



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

Año 2026

XV LEGISLATURA

Núm. 539

Pág. 1

## JUVENTUD E INFANCIA

**PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.<sup>a</sup> PILAR VALLUGERA BALAÑA**

Sesión núm. 30

celebrada el miércoles 15 de abril de 2026

Página

### ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparecencias para informar sobre el objeto de la Subcomisión sobre el estudio de un pacto de Estado para la erradicación de la pobreza infantil (número de expediente 154/000008):

- Del señor Martín Torres, coordinador y jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago, catedrático de Pediatría de la Universidad de Santiago y coordinador del Centro Colaborador de la OMS en Seguridad Vacunal de Santiago de Compostela. Por acuerdo de la Comisión de Juventud e Infancia. (Número de expediente 219/000622) ..... 2
- Del señor Bodas Pinedo, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Por acuerdo de la Comisión de Juventud e Infancia. (Número de expediente 219/000623) ..... 12
- De la señora Codina Sampera, pediatra, responsable de la Unidad de Salud Medioambiental del Hospital Sant Joan de Déu, secretaria del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Catalana de Pediatría. Por acuerdo de la Comisión de Juventud e Infancia. (Número de expediente 219/000624) ..... 22

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 2

Se abre la sesión a la una y cuarenta y seis minutos de la tarde.

**CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS PARA INFORMAR SOBRE EL OBJETO DE LA SUBCOMISIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE UN PACTO DE ESTADO PARA LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA INFANTIL (número de expediente 154/000008):**

— **DEL SEÑOR MARTINÓN TORRES, COORDINADOR Y JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, CATEDRÁTICO DE PEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO Y COORDINADOR DEL CENTRO COLABORADOR DE LA OMS EN SEGURIDAD VACUNAL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE JUVENTUD E INFANCIA. (Número de expediente 219/000622).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Azorín Salar): Muy buenas tardes, señorías.

Se abre la sesión de la Comisión de Juventud e Infancia para tramitar el orden del día, consistente en la celebración de las siguientes tres comparencias para informar sobre el objeto de la Subcomisión sobre el estudio de un pacto de Estado para la erradicación de la pobreza infantil.

Antes de presentar al primer ponente, les recuerdo que él tendrá un tiempo de quince minutos en una intervención inicial; después, los portavoces y las portavoces de los distintos grupos parlamentarios tendrán cinco minutos, y, por último, el compareciente dispondrá de diez minutos para contestar a las cuestiones planteadas.

Don Federico Martínón Torres es coordinador y jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago, catedrático de Pediatría de la Universidad de Santiago y coordinador del Centro Colaborador de la OMS en Seguridad Vacunal de Santiago de Compostela. Le damos la bienvenida a esta comisión y tiene la palabra por un tiempo de quince minutos.

El señor **MARTINÓN TORRES** (coordinador y jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago, catedrático de Pediatría de la Universidad de Santiago y coordinador del Centro Colaborador de la OMS en Seguridad Vacunal de Santiago de Compostela): Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, buenos días y muchas gracias por darme la oportunidad de comparecer ante esta comisión con el objetivo de aportar mi visión sobre las posibles acciones que desde esta comisión se pueden realizar, acciones enfocadas al papel de las vacunas como una herramienta potente, transversal y equitativa que puede contribuir de forma prioritaria y eficiente a eliminar o paliar la pobreza infantil de nuestro país.

Soy Federico Martínón, pediatra e investigador clínico. Llevo más de veinte años trabajando en enfermedades infecciosas y vacunas, desde su desarrollo clínico a su implementación práctica y su evaluación. Y, además, soy gallego. Esos tres aspectos —la pediatría, las vacunas y Galicia— van a ser los tres ejes fundamentales sobre los que voy a sustentar mi intervención. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

No pretendo convencerles de la importancia de las vacunas. Se entiende que esta es una subcomisión parlamentaria sobre sanidad y todo el mundo es consciente de la apabullante evidencia científica que da soporte a las vacunas. Incluso como usuarios, como personas, somos conscientes, y solo tenemos que recordar hace pocos años lo que es el mundo a falta exclusivamente de una vacuna. Sin entrar en detalles, quiero que se queden con este número, los 154 millones de vidas que se estima que las vacunas más básicas —las que forman parte de los calendarios sistemáticos en todo el mundo, no solo en nuestro país— han salvado en los cincuenta últimos años, y la gran mayoría, prácticamente el 60%, gracias solo a una vacuna, la del sarampión. Quiero que se queden con este dato porque volveremos sobre ello.

Las vacunas, sin duda, tienen los efectos que todos conocen: más vida y más calidad de vida. Pero, además, cuando hablamos de pobreza, cuando hablamos de personas desfavorecidas, de personas en riesgo de pobreza, hemos de tener en cuenta que la incidencia de la mayoría de estas infecciones es mayor en estos grupos. Además, la posibilidad, el acceso a las vacunas de estos grupos, incluso cuando estas son gratuitas, es más difícil y las coberturas habitualmente más bajas. Este es un fenómeno global, un fenómeno que no es específico de nuestro país. Esto hace que el retorno estimado que la inversión en vacunas tiene de forma genérica —casi 44 euros por cada euro invertido—, cuando tenemos en cuenta no solo los costes directos, sino los costes indirectos evitados, sea todavía mayor cuantitativa y cualitativamente cuando consideramos específicamente la población en condiciones más desfavorecidas, las familias pobres o las familias en riesgo de pobreza.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 3

Podría poner múltiples ejemplos de enfermedades graves, pero hay que tener en cuenta que, incluso enfermedades que en contextos sanitarios como el español pueden ser más banales, como puede ser el ejemplo del rotavirus —la causa más frecuente de gastroenteritis aguda en los niños—, en otros sitios son graves. El rotavirus mata a un niño menor de 5 años cada cincuenta segundos en el mundo; en nuestro medio, gracias a la vacunación, como mucho produce una gastroenteritis aguda que condiciona una hospitalización. Sin embargo, ese simple hecho en una familia en riesgo de pobreza o pobre va a condicionar que esa familia vaya a tener absentismo laboral, va a condicionar que puedan o no puedan acudir al sistema sanitario y va a condicionar un daño adicional más allá del de salud, obvio, que es el efecto primario que queremos conseguir con la vacunación en este sujeto; es decir va a tener un efecto nocivo en esa familia que puede agravar el riesgo de pobreza o de situación de pobreza de esa misma familia.

