacional. En ningún momento estamos viendo en Occidente hacer políticas de natalidad que pudiesen colaborar a revertir la situación. Todo es traer inmigración ilegal, y no hay intención de revertir la pirámide poblacional. Usted ha dicho que no hay presencia, como se indica en el informe, acerca de enfermedades que vienen de fuera. Hay enfermedades que hemos tenido por la globalización —como el COVID, que no se originó en España—, que vienen de fuera y se extienden por todo el mundo. Hay enfermedades que traen las personas que vienen como inmigrantes ilegales; y vaya por delante que desde VOX jamás vamos a negar el pan a nadie, como tampoco una atención de urgencia, pero no podemos ser es el hospital del mundo o el hospital de África. Lo decimos reiteradamente porque es la verdad. Si ni siquiera podemos garantizar un acceso de equidad a los propios españoles, es decir, si aún no hemos sido capaces de dar solución a los problemas que venimos arrastrando desde hace décadas en España, ¿cómo pretendemos aumentar la población a través de la inmigración, sea legal o ilegal, si no estamos aumentando los recursos? Usted podría preguntar después dónde los va a meter, en qué hospitales, en qué camas. Dice usted que llegan sanos, pero más tarde lo van a necesitar, van a hacer ese uso, y entonces es cuando van a llegar los problemas. Además, esos servicios los estamos pagando entre todos y se han conseguido con el sudor y el sacrificio de todos los españoles durante décadas. En definitiva, ante su informe, yo simplemente lo que digo, con todo el respeto del mundo, es que España no puede ser el hospital del mundo y que ni siquiera podemos garantizar la sanidad. Y lo hemos visto antes, porque ni siquiera somos capaces de garantizar un techo. ¿Usted está viendo la cantidad de personas ilegales que hay vendiendo en el top manta, víctimas de las mafias, y que el servicio está colapsado en todas las colas del hambre que hay? Ni siquiera a los residentes se lo podemos garantizar, y aquí estamos hablando solo de sanidad, pero, respecto a cuando de verdad los necesitan, el problema es que los servicios ya están colapsados. Esa es la realidad.

Por otra parte, compara usted a un español de 52 años con otra persona de 38 años. Oiga, vamos a comparar a dos personas que tenga 52 años y las carencias que tenemos los occidentales, a quienes nuestro ritmo de vida nos ha llevado a batir el récord del mundo a la hora de consumir pastillas para dormir, y esa es la realidad. Cada vez hay más pobreza, más servicios saturados, tenemos un problema gravísimo de salud mental en España y no somos capaces de dar respuesta porque ni siquiera tenemos infraestructuras suficientes, no tenemos medios sanitarios, y, en lugar de hacer políticas de natalidad, dicen que la solución es traer inmigración, legal o ilegal, descontrolada. Y esa no es la solución, señorías, porque nuestro servicio de sanidad está saturado, y ni siquiera es equitativo. Lo estamos viendo, que es incapaz de dar solución a los problemas que tenemos en España.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 15

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra su portavoz.

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

Buenas tardes, señorías.

Bienvenido, señor Gimeno, a esta Comisión de Sanidad. Quiero comenzar mi intervención dándole las gracias en nombre del Grupo Parlamentario Socialista por sus palabras y, especialmente, por su compromiso y el de las asociaciones que usted representa hoy aquí por la defensa constante de la sanidad pública y los derechos sociales.

Compartimos con usted que el acceso universal a la atención sanitaria debe quedar por encima de cualquier consideración burocrática o económica. Estamos comprometidos en blindar la universalidad del Sistema Nacional de Salud por una cuestión de decencia y justicia. De ahí este proyecto de ley, que tiene como objetivo consolidar la equidad, la universalidad y la cohesión sanitaria. Y con esta base trabajamos, la de hacer realidad la sanidad pública, universal y de calidad que defendemos, porque el acceso a la atención sanitaria no puede depender nunca de un papel, de un trámite o de un estatus administrativo, porque entendemos que la salud es un derecho de ciudadanía, y no una concesión.

El texto legislativo que hoy debatimos pretende restituir el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones para todos los residentes en España, sin distinción de estatus administrativo. Esto significa que recuperan la cobertura sanitaria los ciudadanos españoles en el extranjero, los extranjeros por reagrupación familiar y todas las personas que vivan aquí, con independencia de si tienen o no un permiso de residencia. Además, tendrán garantizada la atención sanitaria personas solicitantes de protección internacional, personas solicitantes y beneficiarias de protección temporal víctimas de trata de seres humanos. Y todo ello viene a terminar con los efectos devastadores del real decreto del año 2012 del Partido Popular, que quebró el modelo del Sistema Nacional de Salud, sustituyendo la universalidad del sistema por un modelo que ha dejado desprotegidas y sin tarjeta sanitaria a más de 873 000 personas. Y este camino lo iniciamos en el año 2018. Este proyecto también refuerza la equidad y la cohesión de nuestro sistema, recupera la cartera común de servicios única, que unifica todos los servicios básicos y complementarios y que prohíbe expresamente nuevos copagos. En un momento en que los discursos de odio aumentan día a día en nuestro país, discursos que no son una simple desviación del lenguaje, sino la antesala de la violencia, el caldo de cultivo de la exclusión, este Gobierno apuesta por todo lo contrario, por la universalización de un servicio público tan importante como es la salud.

Querría plantearle varias cuestiones. Respecto a una de ellas ya ha dado usted cuenta de sobra, pero me parece tan importante que quiero a señalarla de nuevo por si tiene usted algún dato más al respecto. Sabe que se quiere recuperar —lo hemos visto estos días en Valencia— el bulo racista sobre que las personas migrantes usan más que las nacionales los servicios públicos, y, en concreto, el sistema sanitario. Usted, como experto, nos lo ha dejado muy claro, pero, si nos puede dar algún dato más o hacer alguna reflexión más al respecto, le escucharemos encantados.

También querría plantearle en qué cuestiones concretas creen que mejoraría el proyecto de ley.

Le agradezco de nuevo su intervención y tenga por seguro que tendremos muy en cuenta sus aportaciones.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

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

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

Señorías, buenas tardes.

