



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2025

XV LEGISLATURA

Núm. 454

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 34

celebrada el martes 18 de noviembre de 2025

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del presidente de la Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias, FENAER (Pastor Sanz), para presentar su declaración institucional «Mejorar la respuesta frente a la EPOC en España: claves para renovar su estrategia». Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000514)

2

Exclusión del orden del día:

— Celebración de comparecencias en relación con el Proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud (número de expediente 121/000021):

— Del presidente de Alianza de la Sanidad Privada Española, ASPE (Rus Palacios). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000515)

5

Celebración de las siguientes comparecencias en relación con el Proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud (número de expediente 121/000021):

— De la señora Mendiola Gonzalo, responsable de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en Amnistía Internacional. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000516)

5

— Conjunta de la señora García Pérez y de la señora Villahizan Lagunas, representantes del Grupo en Inequidades de Salud de Navarra. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000518)

13

— Del presidente de Médicos del Mundo (Fernández Díaz). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000517)

19

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 2

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

COMPARECENCIA DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE PACIENTES ALÉRGICOS Y CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, FENAER (PASTOR SANZ), PARA PRESENTAR SU DECLARACIÓN INSTITUCIONAL «MEJORAR LA RESPUESTA FRENTE A LA EPOC EN ESPAÑA: CLAVES PARA RENOVAR SU ESTRATEGIA». POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000514).

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión de la Comisión de Sanidad.

Comenzamos con la comparecencia de don Mariano Pastor Sanz, presidente de la Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias, FENAER, que va a presentar una declaración institucional que vamos a adoptar después de su lectura. No es un punto en el que haya intervenciones, hemos consensuado esa declaración anteriormente, por tanto, de lo que se trata es de formalizar el acto para que pueda constar en el *Diario de Sesiones* y pueda ser utilizada.

Le doy la palabra al señor Pastor Sanz para que proceda a la lectura de la declaración. Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE PACIENTES ALÉRGICOS Y CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, FENAER** (Pastor Sanz): Buenos días, señorías.

Soy el presidente de FENAER, la Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias. Es una organización sin ánimo de lucro con veinticinco asociaciones federadas de diferentes patologías respiratorias que representan a más de siete millones de personas en todo el país. Nuestro propósito es claro, mejorar la calidad de vida de quienes convivimos con enfermedades respiratorias, promoviendo una mejor atención sanitaria, la investigación y la educación y apoyo al paciente.

Hoy venimos aquí para hablar de una crisis de salud que, a nuestro entender, necesita una respuesta inmediata y firme: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC. Y qué mejor momento para hacerlo que ahora, en la víspera del Día Mundial de la EPOC, una enfermedad que no solo afecta a los pulmones, sino que supone un desafío social y humano que merma la calidad de vida de millones de españoles y ejerce una presión insostenible sobre nuestro Sistema Nacional de Salud. Nuestra presencia hoy tiene como objetivo intentar proporcionarles las claves necesarias para mejorar la respuesta frente a la EPOC en España y demandar la actualización urgente de su estrategia nacional. Las peticiones que hoy presentamos a esta comisión son precisamente las que nos trasladan las personas afectadas y las asociaciones que integran el colectivo al que representamos, y reflejan las necesidades reales de quienes convivimos cada día con esta enfermedad.

Aunque históricamente es más frecuente en hombres, la prevalencia en mujeres ha aumentado un 68 % en los últimos quince años, debido principalmente al incremento del tabaquismo y a la mayor esperanza de vida femenina. Además, el riesgo de desarrollar EPOC aumenta significativamente con la edad, superando el 25 % en la población mayor de 60 años. Sin embargo, señorías, a pesar de su alta prevalencia, uno de los grandes problemas que enfrentamos es el infradiagnóstico. Se estima que tres de cada cuatro casos no están detectados. Esto significa que, de los tres millones de personas que podrían padecer la enfermedad, solo un millón cuenta con un diagnóstico confirmado. En cuanto a los factores de riesgo, el tabaquismo activo sigue siendo el principal factor de riesgo, aunque el tabaquismo pasivo también incide de forma notable, especialmente en poblaciones vulnerables. En este sentido, en FENAER hemos dado la bienvenida a los avances logrados con las políticas antitabaco, aunque consideramos que la ampliación de la ley que regula su consumo debería ir aún más allá e incluir la financiación de todos los tratamientos existentes y el empaquetado genérico, entre otras cuestiones que estamos convencidos de que contribuirían aún más a mejorar la salud respiratoria en España. A ello se suma la exposición a la contaminación del aire, especialmente en zonas urbanas con altos niveles de polución, o en entornos domésticos donde se utiliza biomasa o gas como fuente de energía, y los riesgos laborales, frecuentes en sectores como minería, agricultura o construcción. Existen también factores genéticos, como el déficit de alfa-1 antitripsina, que predispone al desarrollo precoz de EPOC. Además, haber sufrido infecciones respiratorias graves en la infancia puede alterar el desarrollo pulmonar y aumentar el riesgo de padecer esta enfermedad en la edad adulta. Atendiendo a los síntomas, los más frecuentes son disnea o falta de aire, tos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 3

persistente, mucosidad y fatiga, y suelen desarrollarse de manera gradual, lo que dificulta su detección precoz y retrasa el inicio del tratamiento. La EPOC comprende dos formas clínicas principales: la bronquitis crónica, que es una inflamación persistente de los bronquios que se manifiesta mediante tos productiva mantenida en el tiempo, y el enfisema pulmonar, que implica la destrucción progresiva de los alvéolos, reduciendo la superficie útil para el intercambio gaseoso y provocando dificultad respiratoria cada vez más incapacitante.

Hay un aspecto que quiero subrayar con especial énfasis: las exacerbaciones. Son crisis agudas que empeoran los síntomas respiratorios y aumentan el riesgo de hospitalización y mortalidad. A pesar de contar con tratamientos inhalados de última generación, una proporción significativa de pacientes continúa presentando exacerbaciones recurrentes y un control subóptimo de la enfermedad, estimándose que más del 50 % de los pacientes con EPOC presentan al menos una exacerbación a lo largo de su evolución. Y lo más importante, tras una exacerbación no se recupera la capacidad pulmonar perdida, y muchas veces se produce en pacientes no diagnosticados previamente, lo que evidencia la necesidad urgente de mejorar las estrategias de detección temprana y seguimiento clínico.

Además de estas implicaciones clínicas, la EPOC supone una considerable carga económica para el Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto. Se estima que los costes sanitarios directos e indirectos asociados a esta enfermedad superan los 750 millones de euros anuales. La EPOC es responsable de entre el 10 % y el 12 % de las consultas en atención primaria y origina aproximadamente 100 000 ingresos hospitalarios cada año. Asimismo, el coste medio directo por paciente oscila entre 1 712 y 3 278 euros anuales, concentrándose principalmente en gastos hospitalarios y farmacológicos. Pero eso no es todo, a este impacto se suman los costes indirectos derivados de la pérdida de productividad laboral, la incapacidad funcional y la necesidad de apoyo social, que superan los 500 millones de euros anuales. Y ello, sin incluir los gastos que los pacientes debemos asumir por tratamientos, fisioterapia o equipos no financiados, ni el coste de la energía eléctrica necesaria para cumplir la prescripción de oxígeno suplementario. Esta carga económica se agrava en los pacientes con EPOC en estadios avanzados, quienes requieren una atención sanitaria más intensiva, presentan mayores niveles de comorbilidad y demandan recursos asistenciales de forma continuada.

Asimismo, la dimensión psicosocial de la EPOC está a menudo infravalorada en el manejo clínico, a pesar de su impacto directo en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. A medida que la enfermedad progresa, los pacientes experimentan una discapacidad respiratoria creciente que limita actividades cotidianas tan esenciales como caminar, subir escaleras o vestirse, lo que conlleva una pérdida progresiva de autonomía personal y una creciente dependencia de cuidadores y familiares. Estas limitaciones tienden a generar aislamiento social, ya que muchas personas con EPOC restringen su vida fuera del hogar por temor a sufrir síntomas lejos de casa o al contagio de infecciones respiratorias, lo que deteriora aún más su calidad de vida. Como resultado, entre el 40 % y el 60 % de los pacientes con EPOC presentamos síntomas de depresión y ansiedad, cifras considerablemente superiores a las de la población general. Tampoco podemos olvidar a los cuidadores, que soportan una elevada carga emocional derivada de la atención continua y de la responsabilidad de ser el principal apoyo y sostén del paciente, y presentan un mayor riesgo de sobrecarga, depresión y ansiedad.

En el ámbito internacional, España afronta aún importantes desafíos en el abordaje de la EPOC. Según el COPD Index, nuestro país obtiene una puntuación de 68,8 puntos sobre 100, un resultado aceptable, pero insuficiente. Aunque se reconocen avances en políticas antitabaco, telemedicina y cobertura sanitaria, persisten problemas como la alta prevalencia y mortalidad, infradiagnóstico, la desigualdad de género y la atención insuficiente a los pacientes con síntomas graves. En el marco mundial, la situación es clara: la EPOC es una prioridad en salud global. La Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado una resolución para promover un enfoque integrado de salud pulmonar, situando a la EPOC en la agenda internacional. En paralelo, la ONU la ha reconocido como una de las cuatro prioridades sanitarias mundiales en la agenda de su próxima reunión de alto nivel sobre enfermedades no transmisibles. También en España estamos viendo avances significativos. La actualización de la guía clínica GesEPOC 2025 representa una revolución en el abordaje terapéutico de la EPOC al incorporar un enfoque de medicina personalizada y los nuevos tratamientos biológicos aprobados en Europa. A ello se suma el nuevo Plan de Cronicidad 2025-2028, que refuerza una atención integral y centrada en el paciente, junto con la inminente ampliación de la ley antitabaco.

Sin embargo, señorías, a pesar de estos avances, persisten importantes necesidades no cubiertas. En primer lugar, la prevención y la detección precoz siguen siendo insuficientes. Es necesario seguir

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 4

impulsando de forma constante las estrategias de prevención y establecer programas sistemáticos de cribado para la población en riesgo. No podemos seguir diagnosticando tarde. A esto se suma una fragmentación asistencial evidente entre atención primaria, especializada y urgencias, lo que provoca retrasos en la atención, un control clínico irregular y una respuesta tardía ante las exacerbaciones. El resultado es claro: mayores tasas de hospitalizaciones y peor calidad de vida. También hay un déficit preocupante en formación e investigación. Por un lado, creemos que es necesario reforzar el diagnóstico precoz y el manejo de exacerbaciones en la atención primaria y facilitar el acceso de los facultativos a programas de actualización; y, por otro, la inversión en investigación sigue siendo insuficiente, especialmente en el desarrollo de biomarcadores y terapias personalizadas, que son el futuro del tratamiento respiratorio. Otro gran reto es el acceso desigual a la rehabilitación pulmonar y a las nuevas terapias. El acceso a programas de rehabilitación pulmonar es muy limitado y desigual en España, a pesar de la evidencia de su eficacia. Lo mismo ocurre con los tratamientos más innovadores: la desigualdad territorial en su disponibilidad sigue siendo una barrera para el control de la EPOC. Finalmente, no podemos olvidarnos de los cuidados paliativos, que en España siguen asociándose casi exclusivamente al cáncer, dejando prácticamente al margen a los pacientes con EPOC avanzado, que también los necesitan.

Señorías, la Estrategia Nacional frente a la EPOC aprobada en 2009 y actualizada por última vez en 2014, no ha sido implementada y ha quedado desfasada frente a los nuevos desafíos clínicos, sociales y organizativos que plantea la realidad actual. Ante este escenario, se hace prioritario abordar la EPOC como una enfermedad crónica y de alta prevalencia desde un enfoque integral que combine prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento continuado en el tiempo, garantizando la adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Para avanzar en esta dirección resulta esencial garantizar la detección precoz desde la atención primaria, con protocolos sistematizados y formación específica de los profesionales. Es necesario asegurar el control y tratamiento adecuado de la enfermedad, prevenir y reducir las exacerbaciones y garantizar el acceso equitativo a la atención médica especializada, a las terapias innovadoras y al uso de biomarcadores eficaces. Además, es imprescindible adoptar un enfoque integral centrado en el paciente, que aborde la atención médica y la educación del paciente, junto con la rehabilitación, la nutrición, la salud mental y el apoyo social. Es fundamental garantizar el acceso universal a la fisioterapia respiratoria en todo el territorio, integrándola como prestación básica del Sistema Nacional de Salud, y fomentar la investigación traslacional y la innovación terapéutica. Del mismo modo, se deben incorporar los cuidados paliativos en fases avanzadas de la EPOC, centrados en el alivio de los síntomas y el soporte psicológico, y desarrollar modelos de atención domiciliar proactiva para pacientes con alta dependencia. Finalmente, debemos incorporar la voz de los pacientes y de las asociaciones como agentes activos en el diseño de las políticas públicas de salud.

Por todo lo expuesto, señorías, los pacientes creemos que la EPOC es una realidad que no se puede seguir ignorando ni abordando con estrategias desactualizadas. Creemos que ha llegado el momento de convertir los avances científicos y clínicos en políticas concretas que garanticen un diagnóstico temprano, una atención integral y un acceso equitativo a la rehabilitación y a la innovación terapéutica en todo el país, porque, señorías, hablar de salud respiratoria es hablar de calidad de vida, de equidad y de dignidad; lograrlo obliga al compromiso de todos.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE:** Muchísimas gracias.

Si a todos los grupos parlamentarios presentes les parece bien, incorporamos la declaración al *Diario de Sesiones* y se convierte en el texto oficial.

Agradecemos la presencia del presidente de FENAER aquí con todos nosotros, porque siempre hemos colaborado con ella muy bien.

El señor **PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE PACIENTES ALÉRGICOS Y CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, FENAER** (Pastor Sanz): Muchísimas gracias a todos por darnos un hueco y escucharnos.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 5

EXCLUSIÓN DEL ORDEN DEL DÍA:

- **CELEBRACIÓN DE COMPARECENCIAS EN RELACIÓN CON EL PROYECTO DE LEY DE UNIVERSALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (Número de expediente 121/000021):**
- **DEL PRESIDENTE DE ALIANZA DE LA SANIDAD PRIVADA ESPAÑOLA, ASPE (RUS PALACIOS). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000515).**

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos la sesión con las comparecencias en relación con el Proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud.