Es cierto también que las vacunas son un tema que se ha convertido en vulgar, a pesar de que es un tema específico o técnico. La gente no opina sobre cuál es la mejor técnica en la transposición de grandes vasos o cuál debe ser la ruta a seguir en una intervención por laparoscopia, pero de las vacunas todo el mundo sabe, todo el mundo opina. Eso es normal, es libre; el problema surge cuando esas opiniones tienen un impacto ejecutivo. Esta es la portada de *The Lancet*, una de las cinco revistas más importantes del mundo, y vemos lo que ocurre cuando las opiniones tienen un impacto global. Por ejemplo, respecto a la situación en estos momentos de Estados Unidos en relación precisamente con la salud pública y las vacunas, se habla de que el daño hecho solo en un año en relación con la confianza vacunal y el esquema vacunal americano, hasta hace poco un ejemplo para el mundo, tardará generaciones en recuperarse.

En general, lo que sustenta estas ideas negativas sobre las vacunas son dos abordajes fundamentales. Uno, la conspiranoia pura y dura. Es decir, da igual la evidencia científica, es lo que yo digo, mi caso, mi experiencia. A veces, se disfrazan de argumentos más pseudocientíficos, como el ejemplo que pongo aquí, donde somos capaces incluso de hacer una correlación matemática y relacionar las mordeduras de tiburón con el consumo de helados, algo que no tiene sentido, pero que estas curvas, desde un punto de vista matemático, perfectamente reseñarían o darían pie a esta hipótesis. Por tanto, muchas veces es solo la asociación temporal o simplemente la coincidencia temporal de eventos lo que se utiliza para achacar a las vacunas efectos negativos o esos bulos que tanto daño hacen a la salud global de todos nosotros.

Podríamos pensar que España está fuera de ese riesgo o en una situación mejor. Pues estos son datos que les deben asustar. Los he extraído de la encuesta de percepción social de España en 2024. Son datos relativos a la percepción de los españoles —datos del año pasado— en relación con las vacunas y los fármacos. Hay un 24% de españoles que cree que el Gobierno oculta la relación entre la vacuna y el autismo; uno de cada cuatro españoles. Hay un 41,6% de españoles que cree que se crean virus para controlar las libertades de las personas. Es decir, estamos en un contexto que es peligroso y que puede llevarnos de algún modo a situaciones que otros países ya están viviendo.

Pero centremos las vacunas en el problema que nos ocupa, el de la pobreza. Esta comisión es consciente de que España, de una manera constante en los últimos años, ocupa un lugar muy negativo en el *ranking* de pobreza o de riesgo de pobreza en Europa, lo que motiva y da lugar a esta comisión. Las vacunas van a influir de forma positiva en prevenir el incremento de las personas pobres o en riesgo de pobreza, tanto de forma directa, obviamente, como comentaba en los ejemplos anteriores, como de forma indirecta. Estas personas pueden trabajar y los niños pueden ir al colegio; sus familias pueden trabajar, sus hijos no enferman y esto, de alguna manera, contribuye de una manera indirecta al retorno económico de ese hogar y de esa familia. Por tanto, el efecto positivo y eficiente que las vacunas pueden tener en el término general de la salud de las personas es todavía mayor en las personas pobres o en riesgo de pobreza. Ahora bien, España tiene un buen calendario vacunal y tenemos una buena cultura vacunal. Sin embargo, no se confundan, no estamos en una situación equitativa. Existe una desigualdad territorial en la composición de esos calendarios vacunales y también en la administración y aceptación de las vacunas. Yo no tengo datos públicos —seguro que los hay, pero no son accesibles— para un nivel más allá del autonómico, pero estoy seguro de que esas brechas —y trataré de demostrarlo— existen también a nivel subregional y municipal. El problema de estas desigualdades es que, en general, se acentúan en aquellas personas más desfavorecidas. No tenemos datos detallados, pero sí hay estudios nacionales que muestran cómo son las personas más desfavorecidas, de recursos más limitados, las que más enferman, las que menos acceso tienen a las vacunas y las que tienen coberturas más bajas, incluso de aquellas vacunas que son gratuitas a través de nuestro sistema sanitario. También es cierto que carecemos de un seguimiento y de datos públicos analizados, a pesar de que existen, para saber exactamente quién, dónde y qué *gaps* hay, incluso en aquellas zonas —podríamos decir— privilegiadas.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 4

