



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2026

XV LEGISLATURA

Núm. 491

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 36

celebrada el miércoles 18 de febrero de 2026

Página

ORDEN DEL DÍA:

Modificación del orden del día 2

Celebración de las siguientes comparecencias en relación con la Proposición de ley sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos (número de expediente 120/000003):

— De la directora de la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud, Investén-ISCIH, del Instituto de Salud Carlos III (Moreno Casbas). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000572) 2

— De la señora Calleja Toledano, asesora del secretario de Estado de Sanidad. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000571) 10

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 2

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

El señor **PRESIDENTE**: Buenas tardes.

Se abre la sesión.

Vamos a tramitar el orden del día, que consiste en la celebración de comparecencias en relación con la proposición de ley sobre ratios de enfermería para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos.

Hay una cuestión previa. Había dos solicitudes del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR sobre el mismo tema. La primera, de la directora de Cuidados del Ministerio de Sanidad ante la Comisión de Sanidad para facilitar información técnica relevante sobre los criterios y el posicionamiento del ministerio y, la segunda, de la coordinadora ejecutiva del Comité de Cuidados de Salud del Ministerio de Sanidad para facilitar información técnica sobre criterios y posicionamiento del ministerio. Ambas las consideramos subsumidas en estas dos comparecencias.

MODIFICACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

El señor **PRESIDENTE**: Ha habido un cambio de orden de las comparecencias, pero esto no afecta a los trabajos de la comisión en realidad.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARECENCIAS EN RELACIÓN CON LA PROPOSICIÓN DE LEY SOBRE RATIOS DE ENFERMERAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS SANITARIOS Y OTROS ÁMBITOS (número de expediente 120/000003):

— DE LA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD, INVESTÉN-ISCIII, DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (MORENO CASBAS). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000572).

El señor **PRESIDENTE**: La primera compareciente va a ser doña María Teresa Moreno Casbas, directora de la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud del Instituto Carlos III, que, sin más, tiene la palabra.

Muchas gracias.

La señora **DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD, INVESTÉN-ISCIII, DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Moreno Casbas): Muchas gracias.

Comparezco aquí con motivo de la toma en consideración que se hizo en diciembre de 2024 sobre la ILP de ratios. Mi presentación o mi posición aquí es para aportar cuáles son los datos que avalan que esta ILP de ratios se tome en consideración desde el punto de vista de la investigación y de la ciencia. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. La ILP de ratios, para mí y para todo lo que está publicado, se establece para garantizar a la ciudadanía la seguridad en los cuidados. O sea, necesitamos tener una dotación de personal de enfermería —ahí hablamos de personal de enfermería, enfermeras y TCAE— basada, desde el punto de vista de la ciencia, en la complejidad individual de las personas. Porque la dotación insuficiente de personal de enfermería no es solo un problema de recursos, es un derecho a una seguridad sanitaria de toda la ciudadanía.

La primera parte de mi intervención trata sobre la evidencia científica. La dotación que se hace del personal de enfermería está totalmente ligada a los resultados en salud que tenemos. Muchos estudios demuestran, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, que hay una correlación directa entre la dotación segura de personal de enfermería que hace atención directa —no nos estamos refiriendo a todo el personal de enfermería que existe en las instituciones, sino a aquellos de atención directa— y la reducción de la mortalidad hospitalaria, así como la mejora de la calidad asistencial en términos de menos efectos adversos y mejor calidad asistencial, lo que finalmente va a darnos un resultado claro: seguridad para el paciente y calidad de vida.

Hay estudios que ya en 2002 establecían una relación directa entre las ratios de enfermera-paciente y la mortalidad hospitalaria, destacando la importancia crítica que tiene el personal de enfermería en estos resultados. La agencia de Estados Unidos documenta que por cada paciente adicional cuyos cuidados se encargan a una enfermera la mortalidad puede aumentar en un 7 %. En España no somos nuevos en esto. El primer estudio europeo en el que participamos se hizo en 2006 y ya publicamos datos en 2009 de cómo afectaban tanto las competencias de los profesionales como el número de profesionales que atendían los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 3

pacientes. Es verdad que lo hicimos solamente en el ámbito médico-quirúrgico, que es donde también hay muchos más estudios publicados, pero ya decíamos que la dotación de enfermeras y los resultados de seguridad están ligados y que se veía muy claro en las tasas de infección y reingresos, así como en la mortalidad posquirúrgica, que es la que se relaciona directamente con la cirugía en ese momento.

A nivel internacional —la siguiente compareciente no está aquí en estos momentos porque asiste precisamente a una presentación que se está haciendo a nivel europeo de este tema de la dotación segura de profesionales de enfermería—, se dice que de forma global una dotación insuficiente de enfermeras no solo aumenta los riesgos para los pacientes, sino que también incrementa los costes sanitarios asociados a las complicaciones evitables. Yo creo que también es importante tener claro que no solamente es la seguridad, sino también el aumento de costes.

El cambio de paradigma que a mí me gustaría presentarles como parte de lo que la ciencia está publicando en estos momentos es que en casi todos los territorios que empezaron en su día —como California, Queensland y algunos países— se hizo una ley de ratios basada en ratios fijas, sin considerar la agudeza, la complejidad o las personas que se están atendiendo en la práctica clínica. En el Comité de Cuidados, y avalados por toda la evidencia internacional, creemos que tiene que ser un enfoque dinámico, ajustado a las necesidades reales de cada persona, basados en complejidades individuales y, sobre todo, midiendo cuál debería ser la intensidad de cuidados para que la calidad aumente y se tengan en cuenta también las competencias de los profesionales.

La propuesta transita desde un aspecto muy cuantitativo a otro que tiene más que ver con ámbitos cualitativos. Los sistemas actuales que existen de clasificación de pacientes en estos momentos en nuestro país son tradicionalmente los GMA y los GRD, que son los grupos de multimorbilidad asociados y los grupos relacionados por diagnóstico, que se basan en determinados fundamentos que pueden implicar claramente que se incrementa la carga de cuidados o la intensidad de cuidados. Pero en todo el movimiento internacional que se está teniendo en cuenta se habla mucho de otra serie de factores —que no solamente son por el evento o por la patología por la que yo estoy siendo atendida en ese momento— que tienen que ver con morbilidades psicológicas, como depresión, ansiedad, demencias, y otros aspectos que van a multiplicar la necesidad de cuidados de esa persona. Los factores sociales, como el aislamiento, la soledad y los soportes familiares, son elementos que hay que tener también en cuenta. Influyen también las barreras comunicativas, porque puede haber inmigración o diversidad lingüística, pero también hay un problema muy grande de alfabetización sanitaria. Y, luego, hay que destacar la fragilidad y la polimedicación, porque vamos hacia una población que cada vez está más envejecida y, por tanto, vamos a tener más personas frágiles con mayores comorbilidades y mayor polimedicación.

La primera propuesta normativa se hizo en 2018; desde 2018 hasta 2024, transitó por diferentes aplazamientos; en 2026, esta ley ha pasado sin enmiendas a la totalidad y, por tanto, se abre un espacio de enmiendas a artículos concretos que son los que nosotros querríamos explicar cómo hay que tenerlos en consideración. Desde el punto de vista del Comité de Cuidados, pensamos que cualquier cosa que se ponga en esa ley tiene que generar un marco nacional de complejidad individual como criterio de clasificación; que los pacientes no se clasifiquen, como decíamos antes, por multimorbilidad o por diagnóstico, sino por un marco nacional de complejidad individual que tiene que vincularse para todos los niveles. Es decir, la primera propuesta está muy vinculada al ámbito de la atención especializada, de la atención primaria y de la larga estancia, pero, según nuestro criterio, debería tener la transversalidad de hablar solamente de ratios para todos los niveles de práctica clínica y ser de ámbito compartido. O sea, debería ser aplicable tanto al ámbito público como al ámbito privado, que es lo que avalan los precedentes internacionales que nosotros hemos ido viendo.

Por ponerles algunos ejemplos y no alargar mucho mi presentación, el modelo de Irlanda implementa un modelo flexible con tres fases que ajusta la dotación diaria según las horas necesarias del paciente. Nosotros nos hemos fijado mucho en ese modelo porque nos parece que es el modelo más flexible, que le da a las instituciones sanitarias la capacidad de reajustarse, de no tener que trabajar con unas ratios fijas y poder reajustar tanto los profesionales como su dotación, de forma anual o de la forma que se considere a través de la ley. Alemania empezó con unas ratios fijas y ya desde el año pasado, desde finales de 2024 y principios de 2025, empezó con un enfoque basado en las necesidades, clasificando pacientes en grupos diferentes y asociando a esas clasificaciones la intensidad de cuidados necesaria para poder dar los cuidados de forma segura. Finlandia lleva utilizando mucho tiempo el sistema RAFAELA, que está basado también en intensidad de cuidados —que es más o menos lo que se propone desde el Comité de Cuidados— y cuyo enfoque no es solamente legislativo, sino también para la gestión

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 4

diaria de los centros —es una propuesta que hacen muchos países—, para que las instituciones tengan capacidad de clasificar a los pacientes según llegan, para saber los pacientes que hay en cada momento y qué necesidad e intensidad de cuidados necesitan.

En Inglaterra, el National Institute for Health and Care Excellence puso en marcha y avala un sistema de clasificación también basado en agudeza y dependencia; Francia empezó también con algún escarceo sobre ratios, pero desde el año pasado está hablando de que esas ratios tienen que ser sobre la base de la especialidad y la complejidad del cuidado, y propone hacer un sistema que sea revisable cada cinco años. Bélgica, que tiene uno de los niveles más altos de enfermeras a nivel de población, se dio cuenta de que, a pesar de tener muchas enfermeras, los profesionales que tenían en sus instituciones no eran suficientes para dar cuidados de calidad. Entonces tienen como un fondo, que ellos llaman Fondo de Batas Blancas y, por ley, desde 2020 el 6,5% de ese fondo se destina a la contratación de profesionales de enfermería para aumentar la ratio de estos profesionales para sus pacientes. Además, dedica un dinero —que no sé cuánto es en porcentaje— para aquellas personas que pueden ayudar a los profesionales de enfermería a quitarse las tareas clericales, como gestión o cualquier otra cosa, para que no los desvíen de su foco.