Buenas tardes también al doctor don Luis Andrés Gimeno Feliu. Muchísimas gracias por su comparecencia hoy en la Comisión de Sanidad. Su trayectoria profesional y académica se caracteriza por un compromiso firme con la equidad, la salud pública, la defensa de un sistema sanitario basado en valores de justicia social y universalidad efectiva. Además, ha desempeñado un papel relevante en el debate sanitario español desde hace más de una década —me comentaba al principio que desde hace más de veinte años, con lo cual son más de dos décadas—, y su trabajo en plataformas y grupos de investigación sobre inequidades en salud ha permitido documentar el impacto de distintas políticas respecto al acceso a la sanidad de diversos colectivos vulnerables, al tiempo que ha aportado evidencia científica en los trabajos realizados.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 16

En relación con el proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud, hemos observado que su posicionamiento conviene a un apoyo nítido a sus fines, pero con críticas a su desarrollo técnico y metodológico. Por un lado, respalda la recuperación plena del derecho a la atención sanitaria como un principio inherente a la dignidad humana, alineado con los compromisos de España en materia de derechos humanos y salud pública, y, sin embargo, también ha expresado reservas significativas respecto a algunos aspectos del actual texto, como la falta de consenso técnico y político en su elaboración, denunciando la escasa participación de expertos, universidades y comunidades autónomas en el proceso. Asimismo, ha subrayado la ausencia de una memoria económica y un análisis financiero detallado, recordando que la universalidad no puede garantizarse sin un sustento presupuestario estable y evaluable. También ha planteado la necesidad de reforzar los mecanismos de cohesión interterritorial, dado que la efectividad del derecho a la salud depende de una coordinación real entre comunidades autónomas, y advierte del riesgo de crear un estándar homogéneo pero con implementaciones dispares, lo que podría derivar en desigualdades estructurales en el acceso. En definitiva, y corrija me si no es así, doctor Gimeno, lo que defiende es que la ley debe trascender lo declarativo y consolidar una universalidad real, evaluable y financiada, garantizando que cada persona residente en España tenga acceso a la sanidad, sin barreras, pero dentro de un marco sólido, transparente y sostenible.

Por todo ello, y como aquí no solo estamos para escuchar, sino también para aprender, desde el Grupo Parlamentario Popular nos gustaría realizar una serie de preguntas para conocer su opinión, debido a su experiencia, sobre ese respaldo a la necesidad de garantizar la sanidad universal como un derecho básico. En primer lugar, ¿cuáles son los factores que considera imprescindibles para que la universalidad sea efectiva y no meramente declarativa? En segundo lugar, ha señalado en varias ocasiones la falta de participación de comunidades autónomas y expertos en la redacción del texto. ¿Qué modelo de gobernanza o cooperación consideraría más adecuado para corregir esa carencia? Finalmente, en una legislatura en la que el Gobierno todavía no ha aprobado un presupuesto, usted ha reclamado un marco financiero claro para esta ley. Por eso, ¿cuál es su valoración sobre una ley que amplía derechos sanitarios sin una memoria económica que detalle su impacto presupuestario?

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Su turno de réplica, señor Gimeno.

El señor **GIMENO FELIU**, (profesor titular de Medicina en la Universidad de Zaragoza y representante de la Red de Denuncia y Resistencia al Real Decreto Ley 16/2012): Muchas gracias, de nuevo, por reflexionar e intentar aprender para hacer una buena ley de sanidad universal, que nos ayude a mejorar como país.

Por un lado, se hablaba de cómo mejorar el proyecto de ley. Desde REDER tenemos claro que su redacción no debe dar lugar luego a arbitrariedades en su aplicación respecto de una comunidad a otra. Entonces, nosotros abogamos por reformar el artículo 3 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en referencia a quiénes tienen efectivamente los derechos. Tengo aquí la redacción que nosotros hemos propuesto, que hemos enviado ya como propuesta, porque pensamos que no podemos dejarlo con una gran indefinición y que en cada comunidad autónoma e, incluso, en cada centro sanitario se interprete la ley. Esto sí es muy importante. Todas las personas, por el hecho de tener una residencia efectiva en España, han de tener derecho a una sanidad universal.

También tenemos claro que la ley debe dejar recogida la cuestión referida a que en el momento de hacer la solicitud ya puede ejercer su derecho y *a posteriori*, si hay algún problema, se requerirá. Es decir, no puede haber plazos indebidos, como viene ocurriendo en muchas comunidades, eso de que eche usted los papeles y ya hablaremos, porque el derecho a la atención sanitaria es un derecho fundamental, y no puede quedar de esa manera. Claramente, debería acompañarse de un reglamento, y que los detalles más técnicos se pusieran blanco sobre negro para evitar que eso ocurra.

Y también pensamos que no se deben hacer circuitos paralelos, como viene sucediendo con la ley actual en cuanto a tramitación de tarjetas sanitarias. Es decir, todo el mundo tramita la tarjeta sanitaria en un centro de salud, que es el sitio más cercano y accesible para todos, y no puede ser que en algunos sitios estemos creando unidades específicas donde haya lista de espera, de modo que, como comentaba el portavoz del Grupo Popular, el derecho que en principio aparece en el papel no resulte efectivo. Creo que es muy importante que eso quede regulado; de hecho, como estaba regulado antes. Hasta el año 2012 eso era muy sencillo, y para el resto de la población es así. La población habitual no tiene que ir a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 17

un centro especial para obtener tarjeta sanitaria; va a su centro de salud, donde normalmente en el día o al día siguiente se la van a dar. Y esto nos parece fundamental.

Por supuesto, es muy importante dar una solución clara respecto a la población reagrupada, con ascendientes reagrupados, que con la ley actual quedan fuera. Por tanto, estos serían los factores, y, fundamente, que la redacción del artículo 3 deje claro quién tiene acceso. Para nosotros esa es una cuestión ineludible, porque está produciendo situaciones de desigualdad y arbitrariedad tremendas.

Ya he comentado que, curiosamente —yo fui el primero que me sorprendí de todo esto hace veinte años—, la población migrante usa poco el sistema sanitario. Probablemente, no me he explicado bien, y, por tanto, es culpa mía, respecto a la duda que tenía el portavoz de VOX en cuanto a la comparación. En todos nuestros artículos, como el resto de los científicos del mundo, comparamos ajustando por edad. Se llama estandarización de tasas, ese es el nombre técnico. Y los datos que damos acerca de que solo los están usando un 10 o un 20% es ajustando. Es más, en el estudio de nuestro grupo de trabajo, como tenemos la suerte de tener la población anonimizada —yo no sé quiénes son, pero conozco hasta sus enfermedades—, lo hemos ajustado por problemas de salud. Es decir, no solo hemos ajustado pacientes de 40 años con otros de 40; hemos ajustado paciente de 40 años diabético con otro paciente de 40 años diabético. Y, sorprendentemente, la población migrante, incluso ajustando por necesidad, porque también hemos dicho que eran más jóvenes, usan poco el sistema sanitario.