Vuelvo a la situación y al ejemplo del sarampión. El sarampión es una enfermedad que muchos hemos olvidado gracias a las vacunas, pero es probablemente la enfermedad infecciosa más contagiosa. No creo que nadie dude aquí de la contagiosidad del COVID. La cepa original de Wuhan, en los términos más optimistas o exagerados, hablaba de una capacidad de reproducibilidad —una persona infectada contagia a tantas personas— de entre 2,5 y 3. Con el sarampión, sin vacuna, una sola persona infectaría a un promedio de quince a dieciocho personas. Digo esto para darnos una idea de la magnitud, de la capacidad infecciosa de esta enfermedad. Pero la percepción que tenemos gracias a las vacunas es que es una enfermedad banal, una enfermedad exantemática que produce unos granos. Nada más lejos de la realidad. No lo vemos en España, pero yo he trabajado con la OMS en países, incluso del contexto europeo, en el este de Europa, donde hay sarampión, y los niños se mueren, fundamentalmente los niños menores de cinco años, los que están en situaciones desfavorecidas o los de cualquier edad que no han recibido la vacuna o que están inmunodeprimidos. Y estamos hablando de cifras que al menos alcanzan a una de cada mil personas. Es cierto que España está en una situación buena y que, aunque hay un repunte global del sarampión, aparentemente en España, con el sistema sanitario que tenemos, con las vacunas de las que disponemos y las coberturas con las que contamos, no deberíamos —digamos— echarnos las manos a la cabeza, pero sí debemos preocuparnos. Mientras estamos diciendo esto, están muriendo niños, 145 —esta es una noticia de ayer— en Bangladesh—, por una enfermedad prevenible mediante vacunación; en México, treinta personas, y en Estados Unidos, en lo que va de año, ya han muerto dos niños, y mueren de una enfermedad antigua, de una enfermedad que es prevenible al cien por cien con dos dosis de vacuna contra el sarampión.

El problema es que España ha perdido también el estado de eliminación de sarampión, como ustedes sabrán. Es un cúmulo de factores, pero uno de los fundamentales es que hemos perdido el marcador de cobertura vacunal con dos dosis de sarampión por encima del 95%. Si vemos esto, podemos decir que es por un pequeño margen —un uno y pico o un 2%—, pero esto es mucho más complicado que lo que el número indica. Esta infravacunación es mucho más significativa en las personas más desfavorecidas; se crean subgrupos y bolsas de personas no vacunadas, donde es más probable que acontezcan los brotes y se restablezca la transmisión nacional de un virus que, como digo, incluso con altas tasas de vacunación, se transmite en este momento en nuestro país y va a afectar a los niños que se iban a vacunar igual, pero que por edad aún no lo pueden hacer —los menores de un año—, a los que tienen una pauta vacunal incompleta, a aquellos que son inmunodeprimidos o a aquellos en los que por cualquier motivo la vacuna ha fallado.

Cuando hacemos ese análisis de lo global a lo subregional, podemos ver que esta diferencia, este pequeño 1,33%, no es uniforme ni siquiera a nivel autonómico. Tenemos comunidades —Andalucía, Galicia— que están por encima de ese nivel, mientras que hay comunidades que están veintisiete puntos por debajo de ese nivel óptimo. Y esto es nuestro país, es España. Esto tiene un impacto y es esencial intervenir antes de que ese promedio consista en casos clínicos y en el restablecimiento, como digo, de la circulación de forma mantenida de esta infección, porque ya no va a distinguir entre aquellos que se vacunan de los que no, no va a distinguir entre comunidades de uno u otro color político, va simplemente a acabar con la vida de nuestros niños, con la vida de las personas inmunodeprimidas y, sobre todo, de las personas más vulnerables, aquellas con más dificultad de acceso al sistema sanitario o a las vacunas.

Pero volvamos a la pobreza. Incluso en la pobreza y en el riesgo de pobreza en nuestro país hay diferencias importantes. Y aquí vuelvo a sacar la gorra de gallego. De España, que ocupa el segundo peor puesto en riesgo de pobreza y exclusión social infantil, Galicia tiene una diferencia sustancial con la comunidad autónoma que es peor. Galicia tiene el nivel más bajo de toda España en índices de pobreza y exclusión social comparado con el otro extremo, que llega a un 45%, es decir, está incluso por encima de la media española, y, como digo, somos los segundos de Europa detrás de Bulgaria. Curiosamente, Galicia también es la comunidad de España con la menor mortalidad infantil. Es cierto que en España la mortalidad infantil es muy baja, pero la gallega es la mitad de la media nacional y, además, mucho más baja incluso que en extremos como Ceuta, donde hay siete puntos de diferencia. ¿Cuál puede ser el motivo? Evidentemente, la mortalidad infantil es el resultado de muchas cosas, por eso quería sacar el modelo gallego.

Galicia tiene el calendario vacunal más completo no de España, sino del mundo, y desde hace muchos años. Aparte de eso, tenemos la cobertura vacunal más alta de España. Siempre tenemos las coberturas, incluidas todas las vacunas comunes, en el puesto 1 o 2. Combinamos altas coberturas vacunales —más vacunas— y eso se traduce directa o indirectamente en una menor mortalidad, en una menor

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 5

pobreza. Por eso, creo que el modelo gallego —está aquí, se puede copiar, se puede a lo mejor adaptar directamente al conjunto nacional o a todas las comunidades— tiene muy buenas ideas que están funcionando, que están siendo copiadas en muchos otros sitios del mundo y quizás deberíamos tenerlo en cuenta en nuestro propio país.

El modelo pragmático gallego de salud pública en la toma de decisiones, en la adquisición de datos, en la publicación de los resultados, en la toma de decisiones centrada en la evidencia, es un modelo ahora mismo revolucionario que está teniendo un impacto muy significativo no solo en la salud de los gallegos —como acabo de mostrar—, sino en el conjunto de la salud pública internacional. Por eso, más allá de esta aplicación genérica, me gustaría proponerles una serie de medidas concretas que, de alguna manera, responden al contexto de lo que he venido hablando en estos momentos y que esta comisión podría asumir como propias.

La primera, un pacto de Estado de información y educación en vacunas. Creo que esto es fundamental. No podemos tratar el fenómeno antivacunas o las dudas vacunales una vez que surgen; necesitamos educar y preparar a nuestras generaciones para entender, saber y conocer el valor de las vacunas y tomar decisiones libres, pero bien informadas a la hora de vacunarse. Esto sería fundamental.