Ha habido un cambio en el orden del día: el señor Carlos Rus Palacio, presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española, ASPE, no ha podido venir; ha comunicado que le era imposible asistir a esta sesión.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARECENCIAS EN RELACIÓN CON EL PROYECTO DE LEY DE UNIVERSALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (número de expediente 121/000021):

- **DE LA SEÑORA MENDIOLA GONZALO, RESPONSABLE DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y AMBIENTALES EN AMNISTÍA INTERNACIONAL. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000516).**

El señor **PRESIDENTE**: Por lo tanto, la primera compareciente será doña Marta Mendiola Gonzalo, responsable de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de Amnistía Internacional, que ya está aquí con nosotros. Le doy la bienvenida y le cedo la palabra.

La señora **MENDIOLA GONZALO** (responsable de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en Amnistía Internacional): Buenos días.

En primer lugar, me gustaría agradecer la invitación a comparecer en esta Comisión de Sanidad del Congreso. Me gustaría presentarme. Mi nombre es Marta Mendiola y soy investigadora de Amnistía Internacional en materia de derechos sociales, clima, empresa y derechos humanos. Mi intervención la voy a estructurar en cuatro bloques: en el primero, describiré brevemente el trabajo que Amnistía Internacional ha realizado en los últimos años sobre este tema; en el segundo, abordaré las deficiencias de la normativa actualmente en vigor sobre acceso a la sanidad; en el tercero, detallaré cuáles son las recomendaciones de organismos internacionales en materia de universalidad y, finalmente, describiré cuáles son las recomendaciones de Amnistía Internacional.

Nuestro organismo comenzó a trabajar en el ámbito de la universalidad de la sanidad en abril de 2012, cuando el Gobierno aprobó el Real Decreto-ley 16/2012. Con este real decreto, como ustedes bien saben, la asistencia sanitaria dejó de ser un derecho para todas las personas y pasó a estar vinculada a la condición administrativa de persona asegurada. Como consecuencia de esta normativa, al menos 873 000 personas en España, según cifras oficiales, perdieron el derecho a la asistencia sanitaria. Esta normativa creó un laberinto burocrático y de exclusión sanitaria; diferentes interpretaciones y puesta en práctica dispar por parte de las comunidades autónomas provocaron desatención e incluso prácticas ilegales, como la facturación indebida a colectivos que siempre tuvieron derecho a la atención sanitaria, como mujeres embarazadas, menores y personas que accedían a servicios de urgencia. Este es el origen de la falta de universalidad en nuestro país. Aunque la situación ha mejorado parcialmente, como sabemos, persisten todavía desigualdades. Por eso, es necesaria la aprobación de este proyecto de ley que estamos debatiendo en esta comisión sobre acceso universal.

Con la instauración de la exclusión sanitaria, Amnistía Internacional advirtió y condenó desde ese mismo momento que la norma constituía una medida regresiva contraria al derecho internacional. Nuestra organización inició una labor de investigación y denuncia de cuáles eran los efectos de esa normativa y elevó sus preocupaciones ante diversos mecanismos de protección de derechos humanos. También hemos realizado una labor intensa de incidencia política, reuniéndonos con todos y cada uno de los grupos parlamentarios. Este trabajo lo hemos hecho siempre en alianza con REDER y con «Yo Sí Sanidad Universal»; un trabajo en alianza sobre la base de un consenso y de una preocupación generalizada en las organizaciones del sector sanitario de derechos humanos y aquellas que trabajan sobre los derechos de las personas migrantes. Esta preocupación ampliamente compartida en el sector social por recuperar la universalidad se trasladó, al cabo de unos años, al ámbito político, dando lugar a compromisos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 6

concretos. En particular, me gustaría recordar cómo en 2015 catorce partidos políticos firmaron una declaración institucional por la universalidad del derecho a la salud, refrendando su compromiso de incluir en los programas electorales la restitución de este derecho. También quiero recordar que diez años después de esa declaración aún no está restablecida la universalidad de la salud en España. En 2018, el Gobierno aprobó el Real Decreto-ley 7/2018 sobre el acceso universal, que supuso un avance, como todos sabemos, pero es importante destacar que no restituye completamente la universalidad, algo que el propio proyecto de ley reconoce en su texto. Esa situación de exclusión sanitaria heredada de 2012 hubiese requerido una técnica legislativa mucho más depurada y contundente que blindara el acceso a la salud sin ningún tipo de discriminación y que eliminara los obstáculos administrativos para garantizar el acceso a la salud de las personas migrantes.

A pesar del preámbulo del real decreto-ley, en el que se establece que el acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y universalidad es un derecho primordial de toda persona, esta norma adolece de lagunas y de falta de contundencia normativa, lo que ha permitido que persistan todavía situaciones de exclusión. Me voy a referir a algunas de ellas, que también son de sobra conocidas. El real decreto-ley no garantiza la atención sanitaria a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad: mujeres embarazadas, menores, víctimas de trata, solicitantes de protección internacional, etcétera. Tampoco garantiza la atención sanitaria a las personas reagrupadas legalmente con familiares residentes en España. Aquí quiero detenerme un poco más. El real decreto cuenta con una redacción que ha dado lugar a interpretaciones según las cuales las personas con permiso de residencia deberían disponer de un seguro médico privado. Esta exigencia de seguro médico privado para los familiares reagrupados de ciudadanos comunitarios o extracomunitarios no está recogida en el derecho comunitario. Ni la Directiva 2004/38 ni la Directiva 2022/86 exigen un seguro médico a las personas reagrupadas. En este sentido, también me parece importante recordar que en 2014 el defensor del pueblo ya admitió una recomendación para que las autoridades dejaran de exigir un seguro médico para la obtención del permiso de residencia a los ascendientes. También es necesario destacar que en 2020 el presidente del Gobierno en su discurso de investidura adquirió el compromiso de que las personas extranjeras que residían en España legalmente, por procesos de reagrupación familiar, recuperaran el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos. Pues bien, cinco años después todavía ese derecho no está consagrado en la legislación y mucho menos en la práctica.

Todas las lagunas normativas a las que he hecho referencia han provocado situaciones de exclusión sanitaria que siguen teniendo lugar en España. Estas situaciones quiero dejar claro que contravienen lo dispuesto en la Ley 15/2002 de Igualdad de Trato y no Discriminación, que establece en su articulado que nadie podrá ser apartado o suspendido de su turno de atención sanitaria básica o especializada en condiciones de igualdad, ni ser excluido de un tratamiento sanitario por ausencia de acreditación documental o de tiempo mínimo de estancia demostrado.

El pasado 14 de mayo de 2024 se aprueba el Proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud, que recoge íntegramente el articulado del anterior proyecto de ley presentado en 2022. Y, sin embargo, todavía no está aprobado este proyecto de ley. Amnistía Internacional, de la mano de REDER y de «Yo Sí Sanidad Universal», ha enviado aportaciones en el marco del proceso de consulta de este proyecto de ley y hemos tenido reuniones, insisto, con todos los grupos parlamentarios con la finalidad de trasladar la urgencia y la necesidad de aprobar esta ley con una serie de mejoras.

No sé cómo voy de tiempo.

El señor **PRESIDENTE**: Bien, llevas ocho minutos.

La señora **MENDIOLA GONZALO** (responsable de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en Amnistía Internacional): Ah, perfecto. Entonces sigo.

En el tercer bloque me gustaría destacar cuáles han sido las recomendaciones de diferentes organismos internacionales ante esta situación de exclusión sanitaria en España. En los años inmediatamente posteriores al Real Decreto-ley 16/2012, más de una decena de mecanismos internacionales de derechos humanos, tanto de Naciones Unidas como del Consejo de Europa, subrayaron que la exclusión sanitaria contravino estándares internacionales de derechos humanos. Estos organismos recomendaron reiteradamente al Gobierno español —entre 2012 y 2015, aproximadamente— garantizar el acceso a la atención sanitaria de todas las personas migrantes con independencia de su situación administrativa, evaluar el impacto de las reformas en términos de derechos humanos y recordaron —esto es importante— que las obligaciones internacionales en materia de salud no pueden quedar subordinadas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 7

a presiones fiscales. Pero incluso tras la aprobación del Real Decreto-ley 7/2018, los mecanismos internacionales de protección de derechos humanos han dejado claro que persisten vacíos todavía que corregir para garantizar una verdadera sanidad universal, y que aseveran que nuestro sistema sigue dejando a personas atrás.

En 2019, el relator especial sobre Minorías, después de una visita oficial a España, recomienda al Gobierno revisar y modificar la legislación relativa a la prohibición de la discriminación para que se contemplasen todos los motivos que figuran en los principales tratados internacionales, entre ellos el origen nacional. Desde entonces, tenemos una sucesiva serie de recomendaciones a nivel internacional. En 2020, el relator especial sobre Extrema Pobreza de Naciones Unidas realiza una visita a España y destaca que el Real Decreto-ley 7/2018 sigue excluyendo a determinadas personas migrantes durante sus noventa primeros días en España. También visibilizó que el Ministerio de Sanidad reconoció este problema, que las autoridades políticas habían prometido solucionarlo, pero no presentaron al relator ningún plan para corregir esta situación.

A su vez, en 2020, también el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, subrayó que se mantenían todavía situaciones de exclusión sanitaria, haciendo especial referencia a dos cuestiones: la obligación de probar que la persona lleva en España más de tres meses y la no existencia de un tercero obligado al pago; lo que impedía, en opinión del comité, el acceso efectivo a la atención sanitaria para muchas personas.

Es interesante notar que estas consideraciones las hace el comité después de recibir por escrito la posición del Gobierno en la que se destaca que el Real Decreto-ley 7/2018 restablece la cobertura sanitaria y que el derecho a la salud queda garantizado en las mismas condiciones para todas las personas. A pesar de esa consideración, el comité dice que esto no es así. En 2023, y esto ya dentro del ámbito del Consejo de Europa, la comisaria europea de Derechos Humanos, con posterioridad también a otra visita oficial que realiza en España, destaca que el Real Decreto-ley 7/2018 mejora el acceso, pero advierte que existen todavía ciertos obstáculos, como el requisito de demostrar presencia durante más de tres meses y también la exclusión de familiares mayores que llegan a España mediante reagrupación familiar.

La comisaria también publica en su informe que el propio Ministerio de Sanidad, una vez más, había reconocido la necesidad de salvar algunas de estas brechas. Así, recomienda a España que adopte medidas adicionales para promover la cobertura sanitaria universal con la atención primaria como base, la pronta adopción del proyecto de ley de 2002, porque vino en 2023, y destacó lo importante de colaborar con el personal sanitario y actores de la sociedad civil para garantizar que el proyecto de ley asegure el acceso universal a la salud.

La pandemia también evidenció, como todos sabemos, las fortalezas de nuestro sistema, pero también debilidades, como la falta de universalidad. En este sentido, creo que también es importante subrayar que la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, la Organización Internacional para las Migraciones, el Alto Comisionado para los Refugiados y la Organización Mundial de la Salud, recordaron que es vital que todas las personas, incluidas todas las personas migrantes y refugiadas, tengan garantizado el mismo acceso a los servicios de salud y se incluyan efectivamente en las respuestas estatales a la COVID.

También es importante subrayar las repetidas recomendaciones de la OMS a los Estados para garantizar la cobertura universal; el propio preámbulo del proyecto de ley también menciona las resoluciones de la OMS, de la Asamblea General de Naciones Unidas, etcétera. Igualmente me parece importante resaltar un informe publicado hace tan solo unos días sobre cambio climático, migrantes y salud, presentado en el marco de la última COP, en el que la Agencia de Naciones Unidas vuelve a insistir en la necesidad de que los Sistemas Nacionales de Salud aseguren a la población migrante que es parte integral de la planificación, prestación y resiliencia del sistema de salud.

Asimismo, conviene recordar —como señaló el Grupo Parlamentario Popular en una de las comparecencias de la semana pasada, el 18 de noviembre—, que la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso recomendó en 2020 reafirmar los valores y principios en los que se basa el Sistema Nacional de Salud, entre ellos la universalidad, la igualdad y la no discriminación. En este sentido, es importante que rescatemos ese consenso en el ámbito del Poder Legislativo, en el que la comisión solicitó impulsar y adoptar las modificaciones normativas, legales y reglamentarias necesarias para garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud mediante el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. La comisión del Congreso recomendó, insisto, que el Real Decreto-

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 8

ley 7/2018 se tramitara como una ley y que, junto con el reglamento que la desarrolle —todavía sin aprobar siete años después de la adopción del real decreto-ley—, debería garantizar lo siguiente: extender el derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios y comunitarios, reagrupadas por sus hijos e hijas con nacionalidad española o de otro país, y cualquier otra reforma necesaria para garantizar el acceso universal —esto es muy importante destacarlo— como un derecho subjetivo de todas las personas. Es decir, la consideración de ese derecho adquiere una relevancia mayor: un derecho subjetivo. La comisión también señaló que, independientemente de futuras reformas legislativas, todas las Administraciones se deberían comprometer a hacer efectivo, de manera inmediata y sin excepciones, el derecho a la protección de la salud para aquellos colectivos que gozan de una especial protección en nuestra legislación en convenios internacionales suscritos por el Estado, como es el caso de menores, mujeres embarazadas y solicitantes de protección internacional.

Con esto cierro ya mi intervención después de haber desglosado un poco cuáles son esas recomendaciones a nivel internacional, las del Poder Legislativo en España y la normativa interna sobre igualdad de trato. ¿Cuáles son las recomendaciones de Amnistía Internacional? Nosotros creemos que es urgente la adopción de este proyecto de ley de universalidad con las enmiendas presentadas por las organizaciones sociales, y ahí sí que quiero recalcar el consenso que existe entre las organizaciones sociales.

En este sentido, refrendo todas y cada una de las intervenciones que se produjeron el 18 de noviembre y también apelo a la legalidad internacional, al consenso de los organismos internacionales y de las organizaciones sociales; un consenso que, me atrevería a decir, comparte la mayoría de los grupos parlamentarios, al menos los esgrimidos en el plano discursivo en esta Comisión de Sanidad. En definitiva, por todos esos consensos, pedimos urgencia política para adoptar una normativa que garantice el acceso a la atención sanitaria en condiciones de igualdad para todas las personas que viven en España sin ningún tipo de discriminación. En el transcurso del trámite parlamentario y para proteger a las personas inmigrantes y a las personas reagrupadas, exigimos también la adopción del reglamento del Real Decreto-ley 7/2018 con las enmiendas realizadas.

Muchísimas gracias.

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

Pasamos ahora al turno de intervenciones de los grupos parlamentarios, por tiempo de cinco minutos.

Me parece que no tenemos con nosotros al Grupo Mixto, ni al Grupo Vasco, ni a Euskal Herria Bildu, ni a Junts per Catalunya y ni al Grupo Republicano.