De hecho, me llama la atención que a veces en España hacemos el discurso de que saturan o sobreúsan, y, en cambio, en países como Alemania tienen claro que no es así, y, por tanto, están investigando qué pasa con la población migrante para que, con la misma enfermedad, usen tan poco el sistema sanitario y encima se mueran menos. Es decir, hay aspectos que claramente serán negativos —problemas de accesibilidad, de exclusión—, pero probablemente hay aspectos de resistencia, de resiliencia y en algunos casos de mejor uso del sistema sanitario. Creo que todos identificamos que en nuestra sociedad hemos mejorado en muchos aspectos, y, sin embargo, a veces nos hemos medicalizado en exceso, o sea, no siempre en sanidad más es mejor, más pruebas y más diagnósticos. Todo el mundo recuerda cómo nuestras abuelas no nos llevaban al médico por un catarro el primer día. En algunos casos, hemos mejorado mucho en accesibilidad al sistema sanitario, pero puede que sin querer hagamos un consumo innecesario. No lo he traído, pero hicimos un estudio sobre el consumo de antibióticos, y sabemos que España tiene un consumo excesivo respecto a Europa y que los migrantes tienen un uso mucho menor que los españoles. Igual tenemos que dar una vuelta a pequeñas cosas que hemos creado, pero, efectivamente, el uso que hacen es menor, ajustando por edad y por necesidad. Por tanto, ese es un aspecto para aprender.

Respecto al nivel de financiación, voy a poner un ejemplo aproximado, en orden de magnitudes. Normalmente la financiación que se da a las comunidades autónomas es por población asignada, es decir, hay pequeños ajustes por edad, territorialidad, insularidad, a veces dispersión, pero fundamentalmente se tienen en cuenta las tarjetas sanitarias de mayores de 65 años y cuántas tarjetas son de menores. Por ejemplo, cuando en el año 2012 llegó la ley, hubo un millón de personas que perdieron la tarjeta sanitaria. Pongamos que en Cataluña hubiese en aquella época cien mil inmigrantes. Hasta ese momento la consejería de Cataluña recibía de los presupuestos —ahora creo que estamos en 2000 euros de gasto sanitario por habitante en sanidad— por esos cien mil inmigrantes irregulares 200 millones de euros. Llega la nueva ley, los excluimos, y, por tanto, como ya no constan como tarjeta sanitaria, dejó de recibir esa financiación. Pero lo curioso es que, de esos 200 millones de euros que me daban por esos inmigrantes, como usaban muy poco el sistema, realmente empleaban 60 millones. O sea, con la ley lo que conseguimos es infrafinanciar la sanidad catalana —me daría igual en Aragón o Andalucía— con 140 millones de euros menos. Por tanto, la población catalana residente en aquel momento, en el año 2012, recibió peor atención sanitaria porque habían perdido la financiación de aquellos que no lo usaban. Y lo gordo es que, como había que atender vía urgencias a esos cien mil cuando se ponían malos, el estudio alemán demostró que costaban 50-60 millones. Es decir, dejar fuera del sistema sanitario es más costoso. No sé si me estoy explicando bien. Y esto hace que, cuando excluyo a los inmigrantes del sistema sanitario, la atención de la población española sea mucho peor a nivel de sistema sanitario. Y creo que estas reflexiones en Alemania, por lo que he hablado con compañeros de aquel país, las tienen claras desde hace años para ver cómo mejorar. Entonces, hacer un diagnóstico erróneo o un marco teórico erróneo acerca de lo que está pasando nos va a llevar a soluciones erróneas. No sé si he logrado hacerme entender, pero me parece una cuestión importante.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 18

Este es el ejemplo macro, y el ejemplo micro es que Mamadou, un paciente mío, senegalés de 52 años que había sido regular pero había caído en el paro —y saben ustedes que, por la ley de extranjería, si estás mucho tiempo en paro, cuando te toca renovar, pasas a la situación de irregularidad sobrevenida—, el 1 de septiembre del 2012, cuando llevaba siete años conmigo —llevaba años con nosotros, tenía vecinos, amigos— quedó en situación irregular, y a partir del 1 de septiembre no pude atenderle. Era un diabético tratado con metformina y recuerdo que la caja de cincuenta comprimidos valía 5 euros, y, sin embargo, no podía recetársela, no podía hacerle un análisis de glicada cada seis meses, y teníamos que esperar a que entrase en coma diabético e ingresase en el Miguel Servet, lo cual costaba miles de euros. Por eso el estudio alemán es tan relevante en este sentido. En este caso es mucho más costoso tenerles fuera que dentro, aparte de que siempre reivindico el tema referente a derechos humanos.

Preguntaba la portavoz de SUMAR qué hacer. Creo que primero explicar, contar la verdad, como estamos intentando hacer. Tudor Hart, un médico británico que también trabajaba en el sistema sanitario y publicó en *The Lancet* el artículo *La ley de los cuidados inversos*, decía que el sistema nacional de salud británico, que también es parecido al español, es un acto de amor, un acto de solidaridad. De hecho, es la institución más querida por los británicos. El sistema nacional español, según las encuestas CIS, es uno de los elementos que más orgullosa se siente la población española. Entonces, creo que todo lo que se pueda hacer desde el Congreso de los Diputados por reforzarlo y potenciarlo creo que ayudaría; y, por supuesto, legislar para mejorar respecto a esos pequeños huecos que están dejando fuera a población. Creo que legislar también es performativo, o sea, la realidad crea la ley, pero la ley también crea la realidad. En el momento en que reconocemos unos derechos, eso hace que con el paso de los años todos entendamos que es normal.

Para terminar, Rudolf Virchow, médico prusiano —para quienes seáis sanitarios, es el creador de la medicina moderna, lo hemos estudiado en Anatomía Patológica, sobre biopsias y ganglios—, decía que la medicina es una ciencia social. Y, curiosamente, decía —y siempre me ha llamado la atención— que la política no es otra cosa que medicina a gran escala. El progreso en medicina eventualmente debería prolongar la vida humana, pero la mejoría de las condiciones sociales —vivienda, trabajo, sistema sanitario— podrán obtener este resultado con mayor éxito y rapidez. Entonces, desde REDER, desde la Sociedad Española de Medicina de Familia quiero invitarles a que hagan medicina a gran escala y saquen adelante esta ley, que espero que salga pronto, porque va a beneficiar a los inmigrantes en situación irregular y a toda la población española, en su conjunto.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctor Gimeno.

— **DE LA DIRECTORA EJECUTIVA Y COFUNDADORA DE LA FUNDACIÓN SALUD POR DERECHO (LÓPEZ GARCÍA). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000469).**

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, tenemos la comparecencia de doña Vanessa López García, cofundadora y directora ejecutiva de la Fundación Salud por Derecho, quien tiene la palabra. Adelante.

La señora **DIRECTORA EJECUTIVA Y COFUNDADORA DE LA FUNDACIÓN SALUD POR DERECHO** (López García): Buenas tardes.