Por otro lado, necesitamos invertir más en vacunas. España no está mal en términos de calendarios vacunales, pero estamos lejos de la media europea, y hay que hacerlo no simplemente aportando recursos, sino con formas imaginativas. Galicia ha firmado el primer acuerdo en el mundo de adquisición de vacunas de riesgo compartido. Es la primera vez en el mundo que se hace. Nos ha permitido, de forma innovadora, introducir vacunas que, a lo mejor, de otro modo estarían fuera del alcance del presupuesto de la comunidad.

Por otro lado, y en la situación actual, necesitamos medidas inmediatas de actuación para detectar quién no está vacunado y por qué, dónde están esos subgrupos y bajar del nivel autonómico al nivel municipal y al nivel subregional. Es lo que la Organización Mundial de la Salud nos pide. Tenemos los datos, tenemos los medios, pero no lo estamos haciendo. Esta fotografía, al menos, no es pública ni accesible para los que trabajamos en este tema, y es relativamente sencillo y los mecanismos para hacerlo ya existen. Deberíamos trabajar por un calendario vacunal único, pero no de mínimos, que es lo que se pretende, sino de máximos, dando las herramientas y el marco para que cada comunidad que tiene esta autonomía transferida tome su decisión en tiempo y forma, pero teniendo en cuenta que lo mejor lo queremos para todos los españoles independientemente de su código postal.

Tenemos que acercar el sistema al ciudadano, especialmente a los más vulnerables, con lo cual deberíamos buscar una solución adaptada al ciudadano y no al revés. Deberíamos acceder incluso a los guetos, a los grupos más marginados y a aquellos que no tienen acceso a los centros de salud o que, cuando quieren hacerlo, no pueden por dificultades laborales o de conciliación de su trabajo. Voy terminando. Tenemos los datos, tenemos las fuentes y tenemos que poder —y esto está dentro de la propia ley de la AESAP— establecer marcadores que relacionen el nivel socioeconómico, el nivel de pobreza con la vacunación y que nos permitan establecer y detectar cuáles son los problemas.

Y, por último, tenemos que promover la investigación. El músculo fundamental del modelo de salud pragmático gallego es la capacidad que tiene para generar datos de calidad que son extrapolables y utilizables a su vez por otros países y que informan las decisiones prácticas. Les he adjuntado en mi ponencia dos documentos recientes, multidisciplinares y multisocietarios relacionados con el marco de la vacunación que pueden ser de utilidad: el documento de prevención en red y el documento de Alianza Mejor Prevenir.

Termino insistiendo en lo que era mi propuesta. Creo que la salud es la forma de atajar y minimizar el daño de la pobreza infantil, y creo que en nuestro país no deberíamos permitir que el código postal o la renta familiar condicionasen el acceso a las vacunas. Lo podemos hacer mejor y está en sus manos la capacidad de hacerlo de una forma directa, de impacto y rentable a través de las vacunas.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Azorín Salar): Muchísimas gracias, señor Martínón, por su comparecencia y sus aportaciones a la comisión.

Seguidamente, tienen la palabra los portavoces y los portavoces que han solicitado participar en la comparecencia.

En primer lugar, tiene la palabra, por el Grupo Plurinacional SUMAR, el señor Cofiño.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 6

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes, doctor Martinón Torres.

En primer lugar, bienvenido al Congreso, porque siempre es para nosotros un orgullo tener personas referentes de la sociedad civil aquí.

Gracias por la presentación, que creo que es infinitamente necesaria, no solamente por lo que supone para el contexto de la subcomisión de pobreza infantil, sino por el debate que enmarca.

Me gustaría hacer algunas reflexiones muy generales, que pueden servir a modo de pregunta, empezando por lo más global hasta avanzar a algunas cuestiones más concretas. Pido perdón al resto de compañeros y compañeras si me repito en algunas cosas que igual ya he dicho en otras comisiones anteriores.

En el año 2004, Karl Rove —que era un asesor de George Bush— trabajaba en la Casa Blanca y tenía un grupo de asesores técnicos con un perfil de evidencia científica a los que despidió. Los despidió a todos, y los despidió diciendo que él no quería personas que trabajaran con un modelo de *reality-based community*, sino que quería que trabajaran con un modelo de *faith-based community*. Es decir, no quería una sociedad que se basara en datos o ciencia, sino en fe. En 2004 esto nos parecía algo marciano, incluso a Estados Unidos le parecía algo marciano, pero actualmente —como muy bien ha presentado con los datos de Kennedy y *The Lancet*— no es tan marciano en un país como Estados Unidos, donde el sistema sanitario siempre ha sido malo, pero el sistema de salud pública siempre ha sido referente —como los CDC— en un montón de cuestiones. Karl Rove los echa, y la frase que dice exactamente es: Nosotros somos un imperio y podemos ser los que dictemos la realidad.

La primera petición sería en ese sentido: la importancia de la sociedad civil, la sociedad profesional, los colectivos profesionales o las sociedades científicas para aportar las bases para mantener evidencias científicas en nuestra sociedad. Ahora mismo hay una pugna política importante: hay una infiltración significativa de fuerzas reaccionarias en este Congreso que apoyan —algunas de ellas claramente— políticas reaccionarias de Estados Unidos o de otros países donde hay un negacionismo evidente hacia la ciencia. Estamos ante un conflicto en el sentido de que parece que no importa tanto lo que se diga, sino quién lo diga. Y esto es muy importante. Lógicamente, no importa de dónde viene lo que se diga, sino el contenido científico. Ahí mi petición, por tanto, sería que las sociedades científicas profesionales tuvieran un gran papel.