Por último, quisiera decir cuáles serían, según la ciencia, las mejoras en salud y calidad de vida de los ciudadanos si fuéramos capaces de poder poner en marcha una ley como la que se presenta en la ILP. Por lo que se refiere a la mortalidad y a la morbilidad, está claramente demostrado que la dotación insuficiente incrementa el riesgo para la salud del paciente, con más tasas de mortalidad y morbilidad. Sobre todo, tenemos que hablar de mortalidad que podría ser evitable —yo creo que es lo más importante—; no es que disminuyan las tasas de mortalidad, sino que vamos a disminuir las tasas de mortalidad que podrían ser evitables. También se disminuirían los efectos adversos y, por tanto, mejoraría la seguridad de la atención sanitaria. En términos de coste-efectividad —y es verdad que en España nos harían falta estudios a nivel nacional que lo pudieran demostrar bien—, generan mayores costes al sistema los reingresos que la contratación de nuevos profesionales, mayor frecuentación y mayor alargamiento de estancias. Además, yo creo que es algo que en el ámbito legislativo —el ámbito en el que yo estoy presentando esta ponencia— permite eliminar disparidades entre las comunidades autónomas. Los cuidados adaptados a cada persona, desde el punto de vista de la ciencia, tendrían que ser el nuevo marco de la dotación óptima y segura de profesionales de enfermería, que mejoraría la atención en las instituciones sanitarias y sociosanitarias o de larga estancia de nuestro país.

Por otro lado, también están los profesionales que atienden a esas personas. El impacto de una ley como la que se presenta reduciría el *burnout* y el síndrome de desgaste profesional y haría que disminuyeran las lesiones musculoesqueléticas. Es muy llamativo, pero hay datos de que más de un 25% —o sea, una cuarta parte de la población— que ingresa en nuestras instituciones sanitarias andando sale sin poder andar. Eso sí que sería muy interesante. Los profesionales también tienen esas lesiones de las que estamos hablando. La mejora de la salud mental, el bienestar de los profesionales y la prevención de errores de fatiga acumulada está plenamente avalada. La sobrecarga en enfermería es un determinante estructural del déficit y de la temporalidad de estas personas.

Creo que la ley forma parte de un derecho de los ciudadanos. El artículo 43 de nuestra Constitución dice que hay que garantizar la seguridad, la equidad territorial y la calidad asistencial. En seguridad, deberíamos garantizar un número adecuado de profesionales para minimizar eventos adversos, mortalidad y morbilidad; los mismos criterios de dotación para todo el territorio nacional —sin diferencias entre comunidades autónomas, adaptados a la población que cada uno de ellos atiende pero con los mismos criterios— y cuidados excelentes y adaptados a su complejidad, basados en la evidencia, que reduzcan complicaciones y que ofrezcan mejores resultados.

Para acabar, la dotación segura y óptima basada en la complejidad no es un lujo; es un derecho fundamental protegido constitucionalmente por la Constitución española.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

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

Vamos entonces a la intervención de los grupos, de menor a mayor.

Por el Grupo Mixto, no veo a nadie.

Por el Grupo Vasco, me temo que tampoco.

Euskal Herria Bildu se ha disculpado.

Junts per Catalunya, tampoco.

Tiene la palabra el Grupo Republicano por cinco minutos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 5

La señora **ESTREMS FAYOS**: Bé, bona tarda.

No utilitzaré 5 minuts.

Nosaltres ens hem posicionat molt clarament sobre aquesta llei. Creiem que certament és necessari que els professionals del món de la infermeria tinguin millores per a l'exercici de la seva professió, perquè això també repercuteix, evidentment, en les cures dels pacients i, per tant, enforteix la sanitat pública. I compartim absolutament el fons. És més, hem estat en contacte amb el Sindicat d'Infermeres de Catalunya, que també estan treballant amb el Govern de la Generalitat, justament en aquesta línia de la complexitat del pacient, no d'un nombre per a un nombre, sinó que cada pacient necessita unes cures i, per tant, serà diferent les hores que haurà de dedicar i en funció de en quin estat està, quina malaltia té.

Però el que sí que és cert, i no vull deixar de dir perquè a més a més, soc la única representant d'un partit no estatal, que és que això i la distribució és una competència autonòmica, que saben els sindicats i saben els partits de Govern que nosaltres defensem sempre amb ungles i dents totes aquelles competències que ens permeten desenvolupar polítiques des de la Generalitat de Catalunya. Cal també dir que el model de sanitat pública catalana creiem que és un model d'èxit que, evidentment, té millores i pot millorar. I amb aquesta qüestió ha de millorar. Evidentment, això vol dir recursos. Això vol dir invertir més diners. Hem revertit en els últims anys de govern republicà i de tenir republicans dins del Govern, encara que no fos en solitari. Hem repartit unes retallades que van ser molt importants en els anys de governs de Convergència i Unió, però no n'hi ha prou. S'ha de seguir treballant.

Nosaltres, insisteixo, compartim el fons. Creiem clarament que hem d'insistir en aquest model de cures en funció de la complexitat del pacient, però ho hem de fer garantint les competències autonòmiques i que ningú s'extralimiti en l'exercici de les seves funcions. I en aquest sentit, si aconseguim un text que blindi tot això, nosaltres hi serem. I crec que la feina està en trobar exactament aquest encaix.

Moltes gràcies.

Buenas tardes.

No voy a gastar esos cinco minutos.

Nosotros nos posicionamos muy claramente sobre esta ley. Nos parece que es necesario —ciertamente necesario— que los profesionales del mundo de la enfermería tengan mejoras al ejercer su profesión, porque esto repercute en la cura de los pacientes y refuerza la sanidad pública. Compartimos totalmente el fondo. Hemos estado en contacto con el Sindicato de Enfermeros de Cataluña, que también están trabajando con la Generalitat en esta misma línea de la complejidad del paciente, no de tener una cifra por tener esa cifra, sino que cada paciente necesita unas curas diferentes de otro y las horas que se deben dedicar son distintas.

Pero sí que es cierto, y debo decirlo porque soy la única representante aquí hoy de un partido no estatal, que esto y la distribución son competencias autonómicas. Lo saben los sindicatos y lo saben los partidos del Gobierno: nosotros siempre defendemos aquellas competencias que nos permiten desarrollar las políticas desde la Generalitat de Catalunya. Quiero decir también que el modelo de sanidad pública catalán es un modelo de éxito, que desde luego puede mejorar y que en esta cuestión debe hacerlo, pero eso significa recursos, invertir más dinero. En los últimos años de gobierno republicano, y al tener republicanos en el Gobierno, aunque no fuera en solitario, se han revertido unos recortes muy importantes en los años de gobierno de Convergència i Unió, pero no es suficiente, hay que seguir trabajando.

Insisto, compartimos el fondo y hay que seguir insistiendo en este modelo de curas en función de la complejidad del paciente, pero garantizando las competencias autonómicas y que nadie se extralimite en el ejercicio de sus funciones. Y, en este sentido, si conseguimos un texto que lo blinde, que blinde todo esto, ahí nos encontrarán. Y la cuestión está en encontrar justamente ese encaje perfecto.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Plurinacional SUMAR.

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

Doctora Moreno, bienvenida a la Comisión de Sanidad y muchísimas gracias por venir a hablar de lo que para SUMAR es ya una proposición de ley muy importante, ya que se refiere a la calidad, a la seguridad y a cómo queremos dar ese trato a nuestros ciudadanos y a nuestros pacientes.

Ha sido muy interesante ver la evidencia, y aquí nos oír mucho decir que nosotros queremos legislar con la evidencia. Esta ILP, como bien ha comentado usted, viene de 2018 y en muchos casos le falta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 6

poner en valor esa evidencia que se ha creado con los años y que se puede seguir creando. Yo espero que la siguiente compareciente nos cuente un poco más qué es lo que está haciendo el Ministerio de Sanidad junto con el Instituto de Salud Carlos III para tener esa evidencia robusta con la cual nosotros podamos legislar; porque sin esa evidencia no podemos legislar.

Pero lo que queda claro es la relación entre la seguridad del paciente y la ratio —o las mal llamadas ratios— entre enfermeras, TCAE y la población a la que cuidamos. Sin duda alguna, esta proposición de ley, como bien sabe usted, viene de una ILP —una iniciativa popular— con más de 600 000 firmas y aquí tenemos la responsabilidad de dar respuesta a esa proposición. Por eso estamos aquí y estamos de celebración, porque después de ochenta y tres prórrogas hemos conseguido llegar a un mínimo entendimiento para avanzar y para hacerlo de la mano de la ciencia.