Muchísimas gracias por la invitación. Soy Vanessa López, directora y cofundadora de la Fundación Salud por Derecho y, para quien no nos conozca, somos una organización dedicada a defender globalmente el derecho a la salud. Trabajamos desde hace más de veinte años en diferentes cuestiones determinantes en temas políticos, sociales, económicos y medioambientales de la salud y desde hace mucho tiempo trabajamos siendo parte de REDER, donde han estado algunos compañeros también que han pasado o pasarán por esta Comisión. Yo estoy muy contenta de estar hoy aquí para hablar de la reforma de esta ley, que llevamos mucho tiempo intentando modificar.

Me gustaría comenzar diciendo que —seguramente mis compañeros han hecho esta misma reflexión—, a pesar de que el Real Decreto Ley 7/2018 supuso un avance muy significativo en algunos aspectos, resultó insuficiente porque no garantizó una verdadera universalidad en la implementación y, a pesar de la clara vocación que tenía esta reforma desde el momento de su entrada en vigor, se pudo comprobar que en diferentes territorios o comunidades autónomas las interpretaciones que se hacían de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 19

esta ley eran claramente contradictorias entre diferentes territorios y también conforme al propio espíritu del real decreto.

También me gustaría decir que la legislación actual está dejando fuera del sistema a personas en todos los territorios del Estado español, incluso en aquellos lugares como, por ejemplo, Euskadi o Cataluña, donde en la interlocución que hemos tenido con diferentes portavoces de los grupos parlamentarios o de los propios Gobiernos autonómicos nos dicen que esto es así, y realmente lo estamos viendo también en estos territorios donde nos vienen a decir que el marco normativo reglamentario es más avanzado, no únicamente la sociedad civil, que viene desde hace años recogiendo numerosos casos de personas que quedan excluidas. Por ejemplo, el último informe de Médicos del Mundo del año pasado hablaba de que en treinta y dos meses había tratado con treinta mil casos de personas que fueron expulsadas del sistema sanitario por causas administrativas. Ellos citan otras causas, pero solo treinta mil por causas administrativas. Pero también estudios del *British Medical Journal* han venido evidenciando estas exclusiones y los efectos que tienen en la salud de las poblaciones, tanto aquellas que quedan excluidas como el resto de la población en general.

También me gustaría incidir en que el Comité de Derechos Económicos y Sociales se ha pronunciado en diferentes ocasiones sobre esta cuestión y señala que los Estados que son parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tienen la obligación de garantizar los derechos reconocidos en este pacto, y dice textualmente: ... en relación con todas las personas que están bajo la jurisdicción del Estado, sin discriminación alguna por motivo de nacionalidad u otro estado. En ese sentido, el estatus migratorio no puede constituir una causa de discriminación para el acceso a derechos económicos, sociales y culturales.

También el Comité de Derechos Económicos y Sociales, en su Observación general número 14, que específicamente es sobre el derecho a la salud, afirma textualmente que los servicios, las instalaciones y los bienes comprendidos en el artículo 12.2 deben estar disponibles —en este caso la atención sanitaria— en cantidad suficiente y asequible a todas las personas sin discriminación alguna basada en otro estado. Habla de que esta aplicación tiene que darse en los refugiados, solicitantes de asilo, apátridas, migrantes o víctimas de trata, cualquiera sea su condición jurídica o de documentación.

Por finalizar esta primera parte, también quería sacar a colación los diferentes informes, en 2023 y en 2020, del relator especial de Naciones Unidas sobre derechos de los migrantes, donde específicamente en el caso de España recuerda la obligación del Estado español y del resto de los Estados de garantizar el derecho a la salud de todas las personas sin discriminación por motivos de estatus migratorio. Aquí quería simplemente recoger algunos de los marcos internacionales normativos, algunas fundamentaciones sobre la atención sanitaria a migrantes indocumentados que residen en nuestro país.

Ahora me gustaría entrar un poco en argumentos a favor de la universalidad de todas las personas que residen en España, independientemente de su estatus administrativo, y me gustaría recoger algunos puntos argumentativos. Todos los comparecientes que me han precedido y yo misma hablamos de que el objetivo fundamental es el derecho a la salud que todas las personas tenemos, cómo esto está recogido en los diferentes marcos de derechos humanos a los que se ha acogido España, pero también —porque sé que va a ser fuente de discusión y habrá que tenerlo en cuenta— algunos otros argumentos que son quizás más utilitaristas, y lo quiero remarcar de esta manera porque no son los objetivos fundamentales para mí, pero sé que de alguna manera para algunos diputados y diputadas pueden ser relevantes a la hora de discernir.

En primer lugar, tiene que ver con la fundamentación en derechos y el principio de universalidad. La cobertura sanitaria universal debe significar, y así está recogido por la OMS, el llamado *universal health coverage*, que nadie, absolutamente nadie, queda fuera, independientemente de su origen o situación administrativa, y así lo expresa la OMS claramente, y dice textualmente en sus múltiples documentos en los que hace referencia a este concepto: «Para lograr verdaderamente una cobertura universal de salud inclusiva, los refugiados y migrantes deben poder disfrutar del acceso oportuno a servicios de salud de alta calidad y asequibles [...] cualquiera que sea su motivación, circunstancia, origen o estatus migratorio». Además, la Organización Internacional para las Migraciones también reafirma esta visión y dice textualmente que la cobertura sanitaria universal no será universal a menos que incluya a migrantes, independientemente de su estatus. Los diferentes representantes de España, bien en las Cámaras o en los Gobiernos autonómicos, hablan de que tenemos en España una cobertura universal de salud. Pues bien, mientras que no estén incluidos los migrantes, también los que están en situación irregular, no la tenemos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 20

El segundo argumento, en relación con la salud pública, es que proteger a todas las personas que están en nuestro territorio nos protege a todos. Creo que es el argumento que también estaba utilizando mi compañero cuando he entrado. La exclusión de cualquier grupo de la atención primaria o de los programas de prevención debilita la salud pública de toda la comunidad. En ese sentido, la OMS advierte de que los huecos, por ejemplo, en la vacunación o en cribados o en atención inicial aumentan el riesgo de brotes o reducen la eficacia de los programas de control de enfermedades infecciosas. Pero, por otro lado —esto creo que es importante resaltarlo—, las evidencias nos dicen que los principales problemas de salud que tienen los migrantes indocumentados en nuestro país no son enfermedades infecciosas, no son la tuberculosis ni el VIH, son condiciones de salud como el resto de la población, normalmente también crónicas, como puede ser la diabetes o incluso el cáncer.