La otra reflexión —que sería una pregunta más expresa— sería la importancia de la formación en determinantes sociales a los profesionales sanitarios. Yo vengo de haber trabajado más de veinte años en salud pública, y no habíamos oído hablar de determinantes sociales nunca. Conocíamos la parte neurológica de Birchhoff, pero no conocíamos, por ejemplo, su trabajo en salud pública. ¿Qué importancia cree que tiene esto en nuestras formaciones, concretamente en algunas formaciones que son más generalistas y en las que la salud pública y los determinantes sociales deben tener un papel clave, como muchas de las intervenciones que vamos a ver hoy relacionadas con la pediatría, donde esa visión global de determinantes tiene que estar clara?

Por último, y más concretamente relacionado con lo que planteaba de vacunas y con los modelos de coberturas, nosotros, en Asturias —yo vengo de Asturias—, en salud pública siempre teníamos una extrema preocupación por la evaluación con una perspectiva de equidad. Es decir, a veces, evaluábamos un programa determinado de salud pública y teníamos resultados muy buenos, pero cuando luego poníamos la lente de equidad para evaluar en términos de edad, en términos de género, en términos de nivel socioeconómico, de renta, de nivel educativo o de clase social las cosas empezaban a pitar. Había programas que tenían coberturas altísimas, pero, por renta, lo que veíamos era el grado intersocial de Marmot. Mencionaba que los programas de vacunas tienen amplia mejora de evaluación en ese sentido. ¿Esto también sería un tema incorporable para favorecer la evaluación de los programas de vacunas?

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Azorín Salar): Muchísimas gracias, señor Cofiño.

A continuación, por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra la señora Armario.

Cuando quiera.

La señora **ARMARIO GONZÁLEZ**: Muchísimas gracias.

Bienvenido, señor Martinón.

Ha sido una exposición escueta, pero en la que ha resumido bastante bien el tema de las vacunas. Como sabrá, la OMS ha retirado de España ese estatus de país libre de sarampión. Usted comentaba antes que es una enfermedad muy infecciosa y que se había erradicado hace diez años, pero volvemos otra vez a un repunte.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 7

Según la Coordinadora de Alertas y Emergencias Sanitarias de Sanidad, España necesita conseguir esas coberturas más altas de vacunación. Dice también que hay que superar ese 95 % que usted comentaba, pero en las dos dosis, no solo en la primera. La vacuna del sarampión, más conocida como la triple vírica, protege también contra la rubeola y la parotiditis. A partir de 2024, el sarampión no ha dejado de incrementarse. En España hubo 14 casos en 2023; en 2024, 227; en 2025, 397. Y quisiera hablarle también sobre la cobertura vacunal. Según el doctor Moraga-Llop, se han registrado las siguientes coberturas vacunales: en 2023, en la segunda dosis, era del 94 %; en 2024 desciende al 91 %, y, además, hay ocho comunidades autónomas por debajo de ese 90 %. El sarampión también es una enfermedad, como decía, muy contagiosa y es necesario que exista una cobertura al menos de ese 95 % que usted comentaba.

¿A qué cree usted que se debe esta caída de la cobertura de la vacuna y por qué, de nuevo, esta enfermedad empieza a aflorar tras décadas anteriores en las que se había paralizado? Según la jefa de Pediatría del Hospital Trias i Pujol, hay una relajación por parte de las familias, y apunta también a casos importados —que usted también comentaba antes—, ya que hay casos que vienen de otros países y existen bolsas de población que no están inmunizadas. El Ministerio de Sanidad, como usted sabe, ha actualizado este plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubeola. Le pregunto si cree usted que este plan dará suficiente cobertura a la población para que España pueda volver a estar libre de esta enfermedad.

Otro asunto que también preocupa mucho a las familias españolas es la falta de pediatras. Este profesional sanitario es fundamental para informar a las familias sobre el calendario de vacunación y que este se cumpla. En 2026, la falta de pediatras en atención primaria es muy crítica, porque casi dos millones de niños en España no tienen pediatra asignado y casi 600 000 están sin médicos, ni siquiera de atención primaria, médicos de familia. Existe una cobertura que es insuficiente. Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra son las que más lo sufren. También tenemos profesionales sanitarios que prefieren trabajar en hospitales y dejan esa atención primaria con vacantes. Hay falta también de nuevos profesionales, y las consecuencias de esta situación las sufren al final todos los españoles y los más pequeños. La situación de los pediatras en España, como le comentaba, es crítica. Faltan recursos humanos a nivel nacional, a los que la señora ministra no da solución. Tenemos condiciones de los puestos de trabajo, de las plazas, que no son atractivas para el profesional sanitario. Los sueldos no compensan esas horas extras y hay turnos continuados. Es decir, la pediatría en España está pasando una crisis, y con ella sufren los médicos, sufren los profesionales en general y los pequeños. Como profesional, ¿podría indicarnos cómo podrían hacerse más atractivas estas plazas de atención primaria, en concreto la de pediatría, que, como usted también sabe, en el mundo rural son más escasas y lo sufren también las familias que viven en él? El Estado tiene la obligación legal de respetar, de proteger y de garantizar los derechos de los menores aplicando el principio de no discriminación. Por eso, en España tenemos claro que no se está cumpliendo. Bajo su criterio profesional, ¿diría que en España existe un colapso médico, un colapso en el servicio público sanitario? ¿Y cree usted que, si no existiese el sistema privado —que algunos diputados aquí presentes siempre lo están atacando—, si se erradicase, notarían los españoles todavía más colapso en el sistema sanitario?

Y, por último, el Grupo Parlamentario VOX quería hacerle conocedor de que, desde el principio, estamos hablando de la desigualdad que existe entre las comunidades autónomas y de que, por mucho que se haga un pacto de Estado para que se erradiquen ciertas enfermedades, nos vamos a encontrar con el freno de las comunidades autónomas. Cada comunidad autónoma, según sus presupuestos, invierte en sanidad, invierte en profesionales, invierte en investigación, en centros sanitarios, por lo que siempre nos vamos a encontrar con el freno de que las competencias en materia de sanidad las tienen las comunidades autónomas.