Por lo tanto, quien interviene es el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

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

Muchísimas gracias a Amnistía Internacional por venir y por la claridad de su intervención. Yo creo que hay que dar las gracias por ese compromiso que ha tenido siempre Amnistía Internacional en denunciar los retrocesos normativos; y no solo denunciarlos, sino también investigarlos y ponerlos sobre la mesa para los que tienen que tomar decisiones —para nosotros—, evidenciando esos retrocesos y cómo revertirlos. Me ha llamado mucho la atención porque ha empezado con un dato fuerte: 870 000 personas quedaron fuera en 2012. Después se intentó arreglar la situación de aquella manera, pero, sin duda alguna, se trata de una cifra enorme. Y si tenemos en cuenta que las primeras personas afectadas fueron mujeres embarazadas y niños, la dimensión de la vulneración del derecho social, el derecho humano a la salud es aún mayor. Por lo tanto, vuelvo a agradecerle muchísimo su intervención.

Otra cosa que me ha llamado mucho la atención y que había pasado mi radar: la declaración de los catorce partidos en 2015. Es decir, en 2015 catorce partidos —que ya no sé si hoy seguirán siendo tantos—, suscribieron una declaración a favor de la universalidad, y, sin embargo, no hemos sido capaces de hacerla realidad en todos estos años. Por lo tanto, muchas gracias por poner de nuevo este asunto sobre la mesa.

Después de las comparecencias del otro día, nos quedaba pendiente incidir mucho más en el ámbito internacional. Y creo que nos ha dejado clarísimas todas las recomendaciones, tanto las normativas como las de organismos como la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Europea; todos ellos con la mirada puesta en España, en lo que perdimos y en la necesidad de que seamos capaces de volver a decir, con total claridad, que la salud es un derecho humano y es universal. Y esa parte, aunque a algunos no les importe tanto, a nosotros nos parece primordial para dar mucho más peso a esas negociaciones en las que estamos y que esperamos que lleguen a buen puerto.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 9

Como usted decía, en las comparecencias anteriores parecía que todos estábamos muy de acuerdo, que cerraríamos ya las enmiendas a la totalidad y que comenzaríamos a mejorar las enmiendas del articulado, porque parece que todos estábamos de acuerdo. Sin embargo, parece que no es así. Por lo tanto, una de mis preguntas o uno de mis deseos es: ¿qué puede hacer Amnistía Internacional para que los partidos progresistas que estamos luchando para que esto suceda cuanto antes? Creo que todos somos conscientes del momento en el que nos encontramos en el Congreso de los Diputados, pero también creo que todos somos conscientes de que para muchos esta ley es importantísima. ¿Cómo puede Amnistía Internacional lograr que esas recomendaciones que nos ha hecho llegar a todos —y sobre las que probablemente se ha reunido con cada uno de nosotros— sean un hecho y permitan avanzar?

Sin más, le doy de nuevo las gracias. Ha sido un verdadero placer y sin duda alguna SUMAR estará con ustedes en este proyecto.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

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

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

Ha hablado usted al final de la equidad, del acceso equitativo a la sanidad. Nosotros estamos reuniéndonos constantemente con asociaciones de pacientes, con profesionales sanitarios y, de hecho, aunque algunos abracen todavía las autonomías y los regionalismos, con el hecho de que las competencias siguen estando repartidas en diecisiete —dieciocho en este caso con la sanidad— reinos de taifas diferentes, lo que se aprecia es una falta de equidad total y absoluta. Es decir, no somos capaces de garantizar el acceso a la equidad a los españoles y nos están diciendo unos señores desde la Organización Mundial de la Salud, desde las fuerzas supranacionales, que tenemos que garantizar la sanidad del planeta. Oiga, ¡si no somos capaces de garantizar la equidad ni siquiera en la misma provincia! Yo soy de San Vicente, pero mi vecino de Algorfa no tiene ni siquiera la misma sanidad que yo. Y lo que resulta más grave aún es que, en Alicante, dependiendo de la zona en la que se viva, el vecino de enfrente va a un centro y el de al lado a otro, con lo que la sanidad, los accesos y los servicios son distintos.

No podemos garantizar una sanidad de calidad cuando ni siquiera somos capaces de reducir las listas de espera. Estamos batiendo récords —y solamente hablamos de operaciones quirúrgicas; incluso podríamos hablar de la atención en especialidades— y nos piden, sin embargo, que asumamos todavía un aumento poblacional mucho mayor y a los que hay que darle todos los servicios, incluso a aquellos que ni siquiera han contribuido al estado de bienestar. Por mucho que nos quieran vender el libro de que no tienen coste, la realidad es que sí que lo tienen. Todo tiene coste.

Como dije el otro día —y lo repito hoy—: el papel lo aguanta todo. Nos podemos reunir aquí y tomar decisiones que pueden ser muy bonitas, pero luego la realidad es otra. Trasponer el papel a la realidad de nuestro sistema sanitario ya le digo que no es posible. A nadie se le niega el pan ni el agua; ni se le niega una atención sanitaria de urgencia. Eso es así, y nunca ha pasado en España ni nunca sucederá. Lo que no podemos permitirnos, como siempre decimos nosotros, es ser el hospital del mundo. No podemos ser el hospital del mundo. Una cosa que denuncian las propias autonomías son el turismo sanitario.

Usted dice que no hay que dejar a nadie detrás, y a las primeras personas que deja fuera el sistema sanitario día sí y día también es a los españoles que están contribuyendo al estado de bienestar. El Estado nunca debió dejar fuera a 800 000 personas que estaban aquí de manera legal, pero vuelvo a decir —siempre lo decimos en VOX— que la ilegalidad es la tónica, porque la ilegalidad es infringir la ley. Y vuelvo a decir lo mismo: España es una de las puertas de tránsito hacia Europa y ahora mismo no podemos asumir la cantidad de inmigración que estamos recibiendo. No podemos, porque nuestro sistema sanitario ni siquiera es capaz de garantizar una atención adecuada. Pero volvemos a lo mismo: no basta con buenas palabras cuando la realidad es que quienes están sufriendo las consecuencias son los españoles en las calles. Lo dije el otro día y lo vuelvo a decir hoy.

Hoy ha hecho mucho frío en Madrid, muchísimo frío, y hay cientos de personas agolpadas alrededor del Congreso de los Diputados en las calles, a las que ni siquiera el Estado es capaz de garantizarles un techo: no somos capaces de garantizar un techo, un futuro y una sanidad. Y, sin embargo, vienen a decirnos que tenemos que garantizar la sanidad de todo el mundo. Seguimos en las mismas. No podemos ni siquiera garantizar la equidad, no podemos garantizar una sanidad en condiciones a los españoles y muchos españoles mueren esperando las listas quirúrgicas, muchos españoles mueren esperando un cribado de cáncer, como hemos conocido recientemente —aunque no es nuevo, esto lleva pasando hace

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 10

años—, muchos españoles siguen muriendo esperando la Ley de dependencia y muchos españoles se tienen que marchar fuera porque en España no tienen garantizado ni siquiera los derechos básicos.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor diputado.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

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

En primer lugar, quiero agradecer a la señora Mendiola la claridad y la contundencia de su mensaje, al tiempo que reconocer la ingente trayectoria de Amnistía Internacional en defensa de los derechos humanos, y en particular en el tema que hoy nos ocupa y nos preocupa en el Grupo Parlamentario Socialista —y entiendo que también a la compareciente—, que no es otro que el derecho a la protección de nuestra salud y, por ende, el derecho a la sanidad. Coincidimos plenamente en la importancia de la universalidad y la equidad del sistema de salud; una universalidad que permita atender a todas las personas que vivan en nuestro país con la equidad necesaria para garantizar un tratamiento igualitario.

Asimismo, agradezco y comparto muchas de sus palabras y muchas de sus reflexiones —de las que hemos tomado buena nota—, cumpliendo con el objetivo de esta comparecencia. Porque, efectivamente, compartimos que el acceso universal a la atención sanitaria debe blindarse en nuestro Sistema Nacional de Salud, más allá de la protección de la salud reconocida en el artículo 43 de la Constitución, concretada posteriormente en la Ley General de Sanidad y el resto de la legislación vigente; con las lagunas que usted misma ha comentado y que tenemos el compromiso de subsanar con la urgencia necesaria. Porque el hecho de que todas las personas tengan derecho a una atención sanitaria de calidad en condiciones de igualdad constituye un derecho social recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. No obstante, los problemas de acceso y calidad de la atención sanitaria ponen en riesgo el derecho a la salud de las personas en un país, pero también ponen en riesgo la salud comunitaria del país. Por lo tanto, cabe recordar la pandemia, que nos sirvió de aprendizaje, aunque algunos portavoces parezca que ya la han olvidado.

En el Grupo Parlamentario Socialista seguimos comprometidos con la sanidad pública, universal y gratuita. Lo estuvimos en el consenso que supuso la Ley General de Sanidad y en los consensos posteriores, como el de esa declaración de 2015. Pero, lamentablemente, no todos estamos hoy día por ese consenso. Hay grupos políticos que se dedican a polarizar, tanto política como socialmente, temas tan importantes como es, en este caso, el que nos ocupa: la sanidad.

El objetivo marcado por el Gobierno para promover la inclusión de la cobertura sanitaria universal se enmarca no solo en la convicción propia, sino también en las distintas estrategias internacionales que usted ha expuesto detalladamente. En este sentido, se promueven distintas estrategias, como usted ha comentado, a todos los niveles: desde la Asamblea de las Naciones Unidas, la Agenda 2030 que, lamentablemente, VOX demoniza cada vez más con el apoyo y la sumisión del Partido Popular. En este marco, la nueva ley de universalidad supone una garantía para nuestro sistema sanitario, un derecho humano a la salud, con una atención sanitaria para todo el mundo, sin ningún tipo de discriminación.

Desde 2018 el Gobierno ha ido dando pasos en este sentido, y esperamos que este proyecto de ley permita reforzar y consolidar estos avances. A todos nos gustaría que estos temas de urgencia política tuvieran un reflejo más inmediato, pero los procesos administrativos, lamentablemente, no suelen serlo. Usted ha sido muy clara con la mayor parte de las preguntas y las dudas que teníamos; tenemos también las propuestas de sus enmiendas para esta ley, y esperamos seguir trabajando conjuntamente.

Aunque la he visto tomar nota y me imagino que actuará en consecuencia, me gustaría que puntualizara un poco su perspectiva sobre la coordinación entre las distintas Administraciones, dado que usted ha dicho que es totalmente necesaria la implicación de todas las Administraciones.

Gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora diputada.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, buenos días.

Muchas gracias, señora Mendiola, por su presencia hoy en esta comisión en nombre de Amnistía Internacional y por el trabajo que realizan en defensa de los derechos humanos, que tiene un impacto directo en las políticas de salud pública.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 11

Hoy estamos centrados en el análisis del Proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud, una iniciativa de gran trascendencia que plantea, como filosofía fundamental, que nadie quede atrás en el acceso efectivo a la atención sanitaria. En el Grupo Popular compartimos que la salud como derecho fundamental sea subjetivo y accesible, equitativo y real, y no solo declarativo. Sin embargo, como responsables públicos debemos asegurarnos de que las normas que aprobamos no solo proclamen principios, sino que se puedan aplicar con eficacia, aporten seguridad jurídica, respeten la distribución competencial y garanticen que los derechos reconocidos puedan ser ejercidos en la práctica sin generar desigualdades entre territorios ni tensiones en un sistema que ya está tensionado.

Nos interesa profundizar en tres ámbitos: en la suficiencia de los mecanismos de garantía; en la eliminación de las barreras administrativas, especialmente para los colectivos vulnerables, y, en tercer lugar, en la sostenibilidad y la seguridad jurídica del modelo, porque sin financiación suficiente y sin claridad en los procedimientos dudamos de que la universalidad vaya a ser real. Le quiero formular una serie de preguntas, que he agrupado por temas. Por ejemplo, sobre las garantías reales del derecho, ¿considera Amnistía Internacional que el proyecto de ley establece mecanismos de garantía y reclamación suficientemente eficaces para asegurar que las personas que puedan ejercer su derecho a esa atención sanitaria sin demora injustificada y no tengan denegaciones arbitrarias? Y si no son suficientes, ¿qué mecanismos adicionales recomendarían?

Sobre los colectivos vulnerables, ¿cuáles son, según su experiencia, las principales barreras que siguen encontrando las personas migrantes y otros colectivos vulnerables para acceder al sistema sanitario? ¿Cree que el texto actual aborda adecuadamente estas barreras o debería reforzarse en determinados aspectos?

Sobre la seguridad jurídica, desde una perspectiva de derechos humanos, quiero preguntarle, ¿cómo valoran la necesidad de un marco estatal que garantice la universalidad frente a la diversidad normativa autonómica? ¿Considera que el proyecto de ley aporta claridad suficiente para evitar las desigualdades territoriales?

Sobre la carga administrativa, quiero preguntarle, ¿detectan ustedes riesgo de que la norma genere nuevos trámites, acreditaciones o procedimientos que, en la práctica, dificulten de nuevo el acceso a la atención sanitaria, especialmente en las situaciones urgentes?

Sobre la sostenibilidad del derecho —en sus informes señalan que la garantía de derechos sin recursos suficientes puede convertirse en papel mojado—, ¿cree que el proyecto de ley evalúa adecuadamente el impacto financiero y organizativo para asegurar que la universalidad sea efectiva?

Y, en último lugar, sobre las buenas prácticas, ¿hay experiencias internacionales de reconocimiento del derecho universal a la salud que puedan servirnos de referencia útil para mejorar este proyecto de ley y fortalecer las garantías de acceso?

En el Grupo Popular agradecemos sinceramente el trabajo de Amnistía Internacional y tomamos buena nota de las recomendaciones que nos va a hacer para mejorar este texto. Tal y como está actualmente redactado, pensamos que necesita mayor claridad y mecanismos efectivos que aseguren que nadie se quede fuera, tal como está planteado.

Muchísimas gracias. (Aplausos).

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Mendiola Gonzalo para responder a los grupos.

La señora **MENDIOLA GONZALO** (responsable de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en Amnistía Internacional): En primer lugar, me gustaría agradecer una vez más la presencia en la comisión de los diferentes grupos parlamentarios que se encuentran aquí, el interés mostrado y las preguntas realizadas.