Otro argumento importante, en este caso mucho más utilitarista que el resto, es el económico, y es que incluir a todas las personas migrantes en la atención sanitaria en nuestro país cuesta menos que excluir. La OMS y la Organización Internacional para las Migraciones utilizan datos y argumentos económicos sobre la eficiencia de incluir a todas las personas. Por ejemplo, algunos datos que da la Organización Internacional para las Migraciones dicen que tratar de forma temprana en atención primaria a las personas pueden suponer ahorros de entre el 49 y el 100 % frente a la atención de urgencias, que es lo que suele ocurrir cuando las personas no son atendidas convenientemente en atención primaria o son excluidas. Esta evidencia también la recogen muchos estudios de *The Lancet* o del *British Medical Journal*, que puedo compartir si lo necesitan. El propio Banco Mundial, por ejemplo, en su informe sobre desarrollo de 2023 hace una mención clara a los beneficios económicos que obtienen todos los países cuando adoptan políticas de inclusión social y acceso a servicios básicos universales para todo el mundo. Por tanto, creo que la reflexión es clara: invertir en cobertura inclusiva no es un gasto, sino una medida de eficiencia económica y de protección social, que también tiene sus beneficios económicos.

Otro argumento a favor de la universalidad tiene que ver con la sostenibilidad del sistema sanitario. Aquí hay un informe interesante de la OCDE sobre resiliencia de los sistemas sanitarios, sobre todo en situaciones de crisis. Este último informe de la OCDE, que se llama *Salud de un vistazo —Health at a glance—*, concluye que los sistemas de salud son más resilientes, se adaptan mejor a la hora de lidiar con las diferentes emergencias o contingencias que surgen cuando son universales, integran a los migrantes y eliminan las barreras de acceso.

Estos dos informes de los que estoy hablando explícitamente recomiendan mejorar la recopilación de datos sobre las condiciones de salud de las personas migrantes, entre otras cosas, también para desbancar ciertos mitos, como, por ejemplo, el que he referido anteriormente de que las personas migrantes tienen un número alto de casos de enfermedades transmisibles en comparación con la población autóctona. Claramente, la OCDE recomienda eliminar las barreras administrativas a su acceso, por ejemplo, las que incluye los requisitos de residencia y todas las circunstancias y barreras que se vienen aquí debatiendo.

Finalmente, hay un argumento claro sobre la base de la cohesión social y la equidad. Aquí también quiero citar a la propia OCDE y a la Comisión Europea, que hablan de que, garantizando el acceso a la salud de la población migrante, luchamos eficazmente contra las desigualdades en salud y fomentamos la cohesión social. Eso lo recoge explícitamente el informe del Banco Mundial del año 2023 sobre migración, refugiados y sociedades.

Se me está acabando el tiempo. Quería referirme a la prestación farmacéutica. Al margen ya de otros argumentos, en muchas ocasiones se habla de que los migrantes indocumentados hacen un uso mayor de los servicios sanitarios y, como seguramente han contado mis compañeros, las evidencias nos dicen lo contrario, y ocurre lo mismo con la prestación farmacéutica. Un estudio de Luis Andrés Gimeno, justamente, viene a mostrar que el gasto farmacéutico anual de la población autóctona venía a ser en torno a 317 euros por año; el de la población inmigrante regular, 69 euros, y el de la población inmigrante indocumentada, de 8 euros. Esto es un argumento más a favor de que incluir a estas personas no va a tener un mayor costo para el sistema sanitario, justamente porque la evidencia nos dice lo contrario.

Además, para terminar, entrando en las recomendaciones, nos parece fundamental que, a la hora de diseñar las prestaciones farmacéuticas de la población migrante indocumentada relativa a la atención sanitaria, tenga los mismos supuestos de excepciones de copagos o aportaciones que puedan tener las personas en situación de vulnerabilidad que residen en España o son autóctonas. Me parece que esto es muy importante y que ahora mismo no está así recogido.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 21

Para finalizar, me gustaría remarcar otras dos recomendaciones generales. Para nosotros es fundamental que esta reforma de la ley incorpore que los titulares del derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos sean las personas extranjeras con residencia efectiva en el territorio español, que tienen que ser titulares de ese derecho, y que esta residencia tiene que acreditarse mediante el padrón o por otros medios alternativos que no supongan una barrera a tener la tarjeta sanitaria, que en todo caso tiene que contemplar a aquellas personas que se encuentran en nuestro país, aunque no sean residentes, como son los menores de edad, independientemente de la situación administrativa, las extranjeras embarazadas, especialmente durante el embarazo, el parto y el posparto. Fundamentalmente, pedimos eso, que ahora mismo estaba excluido de la redacción.

Creo que lo puedo dejar aquí. Es importante resaltar, como decía al principio, que necesitamos revisar de nuevo esta norma porque la que tenemos hasta el momento, que se suponía que iba a resolver la exclusión sanitaria de la legislación anterior, no está funcionando. Lo estamos viendo en la implementación en los diferentes territorios. Necesitamos que se modifique la ley para que pueda haber una interpretación que sea conforme al espíritu de la legislación, que sea garantista y que, además, haya una equidad en su implementación en todos los territorios del Estado español.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Vamos a empezar el turno de los grupos parlamentarios.

Por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, tiene la palabra el señor Cofiño Fernández.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes, señora López. Muchísimas gracias por su intervención. Gracias a los tres ponentes por sus intervenciones. Quisiera hacer un par de reflexiones porque no hay mucho más que aportar. Creo que las tres intervenciones han sido complementarias y muy necesarias para este trabajo que nos corresponde.

Quiero hacer una pequeña aclaración inicial al comentario que ha hecho el diputado de VOX anteriormente en relación con lo de que el código postal es más importante que el código genético. Preguntaba si la frase se atribuía a SUMAR o a VOX. Soy una persona a la que no le gusta pecar de soberbia, pero la respuesta es fácil porque la frase es mía. **(Risas)**. La frase es mía. Tengo un blog pequeñito sobre salud comunitaria desde el año 2006 que tiene su impacto. En el año 2012, en ese blog se tradujo una entrada —no es mía directamente, es una traducción de un texto de la Robert Wood Johnson Foundation— donde se mencionaba eso. Decía: En términos relacionados con la salud, el código postal parece ser más importante que el código genético. Traduje en aquel momento aquella frase, que se popularizó. En aquella entrada se colgaba el texto junto a un mapa de la línea de metro de Londres, donde señalaba las diferencias de mortalidad solamente en seis paradas de esa línea de metro de Londres. El código postal tiene mucha relación con todo lo que estamos hablando hoy en la comisión.