Justo hoy estaba comunicando la ministra de Sanidad que SUMAR ya ha presentado enmiendas. Aquí quería agradecerle infinitamente el trabajo del Instituto de Salud Carlos III y del Ministerio de Sanidad, porque yo, que soy muy pesada, he llamado a vuestra puerta diez mil veces para que me digáis cómo hago esto para que sea una realidad; y también cómo lo hago, como bien decía la compañera de Esquerra Republicana, con el sistema de comunidades autónomas que tenemos, con las competencias en recursos humanos que tienen esas comunidades autónomas. Por lo tanto, dentro de poco se verán las enmiendas que hemos presentado desde SUMAR, pero quiero adelantar que, lógicamente, a esos números cerrados que había en la ILP les hemos dado otro enfoque; les hemos dado el enfoque de dotación segura óptima del personal y hemos incluido a las enfermeras y a los TCAE porque creemos en un modelo de recursos humanos unidos, y mucho más ahora. Hemos hablado de diferentes ámbitos, hemos metido atención primaria, atención hospitalaria, estancias de larga duración —porque ahí qué voy a decir yo, que soy de Madrid, con todo lo que ha pasado en las residencias— y hemos metido un factor del que hablaba mucho con ustedes a menudo sobre cómo calcular esa complejidad y esa intensidad de cuidados.

Una de mis preguntas está un poco encaminada —si nos puede dar un poco más de detalles— a cómo establecer esa intensidad de cuidados para que luego podamos legislar nosotros. También quiero adelantar que en las enmiendas que ya ha presentado SUMAR hay una parte muy importante en la cual le decimos al Ministerio de Sanidad que tiene que hacer un real decreto posterior para el desarrollo de esto, pero que, sin duda alguna, la decisión tiene que estar dentro de esa Comisión de Recursos Humanos en la que están representadas todas las comunidades autónomas y todos los responsables de recursos humanos. Además, tiene que haber una revisión periódica de números exactos —que no tienen sentido— a números dinámicos que se basen en la complejidad de los cuidados y teniendo en cuenta la intensidad de los cuidados.

Como usted ha dicho, en Europa está habiendo movimiento en algunos países y me gustaría que me pudiese dar un poco más de detalles sobre cómo podríamos calcular todo eso. Como aquí somos legisladores, querría preguntarle por una de las partes más importantes: tenemos un sistema descentralizado donde las comunidades autónomas son las responsables de recursos humanos. Sin duda alguna, las normas pueden ayudar, pero ¿qué mecanismos encuentran ustedes para que las comunidades autónomas se impliquen en esto, funcione bien y realmente pueda salir adelante?

Sin más, le doy las gracias de nuevo. Esperaré también a la siguiente compareciente para seguir hablando de lo que para nosotros es una proposición de ley muy muy importante. Muchísimas gracias por su trabajo y seguiremos llamando a su puerta todo lo que sea necesario. Lo siento.

Muchísimas gracias.

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

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias, presidente.
Muchas gracias, doctora Moreno, por su exposición.

Efectivamente, tenemos un problema en España con la dotación, con el número de enfermeras o enfermeros que tenemos. Es evidente, es una realidad y solamente hay que ir a cualquier hospital para poderlo comprobar. Lo que ocurre es que este proyecto de ley —vamos a ver cómo acaba— nos genera ciertas dudas, algunas de las cuales usted ha expresado. Estoy totalmente de acuerdo con usted, además de ser un poco de lógica. Ha dicho usted: más enfermeros igual a menos mortalidad y, evidentemente, igual a una mejor atención. Estoy de acuerdo también con usted en que más enfermeros seguramente sería igual a menos costes, porque, si hay menos reingresos o menos procesos, al final el coste-beneficio sería mayor.

Lo que ocurre es que —y eso es algo que en VOX llevamos mucho tiempo denunciando— este tipo de acción en un sistema sanitario como el que tenemos hoy por hoy en España creemos que es muy difícil de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 7

aplicar. Y aquí quiero incidir y le voy a decir por qué, partiendo de una base bastante sencilla. No tenemos ni siquiera un registro a nivel nacional, homogéneo, que nos diga con cuántos enfermeros contamos, dónde están o qué cualificación tienen. Usted ha citado muchos países, pero muchos de esos países cuentan con esto; aquí la dispersión que hemos creado —no solo para este asunto, sino para otros muchos— genera este tipo de problemas y, cuando lleguemos a la aplicación, veremos que esto va a dificultar muchísimo ese proceso. Esa es la primera pregunta que le hago, que creo que será un clásico hoy. He visto en la presentación varias veces citar las palabras «equidad» y «equidad territorial». Si puede, dígame cómo podríamos conseguir solamente en este asunto que se produjera esa equidad territorial de verdad y si la podemos extrapolar a otros aspectos no sanitarios en este país, lo que sería algo realmente novedoso.

Por su exposición —efectivamente, esta proposición viene del año 2018 y habría que actualizarla— he entendido —pero me gustaría que lo corroborara— que no comparte el concepto de ratio fija. **(La señora directora de la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud, INVESTÉN-ISCIII, del Instituto de Salud Carlos III, Moreno Casbas, hace gestos negativos)**. Me dice con la cabeza que no. Con la complejidad de turnos, con la complejidad —insisto— de sistemas sanitarios, un sistema de ratio fija estaría posiblemente abocado al fracaso.

Por puntualizar en alguna cosa más concreta, el proyecto también, por ejemplo, habla de un plazo de dieciocho meses para la aplicación en centros públicos y privados. Con el número de profesionales que tenemos, el déficit de personal y la dispersión geográfica de la que hablábamos antes, ¿usted ve eso factible en dieciocho meses? Otra cuestión que también me genera dudas —que no la ha citado usted, pero aprovecho sus amplios conocimientos— es, por ejemplo, que hoy por hoy la propuesta incluye el hecho de que sean los propios enfermeros los que informen de los posibles déficits o las posibles carencias, incluso trasladándoles a ellos la responsabilidad de ese control. ¿No cree que eso va a generar tensiones laborales? No sé; sinceramente, no lo veo, y me gustaría que usted me dijera si lo ve oportuno.

Finalmente, compartimos también sus apreciaciones y creo que han sido muy acertadas. Efectivamente, en países como Alemania tomaron la decisión de la ratio fija y se han dado cuenta de que esto no funciona. De todos los modelos que usted ha mencionado —y esta es la pregunta—, he creído entrever —o así lo he entendido yo— que a usted el que más le gusta —esto es como si fuera Eurovisión— es el modelo flexible de Irlanda. Me gustaría que me lo corroborara.

Para acabar, insisto en que si usted es capaz de decirnos hoy cómo seríamos capaces de hacer o aplicar un proyecto o unas medidas de estas características y conseguir con ello que haya una equidad territorial en este país, de verdad que me levanto y le doy un abrazo porque lo podríamos extrapolar a otras muchísimas cosas.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Sí, gracias, presidente.

En primer lugar, gracias, doctora Moreno, por su trabajo, que me consta que ha sido intenso, y por su comparecencia. Es una obviedad, pero me gustaría decirlo: la enfermería tiene un papel esencial en la atención y cuidado del paciente y en la promoción de hábitos saludables que contribuyen siempre a mejorar la enfermería —los TCAE también, hablo globalmente—, el bienestar y la salud. Es evidente que tenemos retos que abordar, retos dentro de la profesión y también retos y cambios urgentes —así lo considera mi grupo— que necesita el actual modelo asistencial y que pongan, desde mi punto de vista, el foco en la prevención y en el autocuidado.

En ese contexto de envejecimiento poblacional que va acompañado de una transformación social, de las estructuras familiares, se hace cada vez más necesaria esta cuestión, puesto que hay más personas que viven solas y que no cuentan con las redes de apoyo tradicionales. Por lo tanto, hemos de abordar esta cuestión de una manera decidida, también porque somos conscientes de los diferentes informes del Ministerio de Sanidad y de todos los organismos oficiales públicos, que destacan el déficit estructural que existe de profesionales en nuestro país, dependiendo de con quién los vamos comparando. Y también por la necesidad de que se garantice la máxima calidad de los cuidados. Además, como se ha dicho también, la disparidad entre comunidades autónomas, entre ratios de diferentes comunidades, o la temporalidad son factores que hacen que esa dotación segura no sea tal en este momento.

Nos plantean —y para ello han venido aquí— ese proyecto de dotación segura de profesionales, de enfermeras y TCAE de nuestro país, que nace de aquella ILP convertida hoy en una proposición de ley

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 8

que tenemos ya encima de la mesa y sobre la que tenemos que tomar decisiones. A mi grupo le gusta lo que está oyendo, lo que está conociendo desde los diferentes ámbitos en los que hemos podido participar, y nos gustaría seguir avanzando en esa línea y contribuir a esa posibilidad de cambios. En ese sentido, le voy a formular algunas cuestiones, aunque hay una a la que ya ha aludido. En primer lugar, ¿cómo cree que va a contribuir esta nueva organización del personal de enfermería al avance hacia ese modelo de cuidados más adaptados a la realidad actual, marcada, como decía antes, por el tema del envejecimiento, la cronicidad de la atención centrada en la persona y hacia el tema de la prevención y del autocuidado? Por otra parte —a esta ya ha contestado—, le iba a preguntar por el impacto que tendría en el conjunto del sistema sanitario. Me interesa mucho el tema de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud, y quisiera saber cómo va a impactar en esta cuestión. También quisiera saber si usted considera que esta propuesta puede responder a las demandas, a las aspiraciones y a las expectativas del colectivo de enfermería en lo que se refiere a sus mejoras de condiciones laborales y a su valoración como rol en el ámbito sanitario. Igualmente, quisiera preguntarle cómo se imbrica esto que también se ha comentado dentro del consejo interterritorial, cómo podemos hacer que esta cuestión sea finamente exitosa, porque de eso dependerá que mejore nuestro sistema sanitario.

Nada más, señora Moreno. Muchísimas gracias por su trabajo. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por último, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

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

Señora Moreno, gracias por su comparecencia y por poner a nuestra disposición su trayectoria profesional para enfocar más este asunto. Hoy analizamos una iniciativa legislativa popular, como sabemos, respaldada por más de 660 000 firmas. Valoramos el gran esfuerzo cívico que supone impulsar una ILP, y por ello debemos añadir ese análisis técnico a esta iniciativa social. Hablamos de una preocupación social, como digo, que debemos abordar desde la escucha activa y desde el consenso para dar solución a un problema que nos afecta a todos y a todas.