Intentaré ir por orden, pero me parece que hay cuestiones que se repiten en diferentes grupos parlamentarios, con lo cual intentaré hacerlo de la manera más ordenada. Empezaré por la intervención de SUMAR, a quien agradezco la invitación para comparecer en esta comisión. Hablaba la diputada sobre las cifras, más de 800 000 personas que quedaron sin asistencia sanitaria. Esto me recuerda lo importante que es evaluar qué está pasando hoy en día y de qué forma, lo cual conecta también con la pregunta del Grupo Popular sobre cuáles son las barreras de acceso en las diferentes comunidades autónomas. La evaluación es una obligación de derechos humanos, es una obligación que tienen las diferentes Administraciones públicas en virtud del derecho internacional. Hay muchas recomendaciones de organismos internacionales para que las Administraciones evalúen cuáles son los efectos, cuáles son los impactos en las personas de esa exclusión sanitaria. Hoy por hoy, después del real decreto-ley de 2012,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 12

trece años después, no tenemos ningún tipo de evaluación. No sabemos qué es lo que pasó en 2012 y no sabemos exactamente qué es lo que está pasando en 2025. Lo sabemos por organizaciones como Médicos del Mundo o como «Yo Sí Sanidad Universal»; son las organizaciones sociales las que están haciendo esa evaluación. Pero eso no debería de ser así: los poderes públicos son los primeros garantes del derecho a la salud y los responsables de identificar las barreras que enfrentan las personas en cada momento en consulta con organizaciones sociales, pero son los propios poderes públicos y las autoridades lo últimos responsables.

A la pregunta de qué pueden hacer los grupos parlamentarios y qué puede hacer Amnistía Internacional, yo quiero insistir en uno de los mensajes. Decía el diputado de VOX: «Usted dice que no hay que dejar a nadie atrás». No lo dice Amnistía Internacional, no lo dicen las organizaciones sociales, lo dice el derecho internacional, el derecho internacional. Según el artículo 96 de la Constitución española, los tratados que jurídicamente han sido firmados y ratificados por el Estado español pasan a formar parte del ordenamiento jurídico español, es decir, son ley. Y el artículo 10.2 de la Constitución española dice que todos los derechos contenidos en el ordenamiento jurídico español se deberán de interpretar con base en esa legalidad internacional. Por lo tanto, el acceso a la sanidad universal no es una recomendación de las organizaciones sociales —que lo es—, sino un cumplimiento de las obligaciones jurídicamente vinculantes que competen a todas las Administraciones, al poder central y al poder de las diferentes comunidades autónomas.

Con respecto a la intervención del diputado del Grupo Parlamentario VOX, usted hablaba de la equidad y no puedo estar más de acuerdo. Sin embargo, también en el ordenamiento jurídico español, las diferentes leyes —desde 1986 y 2003 hasta 2033— establecen que la equidad es uno de los principios vertebradores del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, quiero recordar una de las principales recomendaciones de la OMS y de distintos organismos internacionales. ¿Qué es lo que genera mayor equidad en salud? Mayor inversión en atención primaria. Y un acceso a la atención primaria también universal. Eso es lo que garantiza más equidad, la atención sanitaria como principal igualador en temas de desigualdad en sanidad, y, por lo tanto, más financiación. Insisto, la financiación no es un tema de voluntad política. La financiación hace referencia a una obligación de progresividad en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales. Una vez más, legalidad internacional y, una vez que un tratado está firmado y ratificado, pasa a ser ley estatal. Por lo tanto, hay una obligación de incrementar esa financiación. Y hoy también quiero traer a colación cómo esa obligación de progresividad en la financiación de la atención primaria no se cumple en este país. Todavía ni siquiera hemos recuperado niveles de inversión en valor real previos a la crisis de 2008.

Usted hace referencia a que ahora además tenemos que incluir a otro sector de la población que ni siquiera contribuye. Quiero darle otro mensaje claro: la población migrante contribuye en igualdad de condiciones a la financiación del Sistema Nacional de Salud, puesto que desde 1986 el Sistema Nacional de Salud se cubre a través de impuestos. La población migrante paga impuestos igual que la ciudadanía española. Por lo tanto, contribuye de manera equitativa. Y también quiero ser tajante porque disiento profundamente de esa concepción de que primero los españoles tienen acceso a los derechos y, en segundo lugar, la población migrante. Es un tipo de discurso que es discriminatorio. Y es un tipo de discurso que tiene un nombre y que es racismo. Ese enfoque discriminatorio es contrario a la legislación internacional y a la legislación estatal. Y ahí quiero recordar algo que Amnistía Internacional ha pedido a todos los grupos parlamentarios y a todos los partidos políticos: responsabilidad para realizar discursos que se sitúen en la legalidad internacional y que no contribuyan a generar discursos de odio. Me parece muy importante esa cuestión.

Me quedan todavía cuatro minutos. ¿Cuáles son los mecanismos para garantizar más coordinación entre las comunidades autónomas? Aquí sí que volvería un poco al inicio de mi intervención en las respuestas: la importancia de las evaluaciones. Hay distintas comunidades autónomas —tenemos el caso de Cataluña, tenemos el caso de Euskadi— que tienen una normativa que es más progresista que la normativa a nivel estatal, pero que todavía tiene deficiencias en el acceso a la atención sanitaria para personas inmigrantes. Ahí nosotros lo que recomendamos siempre es una mayor evaluación para que se sepa en cada momento qué es lo que está pasando en cada comunidad autónoma. Lo que suponga una buena práctica en una comunidad autónoma debería ser refrendado e implementado por otras administraciones en otras comunidades autónomas.

Y, por último, contesto a la intervención del Grupo Parlamentario Popular. No puedo estar más de acuerdo con esa necesidad de crear seguridad jurídica. Me parece que es un concepto central. Y ese es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 13

uno de los problemas que tiene el Real Decreto-ley 7/2018; tenía que haber tenido una técnica mucho más depurada a nivel legislativo que blindara ese acceso universal. ¿Y qué es lo que provoca una técnica legislativa deficitaria y con poca calidad y con poca rigurosidad? Falta de seguridad jurídica. Y la falta de seguridad jurídica conlleva falta de acceso o acceso deficitario a los derechos. Por lo tanto, ese es uno de nuestros mensajes principales, que también fue vertido en cada una de las comparecencias de la semana pasada y también es algo que seguimos esgrimiendo en cada una de nuestras reuniones que hemos tenido, insisto, con todos los grupos parlamentarios: la necesidad de que el proyecto de ley tenga una técnica mucho más depurada y mucho más simple, que garantice más seguridad jurídica y, por lo tanto, que tenga como consecuencia un mayor acceso a derechos.

En primer lugar, la reforma al artículo 3 de la Ley 16/2003. Actualmente, el proyecto de ley menciona la residencia habitual. Bueno, es un concepto este un poco vago, ¿no? Lo que nosotros queremos es que ese proyecto de ley diga que todas las personas extranjeras con residencia efectiva tienen derecho a la atención sanitaria. La residencia efectiva, ¿cómo se puede probar? Mediante el acceso al registro en el padrón de cualquier ciudad o municipio español, pero también con otros medios alternativos que pueden ser detallados en un desarrollo reglamentario de la ley, como pueden ser matriculación de menores en centros escolares, citas médicas, atención a servicios sociales, etcétera. Con respecto a las personas reagrupadas, una técnica legislativa mucho más simple, mucho más clara, que diga expresamente que las personas nacionales de Estados miembros de la Unión Europea o pertenecientes a países extracomunitarios tendrán derecho a atención sanitaria en virtud del derecho comunitario y de los tratados y convenios suscritos, en este caso para las personas extracomunitarias. Que se diga muy claramente que todas las personas que residen en España, independientemente de su situación administrativa, tienen acceso a la atención sanitaria cuando se trate de mujeres embarazadas, con asistencia en embarazo, parto y posparto o interrupción voluntaria del embarazo, atención en supuestos de salud pública y atención en urgencias hasta el alta médica.

Y como me quedan ya treinta segundos solo, quiero insistir en la urgencia de la aprobación de este proyecto de ley. Urgencia que tiene su base en muchos consensos: consensos en organismos internacionales, consensos en las organizaciones sociales. Y también quiero rescatar ese dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, con lo cual hubo un consenso en el Poder Legislativo en un momento, en 2020, en el que se exigía que hubiese una vuelta a la universalidad.

Gracias a todas las personas que han intervenido. **(Aplausos).**

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

— **CONJUNTA DE LA SEÑORA GARCÍA PÉREZ Y DE LA SEÑORA VILLAHIZAN LAGUNAS, REPRESENTANTES DEL GRUPO EN INEQUIDADES DE SALUD DE NAVARRA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000518).**

El señor **PRESIDENTE**: Damos la bienvenida ahora a doña Maite García Pérez y a doña Beatriz Villahizan Lagunas, que son representantes del Grupo en Inequidades de Salud de Navarra.

Tienen quince minutos a compartir entre las dos. Cuando quieran.

La señora **GARCÍA PÉREZ** (representante del Grupo en Inequidades de Salud de Navarra): Muchas gracias.

En nombre del Grupo en Inequidades de Salud queremos agradecer a esta comisión, y especialmente al grupo Euskal Herria Bildu, la invitación a comparecer y también la oportunidad de trasladar nuestro análisis y nuestras recomendaciones al proyecto de ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud.

Valoramos de manera muy positiva el propósito de recuperar la universalidad de la atención sanitaria perdida en el año 2012 y creemos que constituye un paso importante a la hora de alcanzar un sistema más justo y equitativo. Desde este punto de partida queremos aprovechar nuestra intervención para centrarnos en aquellas propuestas que, desde nuestro conocimiento y experiencia, resultan esenciales para eliminar las barreras existentes y alcanzar esa universalidad de manera real y efectiva.

Nosotras venimos de Navarra. Navarra es una de las comunidades con mejores servicios sanitarios; en los últimos años, todos los informes de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública la han situado en el primer o en el segundo puesto en cuanto a la calidad de los servicios de salud. Es una comunidad que ha mostrado un compromiso explícito con la universalidad del derecho a la salud, materializado en la aprobación de la Ley Foral 8/2013, que fue declarada inconstitucional en el año 2018,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 14

pero que ya reconocía de manera expresa el derecho a la atención sanitaria gratuita y prestada por el Servicio Navarro de Salud a todas las personas residentes en Navarra, con independencia de su edad, nacionalidad o situación administrativa. Sin embargo, y a pesar de estas circunstancias favorables, nos encontramos con un marco legislativo que hace que se produzcan barreras de acceso y vulneraciones del derecho a la salud en parte de la población que vive en nuestra comunidad. Por eso entendemos que necesitamos un marco legislativo estatal que garantice ese acceso universal, equitativo y sin discriminación al sistema público de salud en cualquiera de las comunidades autónomas.

La legislación internacional, europea y estatal obliga al Estado español a garantizar la universalidad como condición esencial para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud. Y me van a permitir que nombre la normativa de referencia. A nivel internacional, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud y obliga a los Estados a garantizar la atención sanitaria universal. El Comité DESC, en su Observación General número 14, establece que los servicios de salud deben tener disponibilidad, accesibilidad y, por tanto, universalidad y no discriminación, además de aceptabilidad y calidad. A nivel de la Unión Europea hay varias normas y directrices que establecen el principio de no discriminación y el acceso igualitario a la atención sanitaria, como la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que establece el derecho a la protección de la salud y el acceso a la atención sanitaria en condiciones de equidad; también el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, que reconoce la obligación de los Estados de garantizar altos niveles de protección de la salud humana, y la Directiva 2011/24, sobre la asistencia sanitaria transfronteriza, que, aunque está centrada en la movilidad, contiene los principios de equidad, transparencia y derechos de los pacientes.

A nivel estatal tenemos la Ley General de Sanidad, que establece la universalidad y la cohesión del Sistema Nacional de Salud y reconoce también el derecho a la protección de la salud a todas las personas; la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud refuerza la equidad, la cohesión territorial y también define la cartera común de servicios; la Ley General de Salud Pública consolida los principios de equidad, transparencia y justicia social en materia de salud pública, y la Constitución Española, que reconoce el derecho a la protección de la salud y obliga a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública mediante medidas de prevención y aportando los servicios necesarios.

En definitiva, nuestro Sistema Nacional de Salud debe regirse por los principios de universalidad, equidad y cohesión; principios que, junto al de seguridad jurídica, transparencia y eficiencia aparecen mencionados en la exposición de motivos del proyecto de ley. Sin embargo, entendemos que el propio texto evidencia ciertos desajustes e incoherencias con estos principios que pueden presentar problemas a la hora de recuperar esa universalidad pretendida de nuestro sistema público de salud. Por ejemplo, la exposición de motivos recoge expresamente que las personas no registradas ni autorizadas como residentes en nuestro país que se encuentren en España tienen derecho a la protección de la salud en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Pero luego tenemos el artículo 1.2 —el que vendría a ser el artículo 3 bis de la Ley 16/2003— que vuelve a establecer requisitos adicionales para las personas que no están registradas ni autorizadas, requisitos que no se exigen a las personas con nacionalidad española. Los requisitos adicionales son: no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación por otra vía, no poder exportar el derecho desde su país de origen o procedencia y no existir un tercero obligado al pago; criterios que, como decimos, no se exigen a las personas de nacionalidad española. O el mismo hecho de que ni siquiera se les considere titulares del derecho porque no están mencionados en el artículo 3, que regula qué personas son titulares del derecho. Entendemos que vincular el derecho a la salud con la normativa de extranjería, como ocurre cuando se hace referencia a esas situaciones de estancia o a la situación de estar a cargo de la persona reagrupante por parte de la persona ascendiente reagrupada, también presenta incoherencias, ya que traslada criterios administrativos de estancia, de entrada o permanencia a un derecho que debe ser universal y autónomo. Esto genera confusiones a la hora tanto de aplicar como de interpretar el derecho, que son contrarias a la seguridad jurídica.

De la misma manera, entendemos que elaborar un listado cada vez más largo de personas a las que se les reconoce el derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, como si fueran situaciones excluyentes entre sí o como si con eso ya se estuvieran contemplando todas las opciones posibles, también resulta confuso y deja margen a interpretaciones diversas, igual que ha ocurrido con la legislación que tenemos actualmente. Y esto compromete la seguridad jurídica, la equidad y la universalidad.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 15

Asimismo, la existencia de mutualidades y sistemas paralelos de previsión sanitaria genera inequidades, aumenta su coste y debilita el sistema público de salud. Y en relación con la prestación farmacéutica ambulatoria, el porcentaje de aportación por parte de las personas que viven en el país sin nacionalidad española o sin autorización de residencia debería ser el mismo porcentaje que se aplica a las personas con nacionalidad española y con autorización de residencia que se encuentren en situaciones equivalentes; de lo contrario, no se respetan los criterios de proporcionalidad y de equidad.