También tiene mucha relación con un término acuñado por un asesor de George Bush en el año 2004, Karl Rove, que mencionaba una frase que yo llevo muchas veces en una camiseta: *reality-based community*, la comunidad basada en la realidad. En aquel momento, el asesor de George Bush expulsó a muchos críticos que había con su Gobierno. Decía que se centraban demasiado en los datos y las evidencias y que la realidad era otra cosa. De hecho, el asesor Karl Rove decía directamente: Ahora somos un imperio y, cuando actuamos, creamos nuestra propia realidad. Yo creo que la importancia de esta comisión y la de nuestro trabajo parlamentario y político es tener en cuenta que tenemos que trabajar basándonos en la realidad y en los datos. Lógicamente, puede haber opiniones, pero son opiniones. Es decir, yo creo que en las tres intervenciones se han presentado de forma rigurosa datos para explicar por qué es importante que en este país tengamos una universalidad en nuestro sistema sanitario. Y, si la realidad en datos no interesa, lo que hay que decir claramente es que no queremos que entre gente negra en nuestro sistema sanitario y que preferimos tener un sistema por la puerta de atrás que segregue.

Cuando utilizaba en su intervención el término de cohesión social es esto, la cohesión social tiene que ver con los derechos humanos y tiene que ver con el tema de no segregar a las personas y que no tengamos sistemas diferenciados según aspectos relacionados con la etnia, con el color de tu piel, con tu orientación sexual o con otros factores. **(El señor vicepresidente, Pose Mesura, ocupa la Presidencia)**. Creo que se han expuesto de forma rigurosa datos, lo decía antes nuestra portavoz. Tenemos que dar un paso adelante y tenemos que tener un compromiso político entre todos los grupos parlamentarios de esa comisión para intentar agilizar y aprobar esta ley. Es dar cumplimiento a que el código postal no solamente sea un término o un eslogan, sino que se pueda llevar a la práctica en nuestro país por diferentes motivos,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 22

desde el marco de los derechos hasta el marco de la sostenibilidad y la importancia, como también señalaba el ponente anterior, de mejorar la salud de la población inmigrante y de la población autóctona.

En relación con todo esto y un poco por ir a la intervención, al grano, ha mencionado un aspecto al final, que quizás, si quiere, podría explicar un poco más en detalle su visión sobre el texto normativo, qué le parece y qué elementos podrían ser mejorables en cuanto a la tramitación o el debate que podamos tener a partir de ahora en esta Cámara.

Muchísimas gracias por el trabajo de su asociación, que también nos ha aportado al principio. El trabajo de las asociaciones e instituciones es fundamental para poder ser escuchadas en esta Cámara y trabajar y mejorar el país.

Muchas gracias.

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

Por parte del Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor García Gomis, don David.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, Modesto; muchas gracias, presidente.

Vamos a enterrar el hacha de guerra con el tema del código postal. En Alicante está la Oficina de Patentes y Marcas, por si quiere que le lleve algún documento para allá. **(Risas)**. Pero me va a permitir, después del chascarrillo, que nos pongamos serios.

Aproveche usted y añada al blog que, mientras la vida o la muerte en España dependa del código postal, no podemos hablar de universalidad. Porque la realidad es esa. En cuanto a la compareciente, empáticamente, podríamos hacer la misma intervención que hemos hecho en la anterior comparecencia, porque más o menos ha ido en la misma línea. El problema que tenemos es que en el papel todo queda muy bonito. Yo sé que tienen ese teclado especial donde luego ponen transversalidad, universalidad y esas cosas, porque el papel, al final, lo aguanta todo, pero el problema es cuando unos señores escriben cosas que van en contra de la realidad en España. Se lo acabo de decir al señor Cofiño: en España, ahora mismo, el código postal, simplemente el código postal, te indica si tienes una sanidad o tienes otra por lo cual no podemos hablar de universalidad mientras no acabemos con la falta de equidad en el acceso a la sanidad.

Pero es que hay otra realidad más allá: España es un país de acceso o de entrada, como quieran decirlo, de los flujos migratorios. Somos uno de los países que más sufre la inmigración para entrar a Europa, junto con Italia y Grecia. Y la realidad es que España tiene un problema de saturación, de listas de espera. La ministra García, en su primera intervención, vino a hablar de que había que reducir las listas de espera y ahora, en el Pleno, el otro día, hizo así: ¡Chusa, chusa **(extiende repetidamente las manos hacia delante)**, que no quiero saber nada de las listas de espera, que están subiendo! Y esa es la realidad. La realidad es que tenemos ese problema de saturación y vamos a hacer un cambio de modelo hacia la cronicidad. Es decir, no solamente tenemos el envejecimiento de los españoles, sino también un mayor consumo de medicamentos y una mayor atención, que están generando un colapso que ustedes quieren negar. Hay que dejar algo claro: si un inmigrante entra de manera ilegal, vulnera la ley. Y, si vulnera la ley, no puedes participar en ningún momento de la hucha común ni del Estado de derecho ni del estado de bienestar, porque no aportas. Por tanto, eso de que es más barato tratarlos que no tratarlos... ¡Oiga!, es más barato proteger nuestras fronteras y garantizar una sanidad de calidad y un acceso en equidad a los españoles.

Lo voy a decir: No se puede hablar de universalidad si no hablamos de una misma lista de espera para todos, dependiendo no solamente de la región en la que vivas, porque, dentro de la misma provincia, puedes encontrarte desde sesenta a ciento sesenta días, es decir, más de cien días de diferencia en la misma provincia. No tenemos el mismo acceso a los mismos fármacos. En unas provincias se subvencionan unos, en otras no; en algunas hay acceso a un medicamento, en otras no. Incluso, los españoles tardamos seiscientos días en recibir un medicamento desde que se aprueba por la Unión Europea. Tampoco podemos hablar de universalidad cuando no tenemos ni siquiera el mismo hospital de referencia ni tampoco los mismos tratamientos.

Por tanto, como he dicho antes, es una auténtica quimera hablar de universalidad mientras no haya una equidad, mientras no se garantice la sanidad a los españoles, mientras nos encontremos casos, como el que nos hemos encontrado ahora con el cribado del cáncer de mama. Vuelvo a decir que sobre el papel, todo queda muy bonito, porque el papel aguanta todo, pero la realidad que sufren los españoles en España queda muy lejos de lo que diga la OMS o lo que digan unos señores y señoras que se dedican a intentar pintarnos el mundo de color de rosa, porque no es así, el mundo, por desgracia, no es de color de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 23

rosa. Como he dicho antes, simplemente, se puede dar una vuelta esta noche a las nueve de la noche, que es cuando se reparte la comida en la plaza de Ópera, y verá usted las colas del hambre de este Estado, de este Gobierno, después de siete años.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Andrés Añón.

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

Buenas tardes, señorías.

Muchas gracias, señora López, por estar esta tarde aquí y por su exposición, por aceptar la invitación, en este caso, de nuestro Grupo Socialista.