Sabemos que una adecuada dotación de enfermeros y enfermeras reduce la mortalidad. Eso es evidencia porque más enfermeras significan menos eventos adversos y mayor calidad en la asistencia. Nos ha aportado datos muy interesantes de cómo, por ejemplo, aumenta la mortalidad y la morbilidad por cada paciente adicional que se añade a una enfermera, pero también sabemos que fijar ratios por ley sin planificación puede generar graves problemas en un sistema que ya atraviesa un momento complejo.

Desde el Grupo Popular queremos abordar esa cuestión, como digo, desde la escucha activa. Siempre hay que escuchar a los profesionales de enfermería, a las sociedades científicas, a las comunidades autónomas y a los gestores, ya que legislar sobre ratios sin consenso, sin planificación y sin financiación suficiente puede convertir una buena intención en una frustración más que empeore la realidad que vivimos, como ya ha pasado en otros temas.

Hoy hablamos de reforzar plantillas de enfermería mientras el ministerio encadena conflictos, huelgas y protestas con el sector sanitario. Hablamos de nuevas plazas, pero debemos de ser capaces de garantizar los recursos necesarios, y hablamos de planificación mientras el estatuto marco ha generado confrontación y rechazo por parte de profesionales sanitarios. Por consiguiente, quizá el Gobierno debería centrarse en solucionar los problemas para no perder esa calidad sanitaria que tenemos. Por eso querría plantearle algunas cuestiones sobre la base de su experiencia porque, estando de acuerdo con el fondo de su intervención, quisiera saber cómo se materializa desde su punto de vista. ¿Le consta que exista alguna memoria económica rigurosa sobre el impacto presupuestario de la implantación de estas ratios? Si es así, quisiera que nos comentara las cifras de las que estaríamos hablando y, en caso contrario, si considera imprescindible elaborarla antes de avanzar. También me gustaría que nos pudiera aclarar cuántos profesionales de enfermería serían necesarios en términos reales para cumplir las ratios que aborden los cuidados de enfermería. ¿Existe alguna estimación contrastada? Finalmente, si en términos prácticos considera viable implantar nuevas ratios obligatorias en el Sistema Nacional de Salud sin una memoria económica clara.

En el Grupo Popular y en el Partido Popular, como siempre, defendemos escuchar a los profesionales de enfermería, a las comunidades autónomas y a las sociedades científicas, porque mejorar la calidad asistencial es una prioridad, pues, como usted ha dicho, no es un lujo, pero hacerlo bien sí es una obligación.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 9

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra la señora Moreno Casbas por tiempo de diez minutos.

La señora **DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD, INVESTÉN-ISCIII, DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Moreno Casbas): Lo intentaré hacer en diez minutos.

Algunas de mis respuestas pueden ser para todos, pero voy a empezar por el orden en el que me han sido planteadas. En primer lugar, muchísimas gracias a Esquerra Republicana de Catalunya porque nos ha puesto sobre la mesa las competencias, que es verdad que forman parte de un sistema descentralizado que ya hemos tenido en cuenta. Existen otras versiones y otros modelos de sistemas descentralizados, como puede ser el sistema sanitario federal alemán, y lo que nosotros queremos proponer en ese sistema es una clasificación por complejidad que nos permita ser flexibles y dinámicos, de tal manera que lo único que yo creo que se pediría desde la ley es decirle a cada comunidad autónoma, a cada institución: Dentro de tu sistema sanitario tienes este nivel de complejidad, para el que necesitas estos profesionales de enfermería. Esta complejidad no es algo estático, es dinámico, de tal manera que lo que estamos planteando es que se permita a cada sistema sanitario, independientemente de la comunidad autónoma de que se trate, que, más o menos con los mismos estándares o variables, pueda clasificar a sus pacientes y les permita ver qué intensidad de cuidados tienen para cada uno de ellos. Por tanto, creo que desde el respeto y desde el consenso se le puede decir a cada institución sanitaria o a cada región sanitaria: Esta es tu foto.

Creo que nosotros siempre hemos sido muy respetuosos cuando manifestamos que queremos respetar los códigos de origen, cómo se codifican a esos pacientes en origen, para poder llegar a una interoperabilidad de datos en cada institución y que así se puedan comparar con otras regiones, pero siempre desde el respeto, desde el consenso y desde la flexibilidad y la dinamización de estos recursos.

¿Cómo queremos calcular la complejidad? Estamos haciendo un esfuerzo, y la siguiente compareciente podrá explicar que hemos pedido ayuda a la OMS y a Europa para saber cómo cada uno de los países que nos rodean está calculando esa complejidad para así poder calcular nosotros la nuestra sobre la base de esos mismos estándares o de estándares parecidos que se adapten muy bien a nuestro país. Creo que, de acuerdo con la ciencia, lo que necesitamos es compararnos y poder decir si estamos haciendo las cosas bien o no teniendo en cuenta los datos de otros países. Hemos visto experiencias de otros países, vamos a continuar haciéndolo, y nos hemos dado cuenta —y es algo que creo que tenemos todos en mente— de que ha sido un largo camino. No es una cosa que vayamos a solucionar en dieciocho meses —y contesto así también al Grupo VOX—, pero hay que empezar porque, si no, nunca vamos a ser capaces de adaptarnos a ese camino. Creo que vamos a adaptarnos a los países de nuestro entorno y que vamos a trabajar con ellos. Es Irlanda quien nos está proveyendo de mayores datos porque tienen una experiencia de siete años bastante bien reflejada y con memorias claras de lo que está pasando, de lo que han hecho, y para nosotros es un espejo en el que nos queremos mirar.

La ratio fija no es para nosotros la forma de legislar en el momento actual, posiblemente podría haberlo sido en el momento en que se elaboró la iniciativa popular, pero no en el momento actual, porque considero que ha cambiado mucho después del COVID y el pre-COVID, y es algo que hay que tener muy claro. Una de las cosas que también nos gusta del modelo irlandés —y creo que eso puede ser la respuesta a lo que me preguntaban— es que ellos han legislado y están poniéndolo en marcha, pero desde el principio se dieron cuenta de que había que hacer un pacto de Estado porque a veces las dotaciones de enfermería necesitan que primero igualem y tengamos los profesionales suficientes para cubrir esas dotaciones. Por tanto, a lo mejor también hay que hacer la ley y luego un pacto de Estado sobre cómo se va regulando esa necesidad de ratio.

La ILP primaria, la que está presentada en 2018, habla de los profesionales de enfermería como, usted decía, poniendo el peso sobre ellos. A nosotros lo que nos gusta —y querríamos que también se implantara en España— es que, a partir de las ratios que se establezcan al principio y una intensidad de cuidados, el juicio de los profesionales nos permita situarnos cada vez más en la realidad y que sean esos profesionales quienes digan: Vale, usted me ha clasificado a este paciente en nivel complejidad 1, pero, según mi juicio profesional, yo lo hubiera clasificado en el nivel 3; usted dice que este paciente con el nivel 1 necesita veinte horas de enfermería y yo creo que estas horas de enfermería tendrían que ser más. Eso posibilitaría —porque tenemos en mente tener un sistema digital que permita hacer esas variaciones y esa flexibilidad— que a lo largo del tiempo pudiéramos ajustar mucho mejor tanto las complejidades como la intensidad de cuidados. Pero hay que empezar a tener datos —e hilo un poquito con lo que decía

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 10

antes la diputada del Grupo Popular—, para lo que efectivamente hace falta dinero; pero necesitamos empezar, ya que si no empezamos no vamos a tener esos datos.

Tenemos datos sobre qué es lo que ha pasado en Queensland en cuanto al capítulo 1 para nosotros, que es personal, y es la mitad de lo que se ha podido realmente recuperar porque no hay tantos eventos adversos ni tanta mortalidad. Es verdad que partimos de datos de otros países, no de datos propios, pero también es verdad que la parte del Comité de Cuidados del Ministerio de Sanidad está el Instituto de Salud Carlos III, y estamos considerando poderla presentar para poder tener esos datos, pero de momento tiramos de datos de otros países, por ejemplo, de Queensland o de Estados Unidos, ya que ambos trabajan con ratios. Hemos preguntado tanto a Alemania como a Francia, Portugal e Irlanda, y ellos tampoco han podido todavía darnos esos datos, aunque sí que nos han trasladado informaciones muy interesantes. Es verdad que estamos poniendo en el juicio clínico de los profesionales de enfermería, tanto enfermeras como TCAE, que la ley avance hacia un aspecto que se adapte más a la complejidad de las personas y también hacia la intensidad de los cuidados que necesitan esas personas. Nosotros —y contesto con esto al Grupo Socialista— pensamos que la ley se debería proponer en todos los ámbitos, de tal manera que en el ámbito hospitalario —que es donde más evidencia hay porque hay muchos países haciéndolo— estaríamos hablando de efectos adversos y de mortalidad evitable. Pero cuando eso se pueda implantar tanto en primaria como en larga estancia y en atención comunitaria, lo que vamos a hacer es prevención y educación para la prevención y hábitos saludables, por lo que a la enfermera que esté en atención primaria —a quien le queremos dar las horas necesarias para poder atender a cada persona que tiene consulta— le vamos a dar tiempo para las tareas que le son propias y sus competencias, que es la prevención, que son los hábitos saludables, que es la promoción de la salud y la alfabetización sanitaria. Es otro tema. Es cierto que casi todo lo que presento es hospitalario, pero es que la evidencia en atención primaria está más sesgada o está menos expuesta, pero creemos que esa dotación segura no solamente va a evitar muertes, sino que también va a permitir la prevención, la promoción de la salud, la alfabetización y todo lo que viene por delante de la enfermedad.