También se les debe aplicar las mismas exenciones y reducciones que les corresponderían por edad, enfermedad crónica, situación económica o el resto de las condiciones específicas, en lugar de imponer un tipo único del 40 %, que carece de toda justificación sanitaria y contradice, como decimos, los principios de equidad, proporcionalidad, universalidad y no discriminación que deben regir la financiación de la prestación farmacéutica dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud.

La señora **VILLAHIZAN LAGUNAS** (representante del Grupo en Inequidades de Salud de Navarra): Expuestas estas situaciones problemáticas que generan incoherencias y que pueden afectar a la universalidad del derecho a la salud, entramos ya en las propuestas concretas que permitirían recuperar la universalidad de nuestro sistema a través de la tramitación de esta nueva ley. Queremos recordar que el derecho a la salud debe ser respetado, protegido y garantizado para todas las personas que viven en el Estado, sin que pueda haber ningún tipo de discriminación por razón de origen, nacionalidad, estatus migratorio, situación jurídica o cualquier otra circunstancia.

Por ello, y para adecuar el texto del proyecto de ley a los principios de universalidad, equidad, cohesión, transparencia, eficiencia y seguridad jurídica, recomendamos eliminar la referencia al uso inapropiado de los recursos sanitarios por parte de las personas migrantes, ya que se basa en estereotipos infundados y alejados de la evidencia. Los estudios disponibles muestran que las personas migrantes no abusan del sistema sanitario, sino que acceden a él en menor medida que la población residente nacional. Mantener esta referencia refuerza percepciones discriminatorias y debilita la coherencia normativa. En este mismo sentido, recomendamos eliminar los requisitos adicionales que se exigen únicamente a las personas migrantes y que se basan en esas percepciones discriminatorias alejadas de la realidad, como la demostración de la no obligación de acreditar la cobertura de la asistencia sanitaria por otra vía, la no exportación del derecho o la inexistencia de un tercero obligado al pago. Creemos que debe desaparecer cualquier mecanismo que condicione el acceso a la salud a valoraciones, acreditaciones imposibles o criterios administrativos de carácter restrictivo.

Recomendamos también modificar el contenido del artículo 3 de la Ley 16/2003 para incluir como titulares del derecho a la salud a todas las personas que vivan en el Estado, con independencia de su nacionalidad o situación administrativa. Esto significa simplificar la redacción, eliminando el listado confuso para, de verdad, no excluir a nadie y, por tanto, garantizar la universalidad y la equidad que propugna el proyecto de ley. Aquí me detengo para recordar que quienes viven en el Estado no son únicamente aquellas personas que están empadronadas —que también—, sino todas aquellas que declaran vivir. Además del empadronamiento, hay otras pruebas admitidas en derecho, pero la propia declaración individual de las personas debería valer, debería ser suficiente. No podemos ser ajenas a la dificultad estructural en la que vivimos, en el acceso a vivienda y en el acceso al empadronamiento y las múltiples barreras que hay para empadronarse en todo el territorio.

También recomendamos modificar el artículo 3 bis para reconocer la protección de la salud y la atención sanitaria a las personas extranjeras que no sean titulares de derechos durante su permanencia en el Estado, asegurando, en todo caso, atención sanitaria a menores de edad, mujeres embarazadas —como escuchábamos antes durante el embarazo, parto y posparto—, así como la atención en situaciones de urgencia. ¿Por qué? Porque constituye un umbral mínimo de protección que nuestro ordenamiento debe reconocer, respondiendo a estándares internacionales de derechos humanos y obligaciones básicas de salud pública. **(El señor vicepresidente, Pose Mesura, ocupa la Presidencia).**

Recomendamos eliminar sistemas de mutualidad para avanzar hacia un sistema de provisión pública, ya que estos generan inequidades y sobrecostes, además de debilitar el propio sistema público. Asimismo, recomendamos suprimir la excepción actualmente prevista para las personas no autorizadas ni registradas como residentes, solicitantes de protección internacional, desplazadas, etcétera, en materia de aportación a la prestación farmacéutica ambulatoria, de modo que no se les aplique un tipo único del 40 %. En su lugar, recomendamos garantizar su inclusión en el mismo régimen general de aportación, exenciones o reducciones que rige para cualquier persona en su misma situación clínica, económica o social.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 16

También recomendamos añadir en la disposición final cuarta, cuando hace referencia a que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación y que para acceder a la lista será necesario cumplir los requisitos que se establezcan de manera reglamentaria, que se garantizará la equidad en el acceso entre personas nacionales y extranjeras, con independencia de su situación administrativa o estatus migratorio, por supuesto.

Y la última de nuestras recomendaciones sería la de consolidar la recuperación de una cartera común de servicios plenamente integrada, superando definitivamente la fragmentación introducida en 2012, que debilitó su coherencia y la capacidad de garantizar prestaciones homogéneas en todo el territorio. Asimismo, resulta imprescindible reforzar de manera estable la salud pública, la atención sociosanitaria y la rehabilitación funcional, asegurando que estos ámbitos cuenten con un desarrollo normativo y presupuestario suficiente para garantizar su acceso universal y equitativo.

Permítannos cerrar esta exposición recordando algo esencial: blindar el acceso universal a la salud es una obligación, es un acto de responsabilidad política que requiere voluntad y un cambio de mirada. La salud es un derecho fundamental que pertenece a todas las personas por el simple hecho de existir. No es un privilegio que pueda depender del estatus administrativo, del código postal o de los vaivenes de una interpretación burocrática. Los sistemas verdaderamente universales no solo ahorran costes y previenen duplicidades, sino que fortalecen la salud colectiva al garantizar que nadie queda fuera de la atención que necesita. Las exclusiones, en cambio, generan desigualdades, deterioran la cohesión social y ponen en riesgo vidas que podrían haberse protegido.

Por eso, es imprescindible dotar al Estado de un marco sólido que impida retrocesos futuros y que asegure que nunca más haya personas relegadas a la invisibilidad sanitaria. Les pedimos que avancen hacia una ley que reconozca el derecho efectivo de todas las personas que viven en el Estado, sin excepciones ni requisitos que en la práctica se convierten en barreras infranqueables; una ley que elimine desigualdades estructurales y profundamente arraigadas, como el sistema de mutualidades que fragmenta y estratifica el acceso; una ley que armonice procedimientos, que simplifique la burocracia y garantice que las puertas del sistema público se abran igual para todos y todas. Pero, sobre todo, les pedimos que impulsen un horizonte en el que la sanidad no solo cure, sino que cuide la vida, que atienda las causas profundas de las desigualdades y no solo sus consecuencias. Porque salud y sanidad no son lo mismo. Salud es un concepto amplio que atraviesa la vivienda, el empleo, la educación y el entorno. Y cuando estos pilares fallan, la sanidad llega tarde y siempre paga el precio.

Avanzar hacia un sistema que incluya el cuidado de todas las personas implica asumir que la equidad no surge por inercia, sino que se construye con decisiones responsables, con políticas que reparan desigualdades estructurales y con la convicción de que ningún ser humano puede ser considerado prescindible. La universalidad no se declara, se garantiza. Las exclusiones han de eliminarse, no se corrigen con parches o con listas de categorías de no derecho. Y la salud, si ha de ser un derecho real, debe serlo para todo el mundo, para todas las personas. Ese es el camino que les invitamos a seguir, uno que refuerce la cohesión, la equidad y la sostenibilidad del sistema público y que demuestre que una sociedad justa es aquella que cuida sin condiciones a todas las vidas que la conforman.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Seguidamente, tienen la palabra los portavoces de los grupos parlamentarios.

El Grupo Parlamentario Mixto no está.

El Grupo Vasco tampoco.

Tiene la palabra Euskal Herria Bildu.

La señora **FULLAONDO DE LA CRUZ**: Muy brevemente, solo... **(Continúa su intervención en euskera)**.

Decía que simplemente quiero daros la bienvenida y las gracias por la exposición que habéis hecho. Clarísimamente, habéis hecho un análisis muy exhaustivo de la ley, de los vacíos, de las incoherencias.

Sobre todo, gracias por aportar propuestas y recomendaciones para poder solventar todas las deficiencias que habéis visto en la ley. Creo que habéis tocado todos los aspectos; tenía pensado preguntar en alguno de ellos, pero me habéis dado la respuesta.

Entonces, sin más, simplemente gracias. Eskerrik asko.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 17

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

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

Muchísimas gracias por la intervención. Lo primero, agradezco vuestra intervención y el trabajo como Grupo en Inequidades en Salud, que entiendo que es un colectivo formado por diferentes plataformas. El que tengamos una sociedad civil rica y con un movimiento colectivo plural, crítico y dinámico, es un indicador de que vamos bien, incluso aunque parezca que no vayamos bien en algunas cuestiones. La sociedad civil siempre va a estar como quince años por delante de lo que podamos hacer muchas veces en política, incluso queriendo hacer políticas progresistas. Eso nos quiere decir que, si hay un buen movimiento colectivo y un buen movimiento social, tenemos un buen futuro.

Gracias por las aportaciones. Tomamos nota detallada de todas las recomendaciones para valorar cómo se pueden incluir como enmiendas en el texto normativo.

La semana pasada, el Grupo Socialista presentaba una proposición no de ley sobre el aniversario de la Ley General de Sanidad. Nosotros recordábamos que la ley era de 1986, pero que en mayo de 1979 el Grupo Parlamentario Comunista presentó una proposición no de ley proponiendo por primera vez una reforma de la sanidad. El texto presentado por Núñez González decía algunas cuestiones muy bonitas para hacer memoria parlamentaria. El primer punto era la importancia de una concepción integral de la salud en términos de salud individual y colectiva, que era un poco como cerrasteis —os voy a tutear— la intervención, en el sentido de un modelo que vaya más allá de lo sanitario y que tenga en cuenta en la salud todos los determinantes sociales; en 1979, que parece que son temas novedosos el código postal, los determinantes sociales y demás. Lo segundo, señalaba que el modelo de gestión centralizado no funcionaba. Es decir, ahora hay una crítica a la fragmentación y a las comunidades autónomas, pero realmente la Ley General de Sanidad plantea un cumplimiento constitucional en la descentralización, por las competencias que tienen que tener las comunidades autónomas, y ya en 1979 ya se veía que el modelo centralizado no funcionaba, la burocracia era imposible. Planteaba también la transparencia y la calidad, y la universalidad como un elemento clave, junto con el sistema público, que es otro elemento que podemos usar. Para nosotros la universalidad es un tema totalmente relevante. Yo creo que hemos tenido comparecencias que han puesto el énfasis en lo que se ha comentado hoy en esta intervención de forma clara.

Me gustaría haceros una pregunta un poco retórica, pero que creo que es muy importante: ¿por qué pensáis que políticamente esto no está tan claro? Hoy se han mencionado varios ejemplos de que hay un acuerdo, hubo una Comisión para la Reconstrucción Social y Económica en 2020 en la que ya se planteó el tema de la universalidad. ¿Por qué pensáis que este texto, que nosotros pensamos que sí tiene recorrido un positivo —somos optimistas— a lo mejor no tiene un recorrido parlamentario adecuado? En un país como el nuestro, con un modelo sanitario que ha evolucionado de forma positiva —aunque somos muy críticos con las mejoras que puede tener—, pero con una situación muy avanzada respecto a 1979, ¿por qué pensáis que hay resistencias a que este elemento de universalidad, que sería algo totalmente racional desde el punto de vista político y también de evidencia científica, pueda salir?

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Es el turno del Grupo Socialista.

El señor **CACHO ISLA**: Gracias, presidente.
Buenos días. Egun on guztioi.

Primero, quiero agradecer a las ponentes la explicación que habéis dado. Las palabras que decía el compañero de SUMAR de que cuando tenemos una sociedad civil reivindicativa y fuerte las uno a las vuestras de sacar pecho por el sistema sanitario navarro —yo soy navarro—; eso quiere decir que va una cosa con la otra. Cuando hay una sociedad que reivindica, al final se refleja o se irradia en este tipo de sistema sanitario.

Por otra parte, quiero agradecer vuestra aportación. Sé que sois una plataforma de colectivos en la que hay desde ONG hasta potenciación del servicio médico, etcétera. Pero ahora os une un objetivo común que es la integración bajo el prisma de la sanidad. Y eso es de agradecer.

Es verdad que coincidimos en el diagnóstico del real decreto de 2012, que dejaba fuera a personas migrantes y que necesitaba una reforma, y también en el objetivo que habéis dejado claro de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 18

universalidad, de atender a las personas con independencia de su situación administrativa. El objetivo que perseguimos es la ampliación de derechos a personas en una situación irregular por hallarse en esas situaciones que se han visto a lo largo de los distintos artículos. Por parte de nuestro grupo invitamos a transformar esas recomendaciones en unas enmiendas para poder valorarlas.

Por nuestra parte nos queda agradeceros vuestra presencia.

Mila esker. **(Aplausos)**.

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

Por parte del Grupo Popular, la señora Vázquez.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias a las señoras García y Villahizan por acompañarnos hoy en esta comisión y sobre todo por su trabajo en la identificación de determinantes sociales y desigualdades en salud a través de su Grupo en Inequidades de Salud. Sin duda aportan mucho valor al debate de nuestra comisión sobre el proyecto de ley.

Nosotros compartimos la necesidad de garantizar la cobertura sanitaria que sea universal, que sea efectiva y accesible, pero no solamente en el marco legal, sino también en el marco práctico: en los centros hospitalarios, en las urgencias, en la atención primaria y en los dispositivos comunitarios sociosanitarios. Estamos de acuerdo y reiteramos que para que la universalidad sea real es imprescindible que la norma aporte claridad jurídica, que evite crear más barreras burocráticas y que reconozca las profundas diferencias de accesos derivados de factores como el nivel socioeconómico, el idioma, la situación administrativa, la ruralidad, la vivienda o la exclusión social. Nos interesa especialmente conocer cómo este proyecto de ley va a poder mejorar la capacidad de proteger a quienes sufren inequidades y cómo evitar que generen nuevas cargas administrativas o desigualdades en los territorios.

Tenía una serie de preguntas, pero algunas de ellas han sido ya respondidas en su intervención, por lo que me voy a centrar en algunas muy concretas. ¿Creen que el texto garantiza el nivel suficiente de homogeneidad para que una misma persona no tenga un acceso distinto según viva, por ejemplo, en Navarra, en Andalucía o en Asturias?, ¿o sería necesario reforzar la definición de condiciones comunes básicas? ¿Qué elementos creen que faltan en la ley para integrar mejor los determinantes sociales de la salud, el trabajo comunitario y la colaboración de los servicios sociales? Y con respecto a la medición y la evaluación, para reducir inequidades se necesitan mediciones. ¿Consideran que el proyecto incorpora mecanismos suficientes de evaluación, indicadores e impacto en desigualdades?, ¿o recomendarían un sistema más robusto que obligue a medir resultados reales?