También quiero decirle que me ha llamado la atención que sea la ciudad autónoma de Ceuta, que depende directamente del Estado y, por lo tanto, del Ministerio de Sanidad, la que menos cumple ese calendario de vacunación, con lo cual tenemos ahí una radiografía de que el sistema sanitario nacional va hacia el colapso y no podemos estar orgullosos como españoles de él.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Azorín Salar): Muchas gracias, señora Armario.

A continuació, pel Grup Parlamentari Socialista, té la paraula el senyor Almirón.

Quan vulgui.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 8

El señor **ALMIRÓN RUIZ**: Gracias, doctor, por su intervención.

Creo que hay una idea que merece ser rescatada, y es que ni el código postal ni la renta familiar deberían condicionar el acceso a la salud y a la prevención. Por eso, precisamente, hacen falta Gobiernos autonómicos realmente comprometidos con una sanidad pública de calidad, fuerte y verdaderamente universal, porque la universalidad no se garantiza solo en la norma o en la cartera de servicios, se garantiza cuando todas las familias, vivan donde vivan, puedan acceder de verdad a la prevención, al seguimiento y a la atención en igualdad de condiciones. Si existen modelos o experiencias territoriales que arrojan buenos resultados, lo razonable no es solo ponerlos en valor —como seguramente harán en la siguiente intervención los miembros del Partido Popular—, sino preguntarse por qué esas buenas prácticas no se están extendiendo con la misma convicción al conjunto de las comunidades autónomas, especialmente a las que ellos presiden.

También me gustaría preguntarle qué medidas deberían priorizarse en un pacto de Estado para reducir las desigualdades territoriales en salud infantil, teniendo en cuenta que no todos los niños y las niñas parten del mismo punto según el territorio en el que viven. Usted ha dicho que el modelo gallego tiene algunas virtudes. No sé si podría precisar alguna de ellas para que se puedan extender a las demás autonomías.

Asimismo, le pediría que nos orientara sobre los indicadores concretos que deberían incorporarse en este pacto para medir con rigor el impacto de la pobreza en la salud infantil y poder evaluar si las políticas públicas están funcionando.

Y, por último, en un ámbito tan sensible como la salud pública, nos gustaría saber qué estándares de transparencia considera imprescindibles cuando se formulan recomendaciones técnicas o sanitarias con impacto en las decisiones públicas. Usted hablaba de que hay una desconfianza aparente en la ciudadanía en relación con las vacunas. ¿Cómo podríamos mejorar esa transparencia? Usted también indicaba que habría que formar más a las familias. ¿Cómo podríamos implementar eso en el pacto de Estado?

Sorprenden las intervenciones que hace el Grupo VOX cuando uno de sus máximos aliados, el señor Trump, tiene un ministro de Sanidad que es negacionista de las vacunas. Es hipocresía pura la que tienen ustedes.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Azorín Salar): Muchas gracias, señor Almirón.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, tiene la palabra la señora Abades. Adelante.

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

Bienvenido, doctor Martinón.

Gracias por acompañarnos y por las aportaciones que ha trasladado a esta comisión.

Su trayectoria como pediatra, investigador y referente nacional e internacional es un activo extraordinario para entender cómo las políticas de salud pública pueden reducir desigualdades en los primeros años de vida. La pobreza no solo es una cuestión de ingresos, es también una cuestión de salud, y en la medida en que consigamos mejorar la salud infantil reduciremos la pobreza infantil. Por eso, la presencia de pediatras hoy en esta comisión es tan valiosa. Son los que detectan antes que nadie señales de vulnerabilidad. Su mirada clínica permite identificar riesgos que no siempre aparecen en las estadísticas, pero que determinan el futuro de miles de niños. Invertir en infancia —nos lo dicen los organismos internacionales— es la política pública más rentable a largo plazo.

Me voy a detener en tres medidas que me parecen importante; algunas las ha mencionado en su intervención. La primera es la importancia de la prevención y la atención temprana. La evidencia científica muestra que intervenir pronto, especialmente en los primeros días de vida, tiene un impacto enorme en el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños. Esto incluye cribados, revisiones periódicas pediátricas y un acceso real a especialistas cuando es necesario.

La segunda es la necesidad de reforzar la vacunación infantil. Usted es un experto en vacunas. La vacunación es una herramienta de equidad. Por eso es importante aumentar las coberturas vacunales. En la actualidad aparecen nuevas enfermedades y surgen otras que estaban erradicadas en España, como, por ejemplo, el sarampión. Para las familias en situación de vulnerabilidad, cualquier enfermedad supone un riesgo mayor y un coste más difícil de asumir, y muchas de estas enfermedades son prevenibles.

La tercera es la coordinación entre los servicios sociales, sanitarios y educativos, porque la pobreza infantil es multidimensional y la respuesta también debe serlo. Los pediatras son en muchos casos el primer

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 9

punto de contacto con la realidad de estas familias, y su visión sobre cómo mejorar esa coordinación es fundamental para que ningún niño quede fuera del sistema por falta de acompañamiento o de información.