Para nosotros es superimportante la persona y queremos que todo lo que se haga se base en la complejidad y en la necesidad que tiene cada persona de forma individual. Más tarde, la siguiente compareciente creo que informará sobre una de las encuestas que hizo el Ministerio de Sanidad sobre la situación de la enfermería en España, donde se pone de manifiesto que las enfermeras no estaban enfadadas por el salario. Las enfermeras estaban muy enfadadas porque pensaban que el *burnout* era algo más que cansancio: era la incapacidad de poder tratar de forma adecuada a los pacientes que tenían. Esa era su prioridad y lo primero que te decían era: Por favor, dadnos tiempo para que tengamos la sensación de que estamos dando cuidados seguros. Creo que eso es muy importante, tanto para nosotros como para la población a la que atendemos. Aunque ya me he pasado un poquito de tiempo, quisiera volver a insistir —y me dirijo al Grupo Popular— en que tiene que ser desde el consenso, desde el respeto y teniendo en cuenta a todos los actores que están en este ámbito. No es una cosa de hoy ni de mañana, sino que vamos a tener que hacer un largo camino, pero ese camino solo se puede hacer acompañado de todas las personas que forman parte de la atención sanitaria: los profesionales, los que legisláis, los que lo gestionan y los que trabajamos en el Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias. (Aplausos).

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por esta intervención, doña María Teresa Moreno Casbas.

La señora **DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD, INVESTÉN-ISCIH, DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Moreno Casbas): A ustedes.

— **DE LA SEÑORA CALLEJA TOLEDANO, ASESORA DEL SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000571).**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a nuestra primera comparecencia —ahora reconvertida en segunda—, que es la de doña Paloma Calleja Toledano, que tendrá quince minutos de intervención. A continuación, los grupos tendrán una ronda de intervenciones de cinco minutos, y para finalizar, la compareciente tendrá un turno de réplica de diez minutos.

Adelante.

La señora **CALLEJA TOLEDANO** (asesora del secretario de Estado de Sanidad): Muchísimas gracias por la invitación. Lamento el retraso, pero más tarde comentaré dónde estaba y lo profundamente relacionado que está con esta temática.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 11

Me van a permitir que les traiga un punto de partida, que fueron los informes que publicamos desde el Ministerio de Sanidad, y que nos han dado el anclaje del por qué planteamos lo que planteamos y por qué estamos haciendo las cosas que estamos haciendo.

Como continuación a la intervención anterior, nosotros hicimos un análisis en el que pudimos contar con más de 55 000 respuestas de enfermeras encuestadas, y tenemos también una encuesta de TCAE, de la que a continuación daré algún resultado. **(Apoya su intervención en una presentación digital).** Las cifras, como estaban diciendo muchos de los comparecientes, nos arrojaban un déficit de enfermeras que, conforme a la metodología empleada, podemos discutir si son más o menos, pero lo que está claro es la tendencia y la situación de estar por detrás de otros países europeos. Esta es una preocupación compartida no solo en nuestro país, sino en el resto de los países de la Unión Europea.

El acto donde yo me encontraba antes es precisamente un acto de Nursing Action, que engloba a más de veintiséis países de la Unión Europea para tratar estos fenómenos, es decir, cómo abordamos la escasez de profesionales, cómo hacemos que los profesionales quieran seguir formándose en enfermería, cursando los estudios de enfermería o de TCAE, y cómo conseguimos que aquellas que tenemos formadas y empleándose en nuestro sistema sanitario continúen en nuestros servicios y no se marchen. Porque dentro de esa ratio fija que hemos visto —esa foto que no deja de ser una foto fija y que está sujeta a muchos fenómenos demográficos como el envejecimiento, las migraciones, etcétera—, al final el *stock* de enfermeras se compone de entradas y salidas. Podemos barajar o podemos estudiar una serie de acciones prioritarias en el caso de las entradas —y hablaremos probablemente de la necesidad de aumentar el número de plazas en las universidades para formar no solo más enfermeras, sino más profesionales sanitarios, dado que la escasez de profesionales es una cuestión que afecta a todas las profesiones—, pero en este caso, y para la iniciativa o para la temática que vamos a abordar en esta sesión, nos tenemos que centrar en las salidas, fundamentalmente en las salidas por abandono.

Cuando realizamos este estudio, las salidas por migración eran menores —veníamos de un contexto pos-COVID—, y tendremos que ver o replicar si los factores que ahora vamos a analizar también se relacionan con la migración. ¿Qué nos dijeron las enfermeras que encuestamos? E, insisto, más de 55 000 respuestas. Casi un 40 % de ellas se habían planteado en algún momento de aquí a los próximos diez años abandonar la profesión, más de un 90 % por motivos profesionales. Tenemos algunos datos de ámbitos en los que estas cifras son todavía más preocupantes, de comunidades en las que estas cifras son todavía más preocupantes, pero, si me permiten, a mí lo que más me preocupa es la edad, porque precisamente son aquellas enfermeras más jóvenes las que se lo plantean con mayor frecuencia, por lo que no solo es que tengamos escasez de profesionales, es que no tenemos garantizado el reemplazo generacional de las que ya tenemos trabajando. Cuando empezamos a preguntar sobre cuestiones que estuviesen ligadas —lo explicaba la compareciente anterior muy claramente—, el panorama que se nos planteó con esta encuesta fue —si me permiten la expresión— bastante estremecedor, porque más de la mitad de las enfermeras encuestadas manifestaron que no estaban realizando los cuidados al cien por cien, tal y como estaban preparadas para poder llevarlo a cabo. Manifestaban que de una manera habitual hacían falta más recursos humanos. Más de la mitad de ellas tuvieron que dejar de hacer cosas relacionadas con los cuidados de los pacientes por falta de tiempo y casi dos tercios de las encuestadas manifestaron haber observado o vivenciado incidentes relacionados con la atención sanitaria una o dos veces a la semana.

Las compañeras que participan con nosotras en el Comité de Cuidados han hecho un análisis secundario muy exhaustivo de cómo se relacionan estos factores precisamente con la voluntad o con la intención de abandono, y en la diapositiva pueden leer que son aquellos relacionados con las condiciones en las que las enfermeras están cuidando los que más se están afectando o parece que se relacionan con mayor fuerza con esta intención. Hablamos de una mala calidad o una mala percepción de la seguridad del paciente, una mala percepción de los cuidados y de esa sensación de no llegar a todo y de no estar haciendo «aquello para lo que yo me formé, para lo que yo me preparé y para lo que yo he sido contratada en los servicios sanitarios».

Como decía, hemos replicado estas preguntas con el colectivo de las TCAE —estamos terminando o ultimando el informe— y, además, hemos empleado —porque coincidió en el tiempo— las preguntas que por parte de la Organización Mundial de la Salud se plantearon tanto a médicos como a enfermeras, y los resultados no por esperables dejaron de ser menos sorprendentes. En la diapositiva pueden ver también cómo es justo o concretamente en el sector sociosanitario —que es donde el empleo es más precario, donde existe más escasez de profesionales y donde la carga de trabajo es mayor— donde se aglutinan las peores cifras de bienestar mental y mayor prevalencia de sintomatología de mala salud mental.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 12

Con este panorama o con estos cimientos, nosotras, apelando a ese ejercicio de consenso y de participación, llevamos a cabo un proceso que duró casi un año, en el que nos sentamos con todas las comunidades autónomas, pero también con todas las fuerzas sindicales, con todas las asociaciones de pacientes y con todas las sociedades científicas para aprobar este marco, cuya primera línea de actuación se centra precisamente en esto, en lo que estamos hablando en esta sesión. Y el entorno o el contexto que observamos es que estamos ante un problema de fragmentación que tiene múltiples vértices. Por un lado, tenemos una ausencia de métricas estandarizadas, lo que implica una ausencia de comparabilidad entre territorios, entornos, acciones e intervenciones; por otro, unos sistemas que no son interoperables y, por tanto, hay un sobreesfuerzo para hacerlos encajar, y estamos evidenciando también en los informes una desigual asignación de recursos que está llevando a situaciones de inequidad con respecto a los territorios.

Ante esta situación, como bien decía la compareciente anterior, desde el Comité de Cuidados solicitamos una financiación a la Comisión Europea, que nos fue concedida en estos instrumentos de reformas estructurales, y la entidad técnica que nos acompaña en este camino es la Organización Mundial de la Salud. Nosotros solicitamos este proyecto con tres objetivos claramente técnicos e identificables. Por un lado, crear un sistema que nos permita medir las necesidades de cuidados individuales de los pacientes en los entornos asistenciales que tenemos presentes en nuestro país, conociendo, como bien ha comentado la compareciente anterior, las lagunas que existen de evidencia en determinados ámbitos y en determinados sectores. A continuación, relacionar estas necesidades de cuidados con lo que hemos denominado la intensidad de cuidados —que viene determinada no solo por las condiciones clínicas, sino también por factores sociales— y con el *skill mix*, es decir, con los distintos roles competenciales de todas las figuras cuidadoras que tenemos en el sistema —que recordamos que no son solo enfermeras generalistas, sino también especialistas, la EPA, y las compañeras de TCAE— con un objetivo final de distribuir de una manera más equitativa los recursos y poder garantizar que a lo largo de todo nuestro Sistema Nacional de Salud no existan ineficiencias ni bolsas donde las ratios nos caigan, como vimos en los informes que publicamos el año pasado.