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Para contestar disponen de diez minutos entre las dos comparecientes.

La señora **VILLAHIZAN LAGUNAS** (representante del Grupo en Inequidades de Salud de Navarra): Empezaré por la pregunta porque creo que para el resto teníamos una respuesta más o menos redactada para no irnos del tiempo, y yo creo que con ella respondíamos a estas cuestiones. Solo faltaba esta: ¿por qué pensamos que políticamente no está claro? Porque hay una falta de voluntad política que venimos arrastrando y creo que a veces nos cuesta garantizar el derecho para todas las personas desde el primer día. Creo que arrastramos un complejo de que, si garantizamos este derecho desde el primer día, hay una mirada sospechosa de aprovechamiento del sistema sanitario. Esto lo incluíamos en nuestra propia exposición. Esa mirada hay que quitarla, hay que limpiarla. Hay que limpiarla de discriminaciones desde el inicio. Y para conseguirlo hay que tener voluntad política; no hay otra.

Para nosotras, defender la universalidad del derecho a la salud significa reconocer que este derecho existe solo cuando es plenamente accesible para todas las personas, sin excepción; si no, *de facto* no estaríamos hablando de un derecho. Esto implica asumir que la salud no puede depender de factores como el origen o la situación administrativa, la clase social o la pertenencia étnica. La universalidad requiere que las instituciones identifiquen y transformen aquellas leyes, prácticas y estructuras que, por acción u omisión, siguen generando exclusiones. Es una responsabilidad política ineludible garantizar que nadie quede fuera de los servicios y recursos esenciales y que todas las políticas públicas se diseñen teniendo en cuenta la diversidad real de la población a la que van dirigidas. Universalizar la salud implica entenderla en un sentido amplio, incorporando estos determinantes sociales: vivienda, empleo, educación,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 19

situación administrativa, condiciones materiales de vida, porque todos influyen directamente en el bienestar. Por ello es imprescindible un trabajo transversal entre todas las áreas de la Administración; la salud no puede abordarse desde un compartimento estanco, sino que es necesario abordarla desde una lógica coordinada que ponga en el centro la salud de las personas, la dignidad de la vida de las personas. Y para garantizar este derecho hay que desburocratizar procesos. Cuando los trámites son inaccesibles o excesivamente complejos, la universalidad deja de ser un principio, se convierte en sí misma en una barrera. Por eso simplificar, adaptar, flexibilizar procedimientos administrativos es una medida urgente para asegurar que nadie quede fuera del sistema por falta de información ni por dificultades lingüísticas ni por brechas digitales ni por situaciones de vulnerabilidad. Reclamamos también que las políticas, las leyes y los planes integren de manera transversal una perspectiva —y aquí vamos a ser claras— antirracista porque, como se decía en la anterior comparecencia, estamos hablando de que el racismo atraviesa transversalmente el derecho sanitario. En definitiva, reclamamos una perspectiva antirracista que permita identificar desigualdades, corregirlas y vigilar el cumplimiento de la normativa vigente. Esto implica revisar marcos injustos, como la ley de extranjería, que a día de hoy es una ley injusta que constituye la materialización del racismo institucional. Debemos avanzar hacia modelos que protejan y reparen, en lugar de excluir.

En este sentido también la autoorganización del tejido social es parte esencial de este camino. Por eso desde aquí —y este es un ejercicio que estáis poniendo en práctica— debéis escuchar a quienes viven estas vulneraciones, adaptar los espacios institucionales y reconocer la diversidad. Son condiciones necesarias para construir políticas públicas legítimas —porque las legitima el pueblo— y efectivas. No puede recaer en los colectivos vulnerables y discriminados la carga de denunciar y visibilizar, es la propia Administración pública la que debe ser garante y vigilante de cómo está accediendo la población al derecho sanitario para detectar quiénes se están quedando fuera y generar mecanismos que los incorporen; no para excepcionarlos, sino para integrarlos dentro de la normalidad jurídica.

Finalmente, queremos subrayar que defender el acceso a la salud de todas las personas que viven o transitan por un territorio es una cuestión de justicia social, es una cuestión de democracia. Las personas no somos expedientes ni categorías administrativas, somos sujetos políticos de derechos. Y, como tales, debemos ser reconocidas y tratadas. Una sociedad solo puede considerarse verdaderamente democrática cuando garantiza que cualquier persona, con independencia de su origen o de su situación, pueda ejercer sus derechos fundamentales sin miedo, sin barreras y sin discriminación. Por eso entendemos que proteger el acceso universal a la salud no es solo proteger el bienestar físico o emocional, sino además defender la dignidad, la igualdad y la propia esencia de lo público, que es un espacio que debe pertenecernos a todos y a todas.

Os agradecemos de nuevo que nos hayáis dado la oportunidad de poder hablar en este espacio, en esta casa, que nos impresiona un poco. Y sentimos haber tirado de lectura; nos desenvolvemos mejor hablando, pero hoy había nervios, así que hemos leído.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

— DEL PRESIDENTE DE MÉDICOS DEL MUNDO (FERNÁNDEZ DÍAZ). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000517).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): El siguiente compareciente es el doctor José Fernández Díaz, presidente de la organización Médicos del Mundo, que es un referente en la lucha por el derecho a la salud de las poblaciones. Es una fortuna para nosotros tenerle aquí para hablarnos de universalidad y del proyecto de ley que nos ocupa.

El señor **PRESIDENTE DE MÉDICOS DEL MUNDO** (Fernández Díaz): Buenos días, señorías.

En primer lugar, quiero darles las gracias por escuchar lo que organizaciones sociales pensamos acerca de la universalidad y de la equidad en general, pero también en particular respecto del anteproyecto de ley que es objeto de estas comparecencias.

Personalmente, quiero decirles también que valoro muchísimo el trabajo del Congreso de diputadas y diputados, que respeto profundamente el valor de lo que se hace aquí y que no vengo con la ingenuidad de pensar que voy a convencerles en quince o veinte minutos de nada. Pero sí es importante que nos escuchen, y con esto para Médicos del Mundo hoy es suficiente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 20

Voy a dividir esta corta introducción en dos partes. En primer lugar, quiero hacer referencia a algunos hitos en el desarrollo de nuestro sistema sanitario desde los estertores del franquismo hasta ahora, porque considero que, por una parte, es importante contextualizar y, por otra, darle la importancia que tiene al sistema sanitario público visto en su globalidad y no solo desde una perspectiva parcial, como pueda ser la que hoy está aquí de universalidad.

Recuerdo la Ley General de Sanidad, de 1986, una ley sencilla, simple, fácil de leer, comprensiva, porque lo abarcaba todo, y también muy comprensible, porque la entendía cualquiera. Aquella ley, que tenía como cabeza y líder de todo el proceso al ministro Ernest Lluch —asesinado posteriormente por ETA—, recogía todo lo que podía esperarse de este concepto del paso de un sistema de aseguramiento a un sistema nacional de salud. Es decir, de un modelo financiado por cuotas, por aportaciones fundamentalmente de trabajadoras y trabajadores, a un sistema que se financiaría a través de los Presupuestos Generales del Estado, de la fiscalidad.

Sin embargo, casi sin darle tiempo a aquella ley, hubo voces procedentes sobre todo de corporaciones con mucho interés en la mercantilización de los servicios de salud, de convertirlos en un bien, en un servicio de mercado, susceptible de dejarse a las reglas del mercado, que dio lugar en el año 1991 al famosísimo informe Abril Martorell. Si ustedes leyeran hoy los contenidos de ese informe, verían qué actualidad tiene en relación con los debates que se están produciendo en el momento actual. Aquel informe podríamos definirlo ahora mismo como adelantado a su tiempo —lo pongo muy entre comillas— en relación con las medidas de liberalización de los sistemas sanitarios públicos. Era lógico, empezaba la gran marea de liberalización en el Reino Unido, con el desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud heredado desde poco después de la Segunda Guerra Mundial en Inglaterra, y tenía que llegar aquí. Es verdad que el informe Abril Martorell no tuvo un efecto normativo real sobre el sistema sanitario, pero sí que fue algo que recorrió longitudinalmente todo el desarrollo de la Ley General de Sanidad y muchas otras cuestiones relacionadas con la organización de los servicios.

Sin embargo, aquí quiero hacer alusión a dos elementos. Por una parte, hay que reconocer a las grandes corporaciones interesadas en la mercantilización de los sistemas sanitarios la contumacia, la perseverancia y la tenacidad que tienen. Pero esto no es lo más importante; lo más importante es que, treinta y cinco años después, de momento —y no es que ahora mismo no esté en riesgo porque yo creo que está en riesgo y más que en aquel tiempo— el Sistema Nacional de Salud sigue aquí. Y en esto quiero hacer dos referencias. Una, aquella ley de 1986 fue posible porque en los estertores del franquismo el modelo de Seguridad Social obligatorio en España prácticamente nos llevó al final de aquel tiempo a un sistema cuasi universal con un modelo de financiación diferente. Pero, cuando se fueron incorporando los regímenes especiales progresivamente —fruto de la presión social y también y sobre todo de la presión de los sectores sindicales, en el metal, en la minería, posteriormente en el campo, en la marina, etcétera—, llegamos a esto y fue muy fácil, porque lo único que supuso fue aquel proceso de cambio de financiación de la Seguridad Social a través de los presupuestos generales del Estado, que duró unos cuantos años, por cierto, pero que fue así. Y por esto hay que decir que el Sistema Nacional de Salud y aquel modelo de Seguridad Social fue gracias a que el arraigo en la sociedad española de la sanidad pública y el interés por la sanidad pública era muy importante y yo creo que sigue siendo muy importante. Y creo que de esto debe tomar nota un Congreso que representa a toda la población española de todos los territorios del Estado.

En segundo lugar, quería hacer alusión a algo que ahora mismo probablemente se está perdiendo y que yo siempre he definido como la permeabilidad del sistema sanitario. Me refiero a la libertad, la autonomía de las y los profesionales del sistema sanitario para poder aplicar de una forma efectiva su dimensión ética, la dimensión deontológica de tener la capacidad de atender a cualquier persona que se acercaba al sistema sanitario sin que hubiera ningún problema. El sistema sanitario español ha tenido este rasgo a lo largo de toda su historia, por lo menos desde la Transición hasta ahora. Una permeabilidad fruto de profesionales vocacionales y comprometidos con el código deontológico y la ética en la práctica médica, y digo práctica médica en general. Son dos rasgos que se deben tener muy en cuenta, porque estamos hablando de la sociedad civil y de los profesionales del sistema sanitario.

El siguiente hito al que quería hacer mención es la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2003 en este mismo Parlamento con mayoría absoluta del Partido Popular. Esa ley es la base precisamente de lo que se está discutiendo en este momento con la nueva ley. Yo les propongo que recuperemos aquello y nos dejemos de más discusión, porque prácticamente estaríamos ya en una universalidad que ahora mismo quisiéramos recuperar.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 21

Posteriormente vino el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. Este, desde el punto de vista social y de lo que estoy diciendo ahora mismo, tiene una importancia especial, porque fue la primera vez en la que se levantó una especie de cortina que ocupó y focalizó una parte importante del debate: la exclusión drástica y abrupta del sistema sanitario de casi un millón de personas, concretamente de personas migrantes, extranjeras, que tenían reconocido el derecho a la asistencia sanitaria y que por aquel real decreto lo perdieron. Pero aquel real decreto tenía un alcance mucho más importante, porque todavía hoy estamos sufriendo las consecuencias en el sistema sanitario público por muchos de los contenidos que incluía sobre el personal, sobre las prestaciones del sistema, etcétera.

Y hoy estamos aquí. ¿Por qué estoy haciendo una alusión global del sistema sanitario público? Porque si no tenemos un sistema sanitario público robusto, solvente y efectivo para la mayoría de la población, tampoco lo vamos a tener para las minorías, que es de lo que estamos hablando aquí. El sistema sanitario público tiene problemas organizativos de fondo que deben resolverse no precisamente en el marco legislativo o normativo que aquí se puede alcanzar, sino en otros espacios. Respecto de esto yo no tengo duda y Médicos del Mundo sabe que, si no se defiende un sistema sanitario público robusto, poderoso, que garantice la accesibilidad en equidad y que garantice la universalidad, estamos dejando también al páiro a todas las minorías que hoy se trata de ampliar en el marco normativo que es objeto de esta comparecencia. Por eso, pongo por delante que necesitamos robustecer y mejorar el sistema sanitario en general.

Hoy día hay problemas con el personal de salud, las listas de espera son una lacra que además contribuyen a deslegitimar y desacreditar ante la población el sistema sanitario, y hay una serie de factores como estos que favorecen vías que a Médicos del Mundo no nos gustan, porque la desacreditación y la deslegitimación del sistema sanitario es lo que está facilitando también ese incremento intensivo del gasto privado que recae sobre las familias en el momento actual. Y cuando hablamos de gasto privado sabemos que unas familias lo pueden asumir y otras no, con lo cual es una forma también de limitar la universalidad y la accesibilidad en equidad de la mayoría de la población.

Ahora se plantea este anteproyecto de ley y yo diría que es marginal en dos sentidos. Uno, porque nos falta tan poco que es una pena perder esta oportunidad para llegar a la universalidad. Falta muy poquito, simplemente es volver a 2003, pensar un poco y probablemente recoger algunos aspectos relacionados con cambios sociales que se están produciendo no solo en España sino en el mundo. Hoy día hay una quiebra social que cada vez hace mayores las diferencias entre ricos y pobres, y también hay circunstancias globales que están generando movimientos migratorios en este momento histórico, que no es el único porque, si volvemos atrás en la historia, encontraremos momentos con movimientos migratorios similares o mayores a los que se están produciendo hoy. Pero también hay que reconocer que hoy día en el mundo hay regiones y países donde la violencia, la injusticia y la vulneración de derechos humanos obligan a mucha gente a huir y buscar refugio en zonas donde los derechos humanos son respetados. Esto debe recogerse en un anteproyecto, en una ley de accesibilidad en el momento actual.