Sanidad pública, universal, gratuita es el compromiso. Ha sido consenso hasta ahora, porque es el compromiso de la Ley General de Sanidad de 1986. Es un consenso que parece que ahora se rompe en esta polarización de la política, y no solamente de la política, sino de la propia sociedad. La universalidad es el fundamento de la igualdad en el ejercicio efectivo del derecho a la salud, que no es un derecho menor, es un derecho humano fundamental. La universalidad garantiza la atención sanitaria sin ninguna discriminación por cualquier circunstancia personal o social, y es garante de la salud de toda la comunidad, como bien ha dicho usted esta tarde y también los anteriores comparecientes, y en nuestro sistema está blindada porque se desliga expresamente de las prestaciones contributivas. La sanidad en nuestro sistema es una prestación no contributiva, que no va ligada a las prestaciones contributivas. Este es un aspecto fundamental que la nueva ley también blindada. Y es fundamental porque existen en nuestro entorno otros modelos que no son nuestro modelo, no es el modelo que defiende el Grupo Socialista ni nuestro Gobierno socialista, son modelos donde existen copagos sanitarios. Hablamos mucho a veces aquí de comparaciones, los grupos comparan España con Alemania, España con Italia... Pues no. Italia tiene un sistema de financiación similar al nuestro, a través de impuestos, a través de los presupuestos generales del Estado, y tiene copagos sanitarios en atención especializada ambulatoria, en pruebas de laboratorio, diagnósticos por imagen y copago farmacéutico. Alemania, que tiene un sistema de seguro social, también tiene copagos sanitarios. En Alemania, se paga el ingreso hospitalario y, además, hay copago farmacéutico. En Francia, se paga la atención primaria, la especializada, el ingreso en hospital, las pruebas de laboratorio, el diagnóstico por imagen y copago farmacéutico. No son nuestros modelos.

Una de las primeras acciones del primer Gobierno de coalición fue, precisamente, eliminar copagos farmacéuticos para familias vulnerables y menores en situación de dependencia; unos copagos que se evitarán y serán progresivos con la nueva ley del medicamento, que está actualmente en tramitación. Y también el primer Gobierno de coalición intentó recuperar la universalidad rota por el real decreto de 2012 del Gobierno del Partido Popular. La nueva ley de universalidad pretende mejorar los defectos de esta incorporación en un sistema sanitario muy debilitado que venía de unos recortes. La nueva ley pretende mejorar esta universalidad, obviamente. Y no solamente pretende mejorar la universalidad, sino que también pretende defenderla de una amenaza que hoy es real —la estamos escuchando esta tarde— de las políticas de PP y VOX, que priorizan, en el caso del Partido Popular, la sanidad privada sobre la pública, sin tener muy en cuenta qué efectos puede tener; los estamos viendo estos días —gravísimos— en el caso de las mamografías en Andalucía. El PP va dando pasos claros de la mano de VOX, es un PP que nosotros no reconocemos como grupo que ha trabajado por la sanidad en democracia y que va dando pasos claros hacia la discriminación en la atención sanitaria por prejuicios y por ideología, que es lo que hace VOX, como bien escuchamos esta tarde. Es la intención de las estadísticas segregadas por nacionalidad pactadas en Valencia entre la derecha y la ultraderecha. La excusa es mejorar, adecuar los servicios a las necesidades de los colectivos. Pero en el Grupo Socialista somos capaces de ver qué servicios pretenden ser más adecuados listando a los donantes de sangre por nacionalidad, como no sean transfusiones selectivas por grupo sanguíneo y también por grupo humano. Da miedo pensar en esto. ¿Qué será lo siguiente, institucionalizar el edadismo sanitario porque la cronicidad y la longevidad son muy caras?, ¿será este el siguiente paso?

Obviamente, necesitamos la ley de universalidad como garante de nuestro sistema, del derecho humano a la salud y de la atención sanitaria para todo el mundo sin discriminación, ni por edad, ni por raza, ni por origen, ni por nacionalidad, ni por sexo. El Grupo Parlamentario Socialista y el Gobierno han trabajado, trabajan y trabajarán para que nuestro sistema siga siendo universal, público y gratuito, libre de discursos de odio y de xenofobia, y de edadismo también, y de discriminación por razón de sexo también.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 24

Lo haremos con leyes y medidas de gobierno centradas en las necesidades reales de equidad, eficiencia y sostenibilidad de nuestro sistema, como es el caso de la ley de universalidad que estamos tramitando, apoyados en la evidencia científica, la excelencia, la igualdad y la humanidad, los valores que tan bien han representado los tres comparecientes de esta tarde, que son los que de verdad identifican y significan la sociedad española, que es líder mundial en trasplantes y por lo tanto líder en solidaridad.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Tiene que ir terminando.

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

La pregunta de nuestro grupo sería qué elementos usted considera irrenunciables en esta ley.

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

Por el Grupo Popular tiene la palabra el señor Cavacasillas.

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

Señora López, muy buenas tardes y bienvenida a la Comisión de Sanidad. Muchísimas gracias por su comparecencia para darnos su visión sobre el proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud. En el Grupo Parlamentario Popular queremos agradecerles también el trabajo que viene desarrollando en la fundación Salud por Derecho a través de campañas, de propuestas y de incidencia política, siempre con la perspectiva de la justicia social, promoviendo que los Estados asuman la responsabilidad global de garantizar el derecho a la salud de todas las personas sin importar donde vivan. Estas cuestiones las abordamos también con usted en la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo, aquí, en el Congreso de Diputados.

Sabemos que España es un país referente por su sistema sanitario público y que la cobertura sanitaria universal implica asegurar que toda la población reciba asistencia suficiente y adecuada, con una financiación ajustada a las singularidades de los distintos territorios de nuestro país. La pandemia evidenció las fortalezas de nuestro sistema sanitario, pero también puso de manifiesto sus debilidades. En esta Cámara se constituyó la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, que elaboró un conjunto de medidas en materia sanitaria. Sería importante que aquellas conclusiones no quedaran en el olvido y que este proyecto de ley contribuyera a avanzar en ese camino.

Por ello, y por su experiencia y conocimiento, en el Grupo Parlamentario Popular nos gustaría hacerle una serie de cuestiones. A partir de su trabajo y de su visión comparada sobre distintos sistemas sanitarios, ¿qué valoración puede hacernos del grado de acceso a la sanidad en nuestro país? Con su experiencia y perspectivas, ¿qué aspectos considera que deberían reforzarse en este proyecto de ley de universalidad para garantizar verdaderamente la universalidad del sistema? ¿Qué mecanismos cree que serían más eficaces para asegurar que ningún colectivo vulnerable quede excluido del acceso al Sistema Nacional de Salud? Y, por último, ¿cómo considera que puede potenciarse la coordinación entre las Administraciones públicas —estatales, autonómicas y locales— para hacer efectiva la equidad en el acceso a la atención sanitaria en todo el territorio nacional?

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): La ponente tiene un tiempo de diez minutos para contestar a todas las preguntas.