En este ámbito, España cuenta con ejemplos que demuestran que avanzar es posible. Galicia —lo ha dicho usted— ha desarrollado el calendario vacunal infantil más completo del mundo, incorporando de manera sistemática vacunas que en otros territorios han tardado más en incluir. Este esfuerzo sostenido ha permitido alcanzar coberturas altas y homogéneas, reduciendo desigualdades y protegiendo especialmente a quienes más lo necesitan. Galicia presenta niveles de cobertura superiores a la media estatal: en la población infantil, la inmunización alcanza el 97% en los menores con pautas completas y dosis de refuerzo. Destaco un dato que usted ha mencionado y que a mí me parece tremendamente significativo: según el Instituto Nacional de Estadística, Galicia tiene la menor tasa de mortalidad infantil de España. Tengo aquí los datos desagregados por comunidades autónomas —por si alguien quiere verlos— desde el año 1975 hasta 2004. En el año 2004, España tenía una tasa de mortalidad infantil de 3,04 y Galicia de 1,5, y si hablamos del año 1991, cuando se transfirió la sanidad a la comunidad autónoma gallega, Galicia estaba por encima de la media nacional. Hoy está muy por debajo y no hay ninguna comunidad autónoma que se le acerque. Esto fue un empeño de Alberto Núñez Feijóo cuando fue presidente de la Xunta de Galicia. Hoy el presidente Rueda sigue ampliando el calendario vacunal: esta semana ha anunciado que va a adelantar la dosis de refuerzo frente al sarampión de los 3 a los 2 años, y sigue ampliando también los cribados. Con estas medidas, podemos apreciar que existe una interrelación evidente entre la salud y la pobreza infantil, porque Galicia es hoy la comunidad autónoma con la tasa de pobreza infantil más baja de España. No es una casualidad que un territorio que ha apostado de manera decidida por la prevención, por la salud pública y por las políticas de equidad muestre mejores resultados en bienestar infantil. Es una evidencia que las políticas bien diseñadas, sostenidas en el tiempo y con base científica funcionan.

Doctor Martínón, su conocimiento puede ayudarnos a orientar políticas públicas. Por ello le pregunto qué medidas preventivas en salud infantil tienen mayor impacto en reducir desigualdades desde los primeros años de vida y por qué se afirma que las vacunas son el medicamento del futuro.

Termino ya, presidente. En el Grupo Popular creemos que la prevención es una herramienta esencial para reducir desigualdades en salud. En la infancia, prevenir significa reducir riesgos antes de que aparezcan problemas de salud, evitando que se agraven en situaciones de vulnerabilidad; disminuir la carga económica y emocional que una enfermedad puede suponer para familias con menos recursos, y garantizar un desarrollo más saludable, especialmente en los primeros años de vida, cuando las intervenciones tempranas tienen un impacto más duradero. En contextos de pobreza infantil, la prevención adquiere aún más relevancia. Por eso, medidas como la vacunación, los cribados, los controles de desarrollo y la educación sanitaria actúan como un mecanismo de equidad.

Finalizo agradeciéndole al doctor Martínón su presencia y su contribución a este debate. Enhorabuena por el gran trabajo que está llevando a cabo en el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago y por su labor como asesor a nivel nacional e internacional. Le agradezco su tiempo y que comparta con nosotros su conocimiento y experiencia.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Azorín Salar): Muchísimas gracias, señora Abades.

Gracias a todas las portavoces y a todos los portavoces por sus aportaciones.

A continuación, contesta el señor Martínón Torres a las cuestiones planteadas, por un tiempo de diez minutos.

El señor **MARTÍNÓN TORRES** (coordinador y jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago, catedrático de Pediatría de la Universidad de Santiago y coordinador del Centro Colaborador de la OMS en Seguridad Vacunal de Santiago de Compostela):

Muchísimas gracias a todos por las palabras de bienvenida y las interesantes cuestiones planteadas, que trataré de responder en la medida de lo posible. Pido disculpas si olvido u omito alguna de ellas, aunque he tratado de tomar nota de todas.

En primer lugar, señor Cofiño, gracias por sus palabras. Comparto que es esencial que las decisiones que se toman en cualquier aspecto sanitario, pero de forma muy específica en vacunas y en salud pública, tienen que estar guiadas por la evidencia científica; eso es lo que las tiene que sustentar, da igual el color o la condición de las personas que circunstancialmente estén gobernando en esa región o en ese país. La salud pública y la salud es lo que todos queremos, independientemente de cualquier otra connotación, y

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 10

en este momento, más que decisiones políticas, muchas veces son decisiones de personas que no tienen la formación adecuada. En este momento, el sentimiento de dudas sobre las vacunas o el descenso de las coberturas vacunales es un fenómeno global que no obedece a colores. Tenemos ahora el llamativo efecto de Estados Unidos con la Administración Kennedy, pero las coberturas más bajas, por ejemplo, están en todo el este de Europa, en nuestro contexto, en el que yo trabajo con la OMS. Es decir, tenemos panoramas preocupantes en todas las latitudes y en todas las condiciones políticas posibles. Lo único que hay de común en los países en los que va mal es la falta de conocimiento y de formación en las personas que están tomando esas decisiones o la utilización de su figura de poder para tomar decisiones para las que no están capacitadas desde un punto de vista formal o para las que no están asesoradas adecuadamente. Por tanto, al final, las consecuencias, independientemente de donde sean, son negativas porque se traducen en menos gente vacunada, más gente pobre, más gente enferma y más gente en condiciones de riesgo de pobreza.

Voy a explicar la que creo que es la única manera de combatir esto, y es algo que he repetido en todos los foros en los que he estado, incluida la OMS. Se invierte muchísimo dinero en todos los países, en todas las Administraciones en tratar de lo que podemos hacer para mejorar esta situación. No se trata tanto de incluir nuevas vacunas, sino de que las vacunas que utilizamos lleguen y no se creen espacios o *gaps* de no vacunación, etcétera. Creo que la única manera y la forma más rentable es —como decía en una de mis propuestas específicamente— un pacto de Estado por la información y la educación, en el que puedo profundizar más: todos los niños deben tener un itinerario formativo, desde preescolar hasta la adolescencia, y que se incluyan los aspectos generales de la inmunización, del valor de las vacunas, como hemos hecho con la sostenibilidad del planeta, con la ecología, con la inclusión o con otros muchos valores que hoy son normales y consustanciales a nuestros hijos. Esa es la única manera de hacerlo. Son nuestros hijos los que educarán a sus padres, y es la única manera realmente de que cuando llegue el momento puedan tomar la decisión libre, pero que sea la correcta, en relación en este caso con la vacunación. Por tanto, creo que esa es la inversión más rentable.