Por lo tanto, digo que es marginal en cuanto a que falta muy poca gente por incluir. Pero también es marginal desde otro punto de vista: los costes que supone para la sostenibilidad del sistema sanitario. No es cierto en absoluto que el impacto de ampliar la cobertura del sistema sanitario público en España hoy sea significativo. Cualquiera que analice la progresión y evolución de los costes del sistema sanitario, en cuestión de cinco o diez minutos, puede comprobar que lo que pone en riesgo la sostenibilidad del sistema no es ni la cartera de servicios ni la universalidad. Hoy día los costes que se han ido incrementando han sido derivados de la incorporación de tecnologías que muchas veces son ineficientes y otras veces no, pero la verdad es que el sistema las va digiriendo sin protesta, sin ninguna reflexión acerca de si es verdad que esa incorporación puede contribuir a la sostenibilidad.

Y la otra parte es la fiscalidad. En Médicos del Mundo somos muy conscientes de que el sistema fiscal tiene que acompañar necesariamente al sistema sanitario público. Sin una fiscalidad progresiva, el sistema sanitario público va a perder muchos de sus atributos, de sus cualidades, de sus valores, como es por ejemplo actuar como factor de redistribución de la riqueza desde un punto de vista social. Está claro que en un sistema fiscal deben pagar más quienes más ingresan, quienes más tienen. Y, sin embargo, cuando hablamos de utilización del sistema sanitario, realmente las personas que pueden estar en los estratos más bajos de la escala social por distintos determinantes sociales tienen más probabilidades de enfermar y, por lo tanto, probablemente también más necesidades de acudir al sistema sanitario. Este es el gran valor que hay que tener en cuenta, igual que, insisto, en el arraigo social del sistema sanitario público y en los valores del sistema sanitario público. Valores que he querido reflejar en esa permeabilidad debida al carácter de los profesionales, pero que también son valores de justicia social y de derechos humanos. Y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 22

esto no lo debe perder el sistema sanitario, por muy poquito que nos falte para llegar a esa universalidad que hoy está en cuestión.

Por último, quiero decir que Médicos del Mundo puede aportarles evidencias. Y no quiero tampoco cargar de tópicos la intervención. No se trata de decir que estamos dejando al margen a personas que sufren estas consecuencias en salud —que es cierto—, sino de recordar que son personas que viven en nuestro entorno y que están viendo cómo barreras de distinto tipo les impiden acceder a cuidados necesarios en salud. Y creo que no deberíamos consentir, porque falta muy poco desde un punto de vista del marco normativo jurídico, que es lo que sí puede hacer este Congreso. Es cierto que el Congreso no puede entrar en los aspectos organizativos del sistema, no puede entrar en las competencias específicas de las comunidades autónomas, no puede entrar en la organización de cada territorio, pero sí puede generar un marco normativo que garantice la universalidad del sistema y una parte importante del concepto de equidad en el acceso al sistema sanitario.

Nosotros no podemos decir que cuantitativamente tengamos datos irrefutables. Recogemos los datos de nuestra experiencia. Médicos del Mundo tiene presencia prácticamente en todo el territorio del Estado español y, a través de sus sedes territoriales y de sus proyectos, va recogiendo las —no sé si llamarlas vulneraciones, pero sí barreras— barreras de acceso al sistema que están sufriendo determinados grupos o colectivos sociales a la hora de solicitar asistencia en el sistema sanitario.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Si me permite, aunque vamos a ser un poco laxos porque es la última intervención, le ruego que vaya abreviando.

El señor **PRESIDENTE DE MÉDICOS DEL MUNDO** (Fernández Díaz): Sí, ya está.

Hay obstáculos que ya fueron citados, como la imposibilidad del empadronamiento, que es probablemente el factor hoy determinante de muchas de estas barreras. Pero también hay situaciones graves, por ejemplo, en población infantil, en mujeres embarazadas, que realmente nos parecen de una falta de humanidad apabullante por parte del sistema. Ustedes ya tienen el informe de barreras de Médicos del Mundo y también algún otro documento donde esto que les estoy diciendo está perfectamente descrito.

Con esto quiero terminar esta parte de mi intervención.

Les agradezco la escucha y la paciencia.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Estaríamos escuchando por tiempo indefinido, pero los tiempos están marcados.

Por parte del Grupo SUMAR, el señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenos días, muchísimas gracias.

Es un placer tenerlos aquí. Lo primero, gracias a Médicos del Mundo como organización, que creo que cumple treinta y cinco años —me parece que llegó una invitación de los treinta y cinco años—. Gracias por la importancia de la sociedad civil, que tire de un país y que lo haga como lo hace Médicos del Mundo.

Yo no sé si lo he contado alguna vez en esta comisión, pero tengo una camiseta que me suelo poner muchas veces, la de *reality-based community*. La llevo mucho por un grupo que me gusta, que es The National, pero la frase significa: comunidad basada en la realidad. Leyendo hace poco a Marina en *La vacuna contra la insensatez* —el libro que ha publicado recientemente— menciona que es una frase que utilizó Karl Rove, un asesor de George Bush, en 2004, cuando varios asesores críticos con sus políticas fueron apartados. Los echó y les dijo que eran un grupo de gente demasiado basado demasiado en los datos y no en la realidad. Y la frase que dijo Karl Rove, cito textualmente, fue: Ahora somos un imperio y cuando actuamos conformamos o creamos nuestra propia realidad.

Ese es el discurso que tenemos actualmente de los relatos del imperio y los relatos que tenemos enfrente con políticas reaccionarias, con el abismo que tenemos, por ejemplo, con Trump. Hace poco Javier Nieto —al que conocerá el compareciente— nos escribía desde Estados Unidos y nos contaba cómo el Departamento de Educación está planteando quitar validez a los títulos de grado de Salud Pública y no dar importancia a los cursos de formación o a los másteres en Salud Pública. Es decir, actualmente, teniendo en cuenta que nos asomamos a este abismo que tenemos enfrente y que tenemos muy cerca, hay dos herramientas clave para frenarlo. Una es la democracia, que, siendo imperfecta en algunos casos, todavía tiene mecanismos de autorregulación para poder seguir avanzando. El hecho de que estemos en estas Cámaras hablando y reflexionando sobre leyes —tramitándolas, discutiéndolas, incluso no poniéndonos de acuerdo—, pero con un proceso elaborado que ha llevado mucho tiempo, es una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 23

prueba de ello. La segunda herramienta es la ciencia, que tiene sus propios mecanismos de autorregulación para llegar a conclusiones basadas en algo más allá de opiniones determinadas que no sean los discursos que, como dijo este hombre, genera el imperio. Es decir, ciencia y democracia.

En las comparecencias que hemos tenido en relación con la universalidad, hemos escuchado distintos discursos: por un lado, discursos que vienen del ámbito de la democracia, procedentes de organizaciones y asociaciones que nos han puesto elementos democráticos de debate sobre lo que estamos reflexionando; y, por otro lado, aportaciones desde la ciencia. En una comparecencia reciente, Luis Jimeno, médico de familia y compañero de Aragón, nos ofreció reflexiones desde la ciencia, sobre por qué hablar de universalidad es algo plenamente sostenible, más allá de un discurso de derechos humanos o derechos sociales. Para nosotros, la situación actual es fundamental para poder avanzar en lo que estamos planteando. Nuestro sistema sanitario no solamente mejora la vida y la salud de las personas, sino que también es un elemento central de bienestar social, de cohesión social, de generación de empleo, y un motor económico de este país. Ojalá nuestro país tenga el orgullo que tuvo en su momento el Reino Unido, cuando el NHS era un elemento de satisfacción y de orgullo para todos los británicos. Ojalá también pueda ser un orgullo para nosotros, y lo siga siendo, siguiendo el recorrido iniciado por la Ley General de Sanidad y el trabajo de Ernest Lluch.

Tenemos elementos de mejora claros. El otro día, cuando presentábamos el homenaje a Lluch y a la Ley General de Sanidad, hablábamos de esos elementos de mejora. La operación Primavera se quiso cargar la Ley General de Sanidad porque había movimientos políticos reaccionarios de derechas que se querían cargar la ley, y elementos conservadores del propio Gobierno socialista de aquel entonces no introdujeron ninguna crítica al tema de la privatización de la sanidad en el propio texto de la ley. Es decir, tenemos elementos de mejora.

Nos alegra mucho que haya hecho la mención al tema de la fiscalidad. Nosotros, siempre que nos reunimos con asociaciones, les insistimos en este tema: un Gobierno progresista no es el Gobierno formado por gente progre que lee muchos libros raros que no se va a leer el resto de la sociedad. Un gobierno progresista es el que consigue avanzar en políticas que mejoran la vida de la gente. Parece una tontería, pero no lo es. Es decir, se progresa mejorando la vida de la gente. Y un principio básico en fiscalidad progresiva es que los que más ganan paguen más, para poder mejorar esos sistemas públicos. Estos días, economistas de nuestro espacio político mencionaban que, con una buena fiscalidad progresiva en nuestro país —que está muy por debajo de la media europea—, y logrando que las clases más ricas y las grandes empresas paguen mejor sus impuestos, tendríamos 111 000 millones de euros anuales —111 000 millones anuales—. Es decir, tenemos margen suficiente para construir un buen país con buenas políticas, no solo en sanidad, que es de lo que estamos hablando ahora mismo, sino también en educación, en cuidados o en cultura.

Y termino. Para nosotros, un principio irrenunciable para nuestro espacio político, para las diferentes visiones que tenemos desde nuestro espacio político, es que nadie puede quedar atrás. Y no creo que sea solamente algo de nuestro espacio político. Es decir, es de nuestro espacio político, es de la Constitución, es de las cartas fundacionales de los derechos humanos, es de Cristo o de Mahoma, y no en sentido figurado. Es decir, nadie puede quedar atrás.

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

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Si alguien ahora mismo plantease que alguna persona se puede quedar atrás en este sistema sanitario, estaría defendiendo políticas racistas o políticas fascistas, y este es un elemento clave contra el que tenemos que luchar.

Muchas gracias.

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

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

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

Agradezco al compareciente su asistencia, sus palabras y su intervención. Quiero comenzar también dando las gracias por la labor humanitaria que lleva realizando Médicos del Mundo durante muchos años en zonas de conflicto, en colaboración con los cascos azules. Conocen de primera mano una de las razones por las que tenemos esta situación de migración ilegal. El otro día lo pudimos ver con la defensa de la PNR del Congo, que muestra cómo esa población lo que necesita es acabar de una vez por todas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 24

con las situaciones de conflicto en origen, para que esas personas no tengan que abandonar sus países. Prácticamente lo que hace Europa es robarles el futuro y, muchísimas veces, incluso robarles los recursos permitiendo ese tipo de cosas. Lo hemos dicho más de una vez: la doble hipocresía de Europa.

El segundo agradecimiento que quiero hacerle es por su mención a Ernest Lluch. Nosotros siempre hemos denunciado la hipocresía que aquí se comete, porque usted lo ha dicho muy bien; ha dicho las palabras tabúes: Ernest Lluch, asesinado por ETA. Ha señalado lo que no se puede decir aquí, porque decir ETA es decir Bildu. Porque Bildu es ETA, y los representantes de Bildu han estado aquí sentados, hasta hace un momento, hablando de sanidad, hablando de la ley de universalidad, hablando de ese sistema sanitario que creó Lluch y fue asesinado. Los propios compañeros y herederos de los asesinos de Ernest Lluch son hoy en día el socio más leal del Gobierno, incluso más leales que SUMAR, y solamente hay que ver las votaciones.

Le voy a dar la razón en que nos hace falta un sistema sanitario más robusto, solvente, efectivo, porque nuestro sistema sanitario tiene muchos problemas de verdad. Existe una falta de equidad evidente, algo que hemos comentado en varias ocasiones, y que vamos a seguir comentando, y que luego se olvida: esa falta de equidad se ha creado a raíz de dividir y trocear el sistema sanitario y que cada uno haga la guerra por su cuenta, que cada uno dé una asistencia diferente al otro, según la región o incluso, como he dicho muchas veces, la provincia o la propia ciudad. Y esa desigualdad usted también la ha verbalizado. Si supuestamente estamos bajo un Gobierno progresista, después de siete Gobiernos, esa brecha es todavía aún mayor: más ricos y más pobres. Yo sé que a la izquierda le encanta que haya pobres, porque siempre es su caladero de votos, a los que intenta engañar otra vez con que ellos van a sacarlos de esa situación. Pero la realidad es que no se hacen hospitales. Hablamos de salud mental, pero tampoco hay infraestructuras, no hay medios, no hay presupuestos. Y es una realidad: no hay presupuestos. Con discursos vacíos, la sanidad no resiste, la sanidad no atiende a los pacientes, la sanidad no acaba con las listas de espera, la sanidad no acaba con los problemas que tenemos ahora mismo, como he señalado antes. Las listas de espera en España están en niveles récord. Pero también lo estamos viendo en las ayudas.

Y fíjese, hablando de protección, simplemente lo de la protección va un poco al hilo del tema de la sanidad y de los derechos. Una madre soltera autónoma, por ejemplo, no tiene derecho a la beca comedor para su hijo. No hablemos de conciliación, porque como es autónoma queda fuera de cualquier tipo de ayudas. Una madre embarazada autónoma, con dos hijos ya, tiene un problema con la placenta y es un embarazo de riesgo, por lo cual tiene que coger baja. Durante esos meses de baja, prácticamente no recibió ninguna ayuda ni prestación, apenas 200 euros. Fran lleva trabajando desde los 10 años. Ahora tiene 59 y lleva varios años parado, porque a personas de cierta edad ya sabe que el sistema español las expulsa. Lleva cobrando una ayuda para mayores de 52 años, insuficiente, y está viviendo ahora mismo con su madre anciana. Esta es la realidad social y sanitaria en España: precariedad y falta de equidad. Y aquí lo único que se hace son discursos vacíos, intentando garantizar la sanidad a las minorías cuando ni siquiera somos capaces de garantizar la sanidad a las mayorías.

También podemos hablar de la sanidad privada, si quiere. De nada sirve el discurso de defender la sanidad pública y decir lo buena que es, si, luego, cuando tenemos un problema, nos vamos a la sanidad privada. Eso también está pasando aquí. Mientras unos estamos esperando en la sanidad pública, otros se van a la privada.

Muchas gracias. ¡Viva la hipocresía!

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Sainz.

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

En primer lugar, quiero felicitar a Médicos del Mundo por su magnífica trayectoria de continuo trabajo, incluso por ser a veces parte de ese colchón social que necesita cualquier sociedad en situaciones de marginalidad.