La señora **DIRECTORA EJECUTIVA Y COFUNDADORA DE LA FUNDACIÓN SALUD POR DERECHO** (López García): Muchísimas gracias por todas las preguntas y comentarios.

Voy a responder más o menos por orden, si les parece bien.

Respecto a cómo mejorar el texto, yo creo que por parte de REDER seguramente todos ustedes han recibido las recomendaciones que hacemos para el anteproyecto de ley. Las tengo aquí delante. Fundamentalmente es lo que comentaba al final de la intervención, el nudo gordiano de esta ley es quién es titular del derecho. Entonces, se trata de que todas las personas que residen de manera efectiva en nuestro país sean titulares del derecho y que se pueda demostrarlo bien a través del padrón o de las maneras que sean necesarias, siempre que sean creíbles y rigurosas, pero que se hagan cargo de las situaciones que estas personas pueden vivir y de las dificultades que entraña desde el punto de vista administrativo poder atestiguar que residen en España. Esa es la parte fundamental: quién es titular del derecho. Y eso es lo que estamos pidiendo y me ha parecido escuchar que la mayor parte de los grupos estarían de acuerdo. Por otra parte, que toda persona que está en nuestro territorio, aunque no esté

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 25

residiendo, pueda acceder a la atención sanitaria en algunos supuestos. Me refiero a personas solicitantes de protección internacional, de protección temporal, víctimas de trata o, como decía antes, personas embarazadas y menores de edad. Esto no termina de quedar bien reflejado en la ley actual.

Con respecto a los comentarios del diputado de VOX —que se ha ido—, me alegro de que los diferentes comparecientes estemos diciendo lo mismo, porque muestra el consenso que hay por parte de los organismos internacionales, por parte de los expertos y expertas en salud pública. En la salud, lo que ponemos de manifiesto es el consenso y la voz mayoritaria.

Por otro lado, no puedo estar más de acuerdo con el hecho de hacer bandera en el sentido de luchar con cualquier determinante social, político, económico o medioambiental del derecho a la salud. Efectivamente, el código postal es un determinante porque refleja el acceso a recursos y la situación socioeconómica de esas personas. Me alegra escuchar que les preocupa tanto esta cuestión porque justamente es de lo que trata esta ley. Cuando hablamos de universal significa que no haya barreras que impidan que personas con bajos recursos, de una determinada etnia o determinada raza puedan acceder a la sanidad. Esta ley va a quitar la barrera del código postal para acceder a la atención sanitaria, que deja mucho que desear todavía en muchas partes del territorio en nuestro país. Pero nos equivocamos sobre cuál es la razón de que esto suceda. No son los migrantes, es la falta de recursos crónica.

Este país, si lo comparamos con otros países, invierte menos que la media europea. A pesar de ello, por diferentes circunstancias que ahora no voy a entrar aquí, tiene un nivel de eficacia y de resultados muy alto con respecto a los recursos que tenemos. Como digo, es menor en cuantía que la media europea. Entonces, fundamentalmente es por la falta de recursos crónica y por los recortes que llevamos viendo los últimos años. No es por los migrantes; lo mismo que las listas de espera. Al final es una cuestión de recursos y, como digo, de inversión, pero también de algo que en mi organización llevamos trabajando muchos años: la problemática que supone el modelo de política farmacéutica e investigación. Es un modelo que nos lleva a que los costes farmacéuticos, sobre todo hospitalarios, están suponiendo una amenaza —si no la principal amenaza— a la sostenibilidad del sistema sanitario futuro. Es mejor que nos fijemos en aquellas causas que realmente están poniendo en jaque el sistema sanitario, pero, insisto, la causa no es un grupo de personas en particular.

También para contestar a sus comentarios, cuando hablamos de que el sistema sanitario sea accesible a todo el mundo no hablábamos de cosas del papel. Traemos papeles porque hace falta ver los datos. En España lo teníamos hasta 2012. Era una realidad y que nadie estaba pidiendo que se modificara, ni la población en general, ni ningún organismo internacional, ni siquiera cuando hablábamos de los recortes, ni muchísimo menos los sanitarios. Sabemos lo que es porque lo hemos experimentado hasta esa fecha.

Respecto a los comentarios y preguntas del Grupo Socialista, gracias por la invitación a comparecer. Si lo he recogido bien —porque he escrito un poco rápido y no sé si entiendo mi letra—, creo que preguntaba sobre los elementos irrenunciables de la ley, que son esos dos que estaba comentando antes. Y, también, la cuestión de la prestación farmacéutica. Yo creo que en las personas migrantes que residen en nuestro país de forma irregular, en el caso de que sean vulnerables, también han de darse los mismos supuestos para poder acceder a prestaciones farmacéuticas o para que estén exentas de aportaciones adicionales.

Con respecto a los comentarios del Grupo Popular, muchas gracias. Es verdad que el sistema español, a pesar de estar infrafinanciado, si lo comparamos con otros países, es un sistema de los más eficientes. Esto lo dicen varios estudios expertos, pero también hay una literatura desde hace muchísimos años que explica que lo que hace que el sistema sea más eficiente y más costoefectivo es que, aunque no es totalmente universal, es más universal que en otros países además de ser accesible y público. Los sistemas públicos de salud son menos costosos, más accesibles y más eficaces en términos de resultados en salud. Esa es la evidencia que tenemos, no únicamente por organizaciones como la nuestra, sino también por diferentes centros de estudio, uno de ellos de Inglaterra. No recuerdo ahora mismo, no le puedo decir el nombre, pero en concreto era un estudio de un organismo del Reino Unido.

Y, respecto a cómo conseguir que el sistema sanitario se refuerce, cómo conseguir que efectivamente nadie quede atrás o fuera de él y se coordinen los esfuerzos, llevamos años pidiendo que se revise y que se apruebe la ley, es decir, que haya un marco que realmente asegure esta prestación de una manera clara, sin posibilidad de márgenes de error o de diferentes interpretaciones en función de los territorios o de quién gobierne. Tenemos que asegurar la equidad, porque, si no, estamos haciendo que los sistemas sanitarios tengan formas diferentes de acceder a ellos en función de quién está en el Gobierno. Esto nos lleva de nuevo a esa labor de coordinación. Y, por nuestras conversaciones con los grupos del territorio

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 421

22 de octubre de 2025

Pág. 26

catalán o de Euskadi, que dicen que el funcionamiento de la legislación es mucho más garantista en sus territorios, consideramos que es importante tener en cuenta que esta ley es buena para todas las comunidades autónomas, porque, incluso en aquellas que quieran ser más garantistas, si tenemos una legislación que es mucho más limitante, no se puede ir más allá. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias, doña Vanessa López.
Y sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

Eran las cuatro y cuarenta y cuatro minutos de la tarde.

cve: DSCD-15-CO-421