No creo que merezca la pena detenernos mucho en lo relativo a la metodología de este proyecto, pero me gustaría ahondar más en el sistema de gobernanza, que creo que va a responder algunas de las preguntas que se han planteado en la comparecencia anterior. Me gustaría destacar qué tanta importancia tiene el sistema de desarrollo de un modelo —y podríamos haber desarrollado uno u otro— como la tiene la fase de validación e implantación. Es decir, esto no va solo de generar una herramienta que pueda ser más o menos perfecta —los GMA, que seguramente la compañera anterior citó, llevan veinte ediciones, veinte versiones—, se trata de generar una primera herramienta que nos permita empezar a trabajar porque, como nos han dicho los datos, esta cuestión es urgente. Por eso, dentro del proyecto financiado hemos incluido la fase de pilotaje, de validación y de evaluación, porque creemos —y así lo defendemos— que la implantación práctica en el terreno tiene que formar parte de todo este esfuerzo colectivo que estamos realizando. ¿Quiénes están incluidos dentro de este proyecto o por qué consideramos que tenemos un buen respaldo técnico y de consenso? En primer lugar, el Comité de Cuidados que se generó en el Ministerio de Sanidad, pero también tenemos una serie de órganos de gobernanza que se interrelacionan y con los que nos reunimos, créanme, con mucha más frecuencia que quizás otras estrategias u otros grupos de trabajo. Tenemos, por supuesto, un grupo en el que están representadas todas las directoras de Cuidados de todas las comunidades autónomas, y ahí me gustaría destacar que este grupo de trabajo permitió aprobar un marco estratégico de los cuidados de enfermería en el consejo interterritorial por unanimidad, y creo que ha sido de los últimos textos que han gozado de este nivel de consenso y de acuerdo. Tenemos un grupo técnico donde están sociedades científicas y expertos y tenemos integradas también a las organizaciones sindicales que forman parte del ámbito, porque tienen mucho que decir en cuanto a condiciones, a contrataciones y en cuanto a estándares de calidad. Asimismo, tenemos unos órganos de toma de decisiones, como es el consejo interterritorial, con su representación a nivel consejería y, por supuesto, todos los acuerdos que tenemos con las organizaciones internacionales de rendición de cuentas, tanto con la Organización Mundial de la Salud como, en este caso, con la Comisión Europea, que es la que financia todo este proyecto.

Por tanto —por concluir y no agotar todo el tiempo, que entiendo que lo agradecerán—, esto no va solo de reflejar en un papel una cifra que puede ser voluble o ser rígida, sino de crear una herramienta que el ministerio dentro de sus competencias pone a disposición de los distintos territorios para que la utilicen, también en el ejercicio de sus propias competencias, y que afecta o que intenta ir a la línea de flotación de uno de los factores que pone en peligro no solo el bienestar o la solidez y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, sino de toda nuestra sociedad.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 13

Dejo aquí mi intervención y quedo a su disposición no solo para responder las preguntas que vengan a continuación, sino para responder, participar o dialogar en lo que consideren necesario los distintos asistentes.

Agradezco profundamente la oportunidad de poder explicar esta temática aquí. Para nosotras es un verdadero honor.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Empezamos la ronda.

Grupo Parlamentario Republicano. **(Denegación)**. No participa.

Grupo Parlamentario SUMAR.

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

Doctora Calleja, bienvenida a la Comisión de Sanidad. Estoy emocionada, viendo todo el trabajo que están haciendo las enfermeras científicas para intentar poner un poco de luz a lo que intentamos legislar. Llevamos muchos años esperando y parece que nos movemos y lo hacemos por buen camino. Como decía la doctora Calleja, la verdad es que los datos son abrumadores. Yo ya me había leído la encuesta, pero verla hoy de nuevo reubica al legislador: abandono, las jóvenes, la motivación... Está claro que tenemos que trabajar entre todos un modelo de recursos humanos que dé respuesta a todo esto. Yo soy consciente de que se está trabajando con las comunidades autónomas y con el ministerio, pero realmente esto urge porque se necesitan respuestas. Una de ellas, sin duda alguna, es esta proposición de ley, que pretende dar respuesta, por una parte, a la población —como bien hemos visto en los datos— y, por otra, a las profesionales, tanto TCAE como enfermeras. Como hemos dicho, en SUMAR apostamos porque estén también las TCAE dentro de esta proposición de ley.

La verdad es que los datos son abrumadores y eso nos da también un poco la ubicación aquí, a los legisladores, de la importancia de seguir buscando ese consenso y seguir legislando algo tan importante. Quiero darle la enhorabuena porque, en los momentos en los que nos encontramos, conseguir financiación para hacer algo tan gordo la verdad es que es admirable. No sé si se han dado cuenta ustedes de que tienen una responsabilidad en sus hombros bastante grande y que han abierto, como yo siempre digo, un melón que a ver ahora cómo lo cierran. Pero, sin duda alguna, cuando hablamos de la ciencia del cuidado y con la evidencia en la mano, ese melón va a madurar bien —esperemos—, porque necesitamos esos datos, ese modelo de gobernanza para, como decía el compañero de VOX, llegar a la equidad en todo el territorio. Sin duda alguna. Este es un ejemplo de que cuando se quiere encontrar algo, más o menos se consigue, antes o después.

Por si no lo saben ustedes, aquí negociamos entre todos y muchas veces lo que se ve en la televisión no es la realidad. Nosotros en esta comisión trabajamos muy bien. Yo quería preguntarle, porque según veo las directoras de Cuidados, que son enfermeras, no están en todas las comunidades autónomas —a ver si lo fomentamos y que estén en todas—, ¿qué opinan de todo esto? ¿Qué opinan de que por primera vez se hable de esto?, ¿de que por primera vez se ponga sobre la mesa? Supongo que también tendrán un poco de vértigo, porque de repente tienen responsabilidad en ese proyecto de financiación, en ese modelo de recursos humanos. Pero ¿qué opinan esas directoras de cuidados, que al final son las responsables en este sistema tan descentralizado que tenemos? Me gustaría que nos pudiera decir un poco más en detalle cómo viven ese modelo de gobernanza —porque también, al final, la mayoría de las comunidades autónomas son del Partido Popular—, si las directoras de cuidados pelean con sus consejeros para decirles que esto es una buena opción.

Mi segunda pregunta va un poco encaminada por ahí. ¿Qué pueden hacer ustedes, las científicas que están buscando estos datos, para que en esta Comisión de Sanidad nos pongamos de acuerdo para que esta norma, que emana de la población —más de 600 000 firmas— sea una realidad lo antes posible? Yo sé que pueden trabajar con todas ustedes, pero ¿qué puede usted proponer para que esto sea una realidad?

Muchísimas gracias de nuevo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Grupo VOX.

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

Muchísimas gracias a la doctora Calleja por la exposición y las diapositivas.

Antes de la comisión se nos había comentado que podía cambiar la forma, así que, aprovechando, más que una intervención voy a hacer una serie de reflexiones en voz alta, que usted compartirá o no,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 14

igual que el resto de los compañeros de la comisión. Uno va teniendo memoria parlamentaria y aquí alguna vez hemos dicho: Faltan sanitarios. Y se ha dicho: No, ¿qué dice? No faltan, falta recolocarlos. Usted ha puesto de manifiesto que realmente sí que nos hace falta un número de sanitarios, que ustedes han ido calculando más o menos, según las cifras y el trabajo que han podido hacer.

Estamos de acuerdo con este proyecto, nosotros lo apoyamos en la ILP y en la tribuna apostamos porque era necesario, dada la recogida de 600 000 firmas. Cuando se habla de copiar modelos de otros países, no es lo mismo copiar un modelo como el alemán, aunque también tengan *länder*, e intentar extrapolarlo de alguna manera a nivel de nuestras autonomías, aunque allí se funciona de una manera diferente: se debate todo en el Bundesrat, pero el Bundestag es el que toma las decisiones y los *länder* son los que suelen asumirlas, en este caso, en un aspecto sanitario.

Son preguntas y reflexiones que quiero lanzar al aire. ¿De verdad nos creemos que la sanidad se va a arreglar después de tantos años, digamos de dejadez, poniendo un único número en el BOE? Yo creo que es importante la crítica y la autocrítica de aquellos que han tenido responsabilidad a lo largo de los años en las diferentes comunidades autónomas y en el propio Ministerio de Sanidad. Yo creo que coincidimos todos en que España no solamente tiene un problema de ratios, sino de planificación, de una sobrefragmentación. Lo hemos comentado y es una cosa que a mí me choca muchísimo, porque siempre hablamos de la equidad, incluso hablamos del código postal, de la calle donde vivas, pero no hacemos nada para lograr esa equidad. Seguimos manteniendo un sistema que se ha demostrado ineficaz a la hora de plantear una equidad real de acceso.

Dentro de ese mismo problema, tenemos esa falta de datos que usted ha dicho, al igual que la anterior compareciente; la incapacidad de tener una fotografía real no solamente en enfermería, sino de todo el sistema sanitario en cuanto a enfermedades, pacientes, profesionales sanitarios, situación en la que se encuentra. Porque esa recopilación y esa codificación diferente de datos nos dificulta; nosotros mismos nos hacemos trampas y nos ponemos palos en las ruedas. Creo que hemos de tener la capacidad de reconocer a veces el fracaso o el error, desandar ciertos pasos o dejar egoísmos a un lado para poder velar por la sanidad, como están haciendo y hacen nuestros sanitarios, que principalmente se están quejando de que lo que más les está quemando es el no poder hacer su trabajo en condiciones y muchas veces no poder atender al paciente. Diecisiete sistemas sanitarios distintos, la falta de coordinación real, un registro único de profesionales, la estrategia nacional. Solucionar esto con una cifra mágica se antoja muy complicado.