En segundo lugar, por el recorrido y la exposición histórica y breve que han hecho sobre las bondades de nuestro Sistema Nacional de Salud, desde la Ley General de Sanidad, que efectivamente cumple cuarenta años. Creo que el pueblo español estará muy orgulloso de ello, porque es parte de ese sustrato de indicadores de salud del que hoy disfruta la mayoría de nuestra población. Debe recordarse bajo el nombre, precisamente, de un gran socialista como Ernest Lluch.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 25

En tercer lugar, quiero agradecerles su labor, porque esta comisión sabe que tiene accesibles los informes y los datos que Médicos del Mundo nos ofrecen para conocer esas situaciones de marginalidad que podrían ser de ayuda en una nueva ley de universalidad. Y eso no significa para nada que no sean siempre necesarias las organizaciones sociales para atender situaciones extraordinarias de marginación. Un ejemplo fue la maravillosa actuación de Médicos del Mundo, a través de diversos programas, durante la gran pandemia del VIH-sida, entre otras muchas.

Quisiera recordar una vez más en esta comisión que la futura ley de universalidad, tal como hoy se ha comentado, debería ser sencilla, comprensible y asumible, basándose precisamente en la ética y en la profesionalidad de tantísimos hombres y mujeres en nuestro país, que han sido conscientes de su responsabilidad, han prestado y siguen prestando esa atención sanitaria a los mejores niveles, a pesar de las dificultades que puedan tener en un momento determinado.

Y hay que recordar siempre las famosas tres ces, en las cuales se debe basar cualquier Gobierno progresista de coalición y cualquier sociedad que quiera tener conciencia ética y atender y ayudar a la población en general, pero especialmente a las personas que tengan mayor necesidad. Debemos basarnos siempre en la ciencia —es decir, en el conocimiento a través de informes y datos de la realidad, y en la conciencia de unos magníficos profesionales, hombres y mujeres, que desde la atención primaria hasta la especializada atienden a cualquier ciudadano o ciudadana en situación de riesgo y necesidad en materia de salud.

Y, por supuesto, creo que esta ley también tiene que hacer un reconocimiento en algún epígrafe de la importancia del apoyo de la ciudadanía organizada, como son las organizaciones cuyos modelos hemos estado escuchando esta mañana en esta comisión. Por lo tanto, quiero reiterar mi agradecimiento y reconocimiento y, sobre todo, pedirles de nuevo que con todo el conocimiento, la ciencia y la experiencia que ustedes tienen —especialmente el doctor Fernández Díaz— nos hagan anotaciones concretas, tal como han hecho los ponentes anteriores, para que cuando estemos leyendo toda la información y los datos, que a veces pueden ser contradictorios entre una ley y otra, nos puedan llamar la atención del tipo: esto no sería adecuado porque interrumpe tal o cual articulado —referido al nuevo proyecto de ley de universalidad—.

Esperamos y deseamos, desde el Grupo Parlamentario Socialista, que podamos hacer realidad esa ley y que no solamente tenga que subsistir a través de reales decretos para atender a esa minoría, porque en un país de casi cincuenta millones de población española es significativo que un millón de personas quede al margen o lleno de problemas burocráticos. Además, sabemos muy bien que, desde la perspectiva de la salud pública, abandonar a esas poblaciones es de gran riesgo para el resto. Tendríamos incluso que plantearnos —no sé si desde un punto de vista de egoísmo o de realismo— que económicamente sale mucho más costoso curar enfermedades que se han podido prevenir en la infancia o incluso cuando están en el vientre de su madre, en el caso de mujeres embarazadas en situaciones de riesgo.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Sánchez Torregrosa.

La señora **SÁNCHEZ TORREGROSA**: Muchas gracias, presidente.

Señor Fernández Díaz, muchas gracias por su comparecencia y por el gran trabajo que hacen en Médicos del Mundo. Su aportación es muy valiosa, no solamente desde un punto de vista de la atención sanitaria diaria, sino porque además atienden a personas vulnerables y están en los sitios más complejos y más difíciles del mundo atendiendo a esas personas con su trabajo diario.

Permítame comenzar reconociendo que el acceso a la atención sanitaria es un principio esencial en nuestro Sistema Nacional de Salud, un pilar que ha construido durante décadas un amplio consenso político y social. Usted lo ha puesto aquí también de manifiesto, y así ha empezado su exposición.

En el Partido Popular queremos dejar claro que defendemos y creemos en un sistema fuerte, cohesionado, sostenible y accesible. Un sistema que no deje a nadie atrás, por supuesto, pero que tampoco genere falsas expectativas; tenemos que pisar un suelo robusto y rígido, como usted mencionaba. Lo más importante es tener un Sistema Nacional de Salud fuerte y robusto para que todos podamos tener acceso a él.

Su intervención subraya algo que compartimos plenamente: la necesidad de ofrecer respuestas claras a colectivos vulnerables. Nadie discute que las personas en situación de especial fragilidad deban recibir atención sanitaria. La cuestión —y es aquí donde pedimos rigor al legislativo, al Gobierno— es cómo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 26

hacerlo con seguridad jurídica, con coordinación autonómica real y sin sobrecargar a los profesionales. Nos preocupa que el texto del proyecto de ley que estudiamos nazca más de consigna que de una evaluación seria del impacto organizativo y económico.

También ha puesto el foco, y lo ha dejado entrever, en esa desigualdad territorial, porque lógicamente quienes atienden son las comunidades autónomas, son los Gobiernos autonómicos. El Gobierno central presenta esta ley como la solución definitiva, pero ignora que son las comunidades autónomas quienes gestionan el día a día del Sistema Nacional de Salud. Con una ley ambigua y sin memoria económica, lo que se genera no es más universalidad, sino más presión asistencial, más demoras que acaban tensionando más el sistema.

En el Partido Popular le agradecemos que haya señalado la importancia de buscar el consenso, de reforzar nuestra salud pública. Nosotros creemos profundamente que hay que reforzar nuestro Sistema Nacional de Salud, pero buscando esa universalidad, lo que no puede significar únicamente abrir puertas; tiene que significar garantizar una atención efectiva, con profesionales, con recursos, con organización.

Señor Fernández Díaz, tomamos buena nota de sus aportaciones. Tenemos el tercer informe de barreras que nos han proporcionado y que estamos estudiando. Le agradecemos las anotaciones que nos han hecho y coincidimos en el objetivo, pero creemos que esta ley necesita más precisión, más coordinación y más realismo. No puede ser solamente un canto de sirena ni quedarse en el buenismo, aunque queden muy bien esos discursos. Hay que incluir financiación, y también coordinación con las comunidades autónomas, y ahí es donde vamos a estar.

Yo le agradezco y he tomado nota del dato que ha dado sobre los costes, y de que si hacemos un estudio de diez minutos veríamos que serían muy pequeños. No lo descarto. Disculpeme, pero como soy economista, no sé hablar sin poner al lado las cifras. Creo que hay que estudiarlo y que hay que ser serios para dar certidumbre a la sociedad, al sistema y a las comunidades autónomas.

Analizando un poquito más el sistema, la universalidad como tal no es solo acceso puntual, sino continuidad de cuidado. Y por eso le quería preguntar, también mi grupo parlamentario: ¿qué riesgos identifican ustedes desde Médicos del Mundo para garantizar la continuidad asistencial de personas vulnerables y cómo podría mejorarse el proyecto de ley en este sentido?

Vamos a confiar en que vamos a poder trabajarlo y llevarlo adelante, poniendo la lupa en todo. Creo que esa pregunta nos vendría bien a todos los grupos aquí representados.

Y sin más, quiero darle las gracias, en nombre de todo el Grupo Parlamentario Popular, por su exposición.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Para responder a los grupos, tiene un tiempo aproximado de diez minutos.

El señor **PRESIDENTE DE MÉDICOS DEL MUNDO** (Fernández Díaz): Muchísimas gracias.

Agradezco mucho las intervenciones de los grupos parlamentarios. Es estimulante y motivante también para seguir tanto aquí, en nuestro contexto con poblaciones en riesgo de exclusión o en situación de exclusión en salud, como en el plano internacional. De todas formas, quiero decir que Médicos del Mundo no llega aquí sola; llegamos de la mano de una plataforma y de muchas organizaciones sociales en torno a la plataforma REDER, que precisamente nació como consecuencia directa del real decreto de abril de 2012. Ahí hubo una respuesta profesional realmente contundente y determinada, haciendo una especie de objeción a la propia norma, diciendo: Vamos a atender a cualquier persona. Y hubo también esta respuesta social, que denota los dos factores que yo creo que hay que proteger y preservar de nuestro sistema de salud: el factor de la permeabilidad que da la disposición de las profesionales y los profesionales en el sistema, y el arraigo social, el fuerte respaldo social que tiene la sanidad pública en España, porque lo tiene.

En segundo lugar, está muy bien demostrar y poner en evidencia que realmente el impacto relativo de ampliar la accesibilidad y la cobertura del sistema es muy bajo si hablamos de magnitudes relativas, que es como debemos hacerlo. Estamos hablando de un volumen financiero en el cual la ampliación de la cobertura tiene un impacto, yo diría, no significativo. También podemos decir que el balance fiscal actual de las migraciones en España arroja un saldo positivo en cantidades realmente significativas, y lo seguirá arrojando durante muchos años, probablemente decenas de años. Porque hablamos de poblaciones jóvenes, activas, que trabajan, pero que tienen una baja utilización no solo del sistema sanitario, sino también de otros sistemas de protección social. Hay evidencia de que los residentes con permisos de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 27

residencia en España utilizan menos los servicios de salud que la población española; de esto hay evidencia. Esto desde el punto de vista del saldo migratorio.

Pero es que Médicos del Mundo no viene aquí a hablar de esto, viene a hablar desde la perspectiva de los derechos humanos universales. Nuestra referencia es la Observación General número 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Esa es nuestra referencia. Es decir, yo puedo tener mis posiciones políticas o ideológicas, pero no estoy hablando aquí desde esas posiciones, sino desde el derecho reconocido en el marco jurídico tanto internacional como de agencias específicas de Naciones Unidas sobre el acceso a los cuidados de la salud.

Quiero hacer un comentario porque todo es relativo. En Médicos del Mundo creemos que hay un arraigo social del sistema sanitario público y que hoy por hoy la valoración que hace la sociedad española del sistema sanitario es alta. Además, cuando comparamos indicadores de nuestro sistema sanitario con los de otros países, no salimos perdiendo casi en ningún caso. Tenemos sistemas específicos dentro del nuestro que son reconocidos internacionalmente. Ahora bien, sí tenemos evidencia de que hay gente que se está quedando fuera. Esta es la realidad. No podemos darles una cifra exacta porque recogemos casuística y no sabemos si es representativa o no del total de personas que se quedan al margen de la asistencia sanitaria. No podemos generalizar por esta razón, pero sí lo recogemos. La mayor parte de los casos responden a lo que denominamos en Médicos del Mundo «barreras discriminatorias», que sí derivan del marco legal y normativo, 20000 sobre el total de las que hemos recogido, que es mucho, es decir que la mayor parte sí dependen de marcos normativos. Quiero decir con esto que con esta ley sí se puede limitar la posibilidad de que reglamentos más concretos y específicos en comunidades autónomas generen inequidad y rompan la homogeneidad que queremos para todo el Estado español en cuanto a la accesibilidad. Por eso, a esos efectos, creemos que es importante el marco normativo que pueda salir de esta Cámara.

Por último, respecto a la pregunta que se ha hecho, en Médicos del Mundo cuando montamos un proyecto en cualquier comunidad autónoma o en cualquier localidad, lo hacemos con la idea de desmontarlo cuanto antes mejor. A veces sí hemos conseguido facilitar itinerarios asistenciales que han resuelto problemas, no tanto desde la perspectiva de vadear barreras, sino de normalizar prácticas. Tengo que reconocerlo porque ha sido así. Nos ha pasado, por ejemplo, con mujeres en situación de prostitución. Pero esto no quita que las dificultades de empadronamiento y las barreras discriminatorias por razones legales sean las que nos encontramos una y otra y otra y otra vez, y esas es muy difícil romperlas. Ustedes tienen la capacidad para hacerlo. Médicos del Mundo tiene la capacidad para acompañar a una persona y ayudarle a vadear esas barreras; esa es nuestra práctica cotidiana y nuestra realidad. Pero no es tan difícil normalizar los itinerarios asistenciales para este tipo de población, a pesar de las otras barreras: lingüísticas, culturales, físicas, económicas... También hay que reconocer que esas barreras las está sufriendo la población nacional. Por eso buscamos el concepto de equidad, de homogeneidad, de incrementar la efectividad y el alcance del sistema y romper barreras para personas españolas y extranjeras en todas las condiciones que este anteproyecto de ley contempla. Ya le gustaría a Médicos del Mundo y al conjunto de organizaciones que estamos en la plataforma REDER que con un solo artículo se resolviese todo; de hecho, en REDER vamos por ese camino en nuestras propuestas de enmienda. También reconocemos que las dificultades de carácter administrativo, integrar normativas y compatibilizar unas con otras es complejo. Lo entendemos.

Por último, solo un comentario dentro de lo que estamos hablando. De aquel sistema al que hice alusión al principio y de la Ley General de Sanidad, nos han quedado dos aspectos alejados a la ley de entonces y que son completamente contradictorios. Por una parte, la Ley General de Sanidad resolvió aquello de los pobres de solemnidad, de la beneficencia; sin embargo, ha venido acompañando, a modo de estigma, el concepto de derechos y servicios sociales. Y eso es algo que pesa todavía en la cultura organizativa de los sistemas de protección social en España y pesa también en la población. Es así. Pero leyes como esta pueden contribuir a quebrar ese estigma. Por otra parte, es que nos han quedado las mutuas, las corporaciones, que, por una parte, reclaman su especificidad y, por otra, están reclamando al sistema que les iguale en aquello que las mutuas no les resuelven.

Con esto sí que quiero hacer alusión a la intervención del diputado de VOX. No comparto una cosa: creo que tenemos una sanidad pública que resuelve aquello que la sanidad privada y los seguros privados no están resolviendo. La sanidad pública sí que tiene los servicios menos coste-efectivos que hay, en el sentido de que cuestan mucho para atender a poca gente, porque asume el nivel de complejidad hoy por hoy. A futuro, tendremos tarifas planas probablemente y habrá familias que puedan acceder a ellas, pero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 454

18 de noviembre de 2025

Pág. 28

hoy por hoy, cuando hay gravedad, cuando hay complejidad, quien resuelve es la sanidad pública, no es la sanidad privada. Hoy por hoy; no puedo decir qué ocurrirá en un futuro.

Nada más. Muchísimas gracias, de verdad, sinceras, por la escucha y gracias sobre todo por el reconocimiento que han mostrado. Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Le despedimos con un aplauso y le agradecemos su comparecencia.

No habiendo más asuntos que tratar, damos por finalizada la sesión. Muchas gracias a todos.

Eran las doce y treinta minutos del mediodía.

cve: DSCD-15-CO-454