Usted ha hecho una recopilación de cifras aproximadas, pero ¿de dónde van a salir esas enfermeras? Aquí estamos acostumbrados últimamente a que se aprueba todo por decreto, todo es magia, pero aquí no se pueden fabricar enfermeras por decreto. Aquí necesitamos un plan de formación, un plan de exámenes, un plan de capacitación y tenemos que saber exactamente en qué regiones hacen falta y focalizar dónde necesitamos nuestros recursos más valiosos, nuestros sanitarios. Porque al final, si no hay profesionales sanitarios, todos sabemos lo que pasa: se cierran camas, quirófanos, se reducen actividades, aumenta la lista de espera. Volvemos a poner más piedras en el camino, más palos en nuestras propias ruedas.

Yo creo que aquí en la Comisión de Sanidad lo estamos haciendo y deberían aprender en muchas otras comisiones, porque nosotros hablamos con nuestras diferencias. Siempre hablamos de gestión seria, siempre hablamos de la seguridad del paciente y de los pacientes. Yo creo que, si caemos en propagandas o en actuaciones grandilocuentes, perdemos todos, sobre todo los profesionales y, principalmente, los sanitarios, que creo que son el centro de la sanidad. Nosotros lo hemos dicho siempre, nosotros no llamamos a nadie, desde el principio lo hemos dicho: Creemos todavía en un Sistema Nacional de Salud fuerte, que hay que reconvertir. Porque el sistema actual está obsoleto, porque ese cambio de cronicidad nos obliga a ello, porque hace falta una planificación estatal y una responsabilidad de todos.

Lo vuelvo a decir. Han puesto los ejemplos de Alemania e Irlanda. Hace falta trabajar unidos y aquí en España, por desgracia, no lo hacemos. Creo que no podemos caer en el error de meter ningún parche ideológico, por supuesto, y, sobre todo, hay que tener en cuenta que nuestro país tiene unas características, prácticamente únicas y especiales, que hace muy complicado reflejarse en muchos modelos exteriores. Por lo menos —perdón por el tiempo de exceso, presidente— debemos tener la fotografía; sin la fotografía no se puede trabajar, porque al final estás trabajando con teorías, a ciegas. Creo que lo primero que tenemos que solucionar es saber realmente el personal sanitario que tenemos, las zonas tensionadas, los pacientes, las enfermedades que tenemos, codificar y empezar a trabajar unidos y acabar con el egoísmo de muchas regiones que, al final, lo que están haciendo es torpedear cualquier atisbo de solución a un problema enquistado durante años.

Muchas gracias, señor presidente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 15

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.
Grupo Socialista.

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

Gracias, doctora Calleja, por sus explicaciones y por su trabajo. Enhorabuena por esa encuesta, aunque ya la conocíamos, de 55 000 enfermeras y más de 30 000 —no sé cuánto era el pico— TCAE, que por primera vez se ha hecho en este país y que es necesaria para hacer esa fotografía que estaba reclamando ahora el compañero que me ha precedido en el uso de la palabra. Ese diagnóstico en el que preguntamos directamente a las personas afectadas, a las que están sufriendo si están a pie de calle de la sanidad, las que están sufriendo esa falta de tiempo, esa insatisfacción para desarrollar la profesión para la que han dedicado mucho tiempo de su vida y mucha vocación. Creo que por ahí hemos de empezar y enhorabuena por haberlo hecho. Gracias por las explicaciones que nos ha dado sobre esos trabajos que han llevado a cabo en el Comité de Cuidados —queremos que se las traslade a todo el comité— sobre este proyecto de dotación segura de profesionales, enfermeras y TCAE en nuestro país.

Le quería formular algunas preguntas. Evidentemente, es necesario vincular la dotación de profesionales de cuidados a la complejidad y a la intensidad de cuidados que requieren los pacientes. Nos lo ha explicado también la doctora Moreno y, lógicamente, creemos que esta cuestión —usted está en contacto con las profesionales— satisfará algunas de las expectativas que tiene la profesión y que se reflejan en esos resultados, entiendo, de la encuesta tanto de enfermería como de TCAE a la que usted ha hecho referencia.

Finalmente, por su colaboración con la Oficina Regional de la OMS para Europa, querría preguntarle cómo se sitúa España en comparación con otros países de nuestro entorno y cuáles cree que son las principales directrices que recogerá el informe que se anunció para nuestra región sobre la dotación segura de personal de enfermería.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**:
Gracias.
Grupo Popular.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidente.
Muy buenas tardes.

También quiero darle la bienvenida, doctora Calleja, a esta comisión, en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

Permítame que mis primeras palabras sean para lamentar, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, el asesinato de una enfermera en el Centro de Salud de Benicasim, Castellón, presuntamente a manos de su expareja, que acabó con su vida de una forma trágica. Todo nuestro cariño para su familia. Creo que como profesional y compañera debíamos recordarla hoy, porque no podemos hablar de enfermería y no traerla a esta comisión.

Hoy comparece con relación a la proposición de ley sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos, una iniciativa legislativa popular que se registró en esta Cámara, avalada por más de 660 000 firmas, en julio de 2018. No es nueva en esta Cámara —desde el 2018 hasta ahora—, porque cualquier iniciativa parlamentaria puede decaer, pero las ILP no decaen. Lo bueno de ella, igual que ya ha pasado en otras legislaturas, es que cuando se ha debatido ha salido prácticamente por unanimidad de todos los grupos parlamentarios, solo cinco votos en contra. Todos los grupos, y se ha dicho aquí por los compañeros que me han precedido en el uso de la palabra, estamos de acuerdo en que hay que hacer algo. La situación sanitaria no es la misma que cuando esta iniciativa fue registrada en esta Cámara, al contar para nuestro trabajo con nuevas tecnologías sanitarias, con la inteligencia artificial y con un protocolo actualizado en función de la evidencia. La doctora Moreno nos hablaba en la anterior comparecencia de aquellos proyectos de investigación que se están desarrollando hoy y los buenos resultados que están dando. Espero que desde la profesión se siga en esta línea.

Ello nos lleva a que para lograr una buena ley se debe de contar con todos los actores, con los proponentes de la ILP —hay que recordar que fue el sindicato SATSE y el Consejo de Enfermería—, con las sociedades científicas, con los gestores, con las comunidades autónomas, con la sanidad privada y, por supuesto, con los grupos parlamentarios. En su intervención, ha hablado más del marco estratégico de cuidados de enfermería que de los aspectos que están trabajando para modificar esta ILP. Y ya digo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 16

desde el principio que lo que se registró en 2018 no tiene nada que ver ocho años después. Por suerte, el avance a todos los niveles, sobre todo, con el aval de la investigación, también nos afecta en enfermería. Pero ya le digo que no la hemos llamado para comparecer por el marco estratégico de cuidados, porque, si no, tendríamos que haber entrado más en ese aspecto.

Según los propios informes del ministerio, en el Sistema Nacional de Salud trabajan en torno a poco más de 227 000 enfermeras, de las cuales un poco más del 19 % es en atención primaria, más del 77 % en los centros hospitalarios, 1,9 % en los servicios de urgencias y emergencias, y podemos también contabilizar aquellas que están en un proceso de formación sanitaria especializada. Ámbitos que incluso podríamos incorporar más, porque está el ámbito sociosanitario, el ámbito relacionado con la educación y, en fin, todos aquellos ámbitos que, en función de nuestro aval, de la titulación como tal, nos permiten desarrollar nuestra profesión. Enfermería, como decía, es una de las profesiones que necesitan una adecuada programación de los recursos para establecer —yo no sé si las ratios, porque yo no soy muy partidaria de ratios— los márgenes adecuados para trabajar en los diferentes ámbitos y, sobre todo, en los diferentes ámbitos asistenciales, en función del nivel, la evidencia científica y la complejidad de los cuidados. Aquí entra mucho también la organización que tenemos de nuestro sistema sanitario. Nuestro sistema sanitario —aquí se ha hablado en función de la población que tenemos— se adapta. Por ejemplo, mi hospital en Zamora es diferente al hospital de Salamanca. La complejidad no tiene nada que ver y el personal de enfermería también se adapta a esa complejidad. Entonces, es una de las cuestiones que debemos tener en cuenta.

Por hacerle algunas preguntas y no extenderme mucho, ¿qué presupuesto están barajando dentro del proyecto de ley? Porque están muy bien los estudios de investigación y todo eso, pero ¿qué parte material están abordando? ¿Qué trabajo tienen previsto con las comunidades autónomas? Se ha hablado de las directoras de cuidados; espero y deseo que se siga trabajando con ellas, y con las universidades. Porque ha hablado de las salidas por abandono, pero ¿y las entradas? Son tan importantes como las salidas. Hemos de establecer una ley marco de aplicación a corto, medio y largo plazo.

Hablaba de datos de otros países, y de que hay que empezar por algo, lo decía también la doctora Moreno. Está muy bien, pero debemos de contar con nuestros propios datos, con nuestros propios registros profesionales y una dotación de enfermería en la que aún nos queda mucho, porque si miramos a otras profesiones, hoy el ministerio tiene perfectamente definido un informe de necesidades de profesionales 2025-2035 en cuanto a los médicos, por ejemplo. Es verdad que en enfermería queda recorrido, sobre todo, también para unificar criterios. Porque si estamos hablando de una enfermera intervencionista, hay que saber que esa enfermera intervencionista se nombra igual en todos los sitios. O una gestora de casos. O una gestora a la demanda. En fin, yo creo que son cuestiones que van a afectar a la conclusión de ese proyecto de ley que es necesario, pero tampoco debemos perder la situación por la que atravesamos. Espero que al final consigamos entre todos cumplir con esta iniciativa legislativa popular, en colaboración, por supuesto, con las comunidades autónomas, porque al final son las que van a tener que ejecutarlo. Y desde luego hay algo fundamental: no tenemos enfermeras y también tenemos que marcarlo en el escenario del proyecto de ley.

Muchas gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.
Señora Calleja.

La señora **CALLEJA TOLEDANO** (asesora del secretario de Estado de Sanidad): Muchas gracias a todos por sus aportaciones.

Voy a empezar de lo más reciente a lo más antiguo, por seguir algún criterio. Creo que explicando un poco mejor la gobernanza doy también respuesta a algunas preguntas planteadas por el Grupo Parlamentario SUMAR.

No podría estar más de acuerdo en la necesidad de caminar todos juntos. De hecho, yo creo que la compareciente anterior ha hablado de que en otro país en el que nos miramos mucho, porque quizá tenemos condiciones muy similares a él, como Irlanda, llegaron a plantear un pacto de Estado para abordar esta cuestión. El planteamiento que tenemos desde el Comité de Cuidados —y permítanme que hable de él, porque vengo en representación suya— es desarrollar la propuesta técnica del modelo, testarlo, evaluarlo, e insisto, ponerlo a disposición de las comunidades autónomas, haya o no haya ley. Quiero decir que para nosotras el trabajo técnico es fundamental; si puede venir reformulado o reforzado por una iniciativa legislativa popular que lo asiente, bienvenido sea. Pero nosotras no hemos esperado a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 17

esta tramitación y por eso hemos hecho esta petición a la Comisión Europea, porque creíamos que de todos los aspectos que se han enumerado era el que más urgía abordar.

Nosotras contamos con las comunidades autónomas. De hecho, el proyecto ya está en marcha, se inició en junio del año pasado y son dos años de financiación. Nosotras nos reunimos con las comunidades autónomas, además de para comentar los modelos de liderazgo y de gestión —que seguramente conozca usted—, para, entre otras cosas, mapear cuáles son ahora mismo las variables que se están registrando en historia clínica y trabajar —uno de los aspectos que yo creo que también la compareciente anterior indicó— cómo podemos garantizar la interoperabilidad de lo que ya se está registrando, a fin de no sobrecargar la burocracia y la carga administrativa de los registros. Por tanto, las comunidades están reuniéndose con nosotras periódicamente en función del cargo designado y es verdad que nos gustaría que dentro de estas personas que participan con nosotras la mayoría fueran nombradas directoras de cuidados, no por una cuestión baladí, sino porque la capacidad de movilización de recursos que tienen es mayor que cuando es a nivel técnico. Nosotras estamos poniendo a su disposición todos los recursos que tenemos dentro del ministerio, también para ayudar en las cosas en las que no llegan y ya le digo que la colaboración es de reuniones periódicas y de análisis de la información que ya nos reportan. El viernes tenemos de nuevo reunión con ellas para seguir tratando estos temas.

Dentro del Comité Científico-Técnico tenemos las organizaciones que se han enumerado. El Consejo General de Enfermería forma parte de nuestro Comité Científico-Técnico, aparte de trabajar también como asesor en las distintas líneas estratégicas que tenemos, ligada a cada línea del plan. Las organizaciones sindicales, como trasladaba, están dentro del Comité Científico-Técnico, pero además hemos creado, específicamente, un grupo de trabajo dentro del ámbito para tratar estos temas. Y después tenemos toda la representación de sociedades científicas, de asociaciones de pacientes, las conferencias de decanos de Enfermería y todos los institutos de investigación representados de alguna manera por INVESTÉN.

Estoy de acuerdo, y creo que es un poco la idea que hemos intentado trasladar, en que esto no va de plasmar en un papel un número porque no tendría sentido, porque un número no dice nada, porque hay que contextualizarlo. Por ello estoy muy de acuerdo y hemos tratado de enfatizarlo en la presentación. Una de las cosas que estamos testando en el proyecto es cómo lo implantamos, precisamente porque somos conscientes de que tendrá que haber un abordaje gradual por fases. Y como decía al principio de mi intervención, porque esto aborda las salidas de las profesionales, pero hay que abordar también las entradas de ese *stock*. Pero no podemos abordar o hacer una planificación correcta sin saber todavía cuántas necesitamos para hacer qué, que es quizá la respuesta que en otros colectivos profesionales está más claro. Cuando se citan los informes de necesidades de médicos es porque ya existe mucho consenso y se sabe cuántos médicos por ratio de ciudadanía con una determinada patología, por ejemplo, son necesarios. En el caso de las enfermeras esos estudios no existen. Por eso el invertir el tiempo en generar un modelo que, insisto, nosotros lo estamos trabajando técnicamente con el diseño que hemos creído más conveniente, pero probablemente esto sea la primera pieza de una futura modernización o complejización y bienvenido sea. Nosotras insistimos en que este paso había que darlo, perfecto o imperfecto, pero que sea una herramienta que podamos empezar a emplear.

Por contestar al Grupo Parlamentario Socialista, esperemos que esto sea una cuestión que haga al menos revitalizar un poco la satisfacción de los profesionales. Siempre hablar de satisfacción es complejo porque es multicausal, multifactorial y no solo son las cuestiones de ratios o de número de profesionales las que afectan. Podríamos hablar de posibilidad de desarrollo competencial, de que el hecho de que te hayas formado o te sigas formando cuando terminas la carrera tenga una repercusión en tu trayectoria profesional o incluso en el tipo de puesto o perfil al que tú puedas acceder. Pero entendemos que, si la base no está, si no tenemos tiempo para cuidar a los pacientes como merecen, el resto... Esto es lo primero: si no tenemos la base, el resto no podemos aspirar a planteárnoslo. Es una de las primeras cuestiones, por eso hemos decidido priorizarla, pero sin duda tiene que estar integrada dentro de un conjunto.

La Organización Mundial de la Salud destaca sobre todo el sistema de gobernanza que tenemos en el comité —y vuelvo a venir con mi libro— el haber sabido encajar, dentro de una herramienta de toma de decisiones técnicas, las voces de muchos grupos de interés que están sistematizadas y están normalizadas en la manera de relacionarse. No es reactivo ante la presión de determinado *lobby*. Y eso es una cuestión que nos destaca. Evidentemente, con el recorrido que nosotras llevamos en cuanto a normativa o regulación de ratios, ya sea por ratios fijos o por sistemas de cálculo adaptados a la complejidad, no estamos dentro de los pioneros. Hay varios países que nos toman la iniciativa —yo creo que la compareciente anterior lo ha destacado excelentemente—, pero sí que nos sitúan como uno de los que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 491

18 de febrero de 2026

Pág. 18

han sabido reaccionar ante este fenómeno que, insisto, es global, y que han sabido reaccionar rápido. Porque si escuchan o han tenido oportunidad de escuchar tanto a Tomás Zapata como a otros representantes de la Organización Mundial de la Salud, la escasez de profesionales sanitarios es un hecho. Cada territorio y cada profesión tiene sus peculiaridades y no saber leer esta situación adaptada a tus circunstancias puede llevarte a hacer intervenciones que no sean certeras. Por ejemplo, y focalizo en nuestro caso, nosotras dentro de la Nursing Action, que es esta acción conjunta de veintiséis países que trata de atracción y fidelización de talento, de momento no estamos trabajando en aquellas acciones de atraer más estudiantes a las carreras de enfermería, porque de momento tenemos unas tres o cuatro solicitudes por cada plaza pública que tenemos. Eso no quiere decir que dentro de un futuro no nos veamos... Pero hay países que en este punto también están mal. Por tanto, si puedo destacar alguna conclusión que nos ha trasladado la Organización Mundial de la Salud en numerosas ocasiones ha sido esta capacidad rápida de analizar nuestra situación y de empezar a poner en marcha proyectos que intenten abordarla.

Yo creo que hemos hecho bastante énfasis en que lo que nosotras defendemos en este proyecto europeo, lo que parece que nos dice la evidencia y lo que esperamos que se recoja en esta iniciativa legislativa popular es que, insisto, un número aislado no dice nada. Y que nosotras ponemos el mayor valor en desarrollar una herramienta que sea de utilidad tanto para la gestión a nivel organizacional como para que luego en un medio-largo plazo nos permita, como decíamos, hacer una planificación mayor de los recursos humanos a nivel nacional.

Para terminar, y con respecto a qué podemos hacer nosotras como comité para facilitar que esta ILP salga, yo creo que primero terminar nuestro proyecto para bien o para mal. Es decir, esto será un ejercicio de desarrollo técnico, insisto, que va a venir muy consensuado y que ponemos a disposición de las administraciones que la quieran usar. Yo creo que contar con ese aval técnico, con organizaciones internacionales detrás y con el peso de la evidencia científica es un plus. Yo no me muevo en los ámbitos en los que se mueven ustedes, pero no sé si todas las normativas y legislaciones cuentan con ese calado técnico y científico detrás. Por otro lado, nosotras nos ponemos a su disposición para trabajar cualquier aspecto técnico que consideren necesario, incluso para ofrecer nuestros canales de discusión con otros grupos de interés, para poder —yo creo que ha sido la idea más nombrada en este foro— llegar a un gran consenso técnico que defienda esta cuestión en la que parece, por lo menos en el fondo, que el análisis que estamos haciendo desde diferentes prismas es el mismo.

Muchísimas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias a las dos comparecientes hoy, a Paloma Calleja Toledano y a María Teresa Moreno Casbas, por su disposición. Sobre esto vamos a trabajar e intentar, efectivamente, con enmiendas de unos y de otros, hacer avanzar la ley.

Muchísimas gracias.

El lunes 16 de marzo, a las cuatro de la tarde, muy probablemente tendremos la comparecencia de la ministra, a la que añadiremos las peticiones de comparecencia que el Grupo Parlamentario Popular nos tiene que remitir.

Ahora vamos a constituir la subcomisión para veterinaria y no hace falta que estén presentes más que los ponentes de la comisión. Los demás quedan liberados.

Se levanta la sesión. Muchas gracias a todos.

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

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

cve: DSCD-15-CO-491