En cuanto a los datos, los *gaps* subregionales existen, las fuentes para analizar esos datos existen. Creo que debemos ser —y esto lo tocaron varias de sus señorías— mucho más estrictos en el análisis de esta fotografía. Es decir, podemos quedarnos en el 97,3% de las personas que están vacunadas de sarampión y centrarnos en ese otro 3%, y podemos asumir que el 3% de las personas que no se vacunan es porque son antivacunas, porque son muy pobres o porque son inmigrantes. Bueno, pues hagamos la fotografía de precisión de exactamente quién, por qué, en qué comunidad y con qué distribución, porque es la única manera de solucionarlo. La solución —y de ello existen incluso protocolos de la Organización Mundial de la Salud— puede ser adaptarse y ajustarse a las necesidades específicas de cada contexto. Hay un ejemplo clásico paradigmático de unos brotes de enfermedades infecciosas en un barrio de Londres en el que se asumía que eran de antivacunas. Cuando se hizo un análisis pormenorizado, se descubrió que la única razón era que los centros de salud correspondían a una comunidad inmigrante, pero dichos centros abrían solo en horario de mañana. Esas personas trabajaban y no podían llevar a sus niños a los centros de salud. No había seguimiento. Por tanto, no es que fueran antivacunas, como se había asumido, sino simplemente tenían unas barreras fácilmente solucionables; a partir de ahí, se solucionó el brote y se solucionó el *gap* de cobertura. Lo que quiero decir es que no debemos asumir que el escenario más probable tenga que ser el que ustedes mismos han ido comentando.

En relación con las interpelaciones que me hacía desde VOX la señora Armario, para una soy el experto ideal para contestarla y para otra podría darle mi opinión, pero no creo que sea ni el lugar ni el momento para hacerlo.

Respecto al sarampión, soy miembro del Comité Nacional de Verificación para la Eliminación del Sarampión y la Rubeola, con lo cual vengo siguiendo el problema en primera línea desde hace muchos años a nivel nacional. El problema del Comité Nacional de Verificación para la Eliminación del Sarampión es que podemos decir lo que queramos, pero si después las comunidades no siguen nuestras recomendaciones, da igual lo que nosotros hayamos dicho. Es decir, lo que está pasando ahora no es algo que no supiésemos que podía llegar a pasar —si no era este año sería el siguiente— porque es una tendencia global. No nos consuela ver que realmente está pasando en otros países de este entorno, y de nuevo las soluciones son las mismas que comenté a lo largo de mi intervención: información, educación, captación activa de aquellas personas que no se están vacunando por el motivo que sea, identificación de por qué esas personas no se están vacunando y qué podemos hacer para que esto no vuelva a acontecer.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 11

Es triste que, en vez de pelear contra las amenazas que todavía tenemos sin resolver o las futuras a incorporar nuevas vacunas, estemos hablando de una enfermedad casi histórica. Yo pensaba que a mis alumnos de pediatría nunca más les iba a dar la enfermedad de sarampión, porque uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud era la erradicación del sarampión en el año 2020, y estamos en una reemergencia global. Con lo cual, no hay una solución perfecta, pero, vuelvo a decir, es importante hacer una fotografía de precisión —tenemos los medios—, saber realmente qué es lo que pasa —por qué ese 3% no se vacuna— y recordar que, independientemente de nuestras percepciones, al final todos vamos a ser víctimas. Es cierto que la mayoría de los casos que observamos son casos importados, son personas que vienen de sus países y no están correctamente vacunadas o ya vienen infectadas, pero es suficiente con un número muy bajo de personas no vacunadas —ya lo hemos visto— para que vuelva a circular, y a partir de ese momento, todos estamos en riesgo, incluso los que estamos correctamente vacunados o los que queremos vacunar a nuestros hijos, pero todavía no han alcanzado la edad mínima para ser correctamente vacunados. Por tanto, cualquier caso de enfermedad que es evitable por vacunación es en realidad un fracaso del sistema sanitario público y de la salud pública. La salud pública somos todos, desde los expertos hasta sus señorías, hasta los padres, es decir, no es una responsabilidad única, sino que tenemos que abordarlo todos.

En cuanto a la pediatría, lo único que le puedo decir es que los pediatras son maravillosos y que parte del éxito de la sanidad española está en que los niños son atendidos por pediatras, y debemos trabajar en mantener ese modelo. Si eso implica o no reorganización —que también, probablemente— de cómo se dispensa la atención pediátrica y cosas más profundas que escapan a mi experiencia y de las que solo puedo dar mi opinión, no me atrevo a decirlo, pero lo que sí creo es que el modelo español de los niños atendidos por los pediatras es lo que hace que España en su conjunto tenga una de las tasas de mortalidad infantil más bajas del mundo y una de las tasas de coberturas —hablando generalmente— más altas de todo el contexto europeo, con lo cual deberíamos protegerlo y trabajar para que siga siendo así.

El señor Almirón me hacía preguntas también sobre qué priorizar. Aprovecho para decirles —yo no sé si les ha llegado ya— que he hecho un resumen de los datos fundamentales en los que se sustenta mi intervención para que pueda ser de su utilidad o puedan profundizar en ellos. En él detallo no solo las medidas que mencioné sucintamente, sino también los marcadores específicos para cada una de las medidas a la hora de medirlas, para no extenderme en el tiempo que tengo ahora. Hay muchos de esos marcadores estándar internacionales —yo no he inventado nada— que se pueden aplicar de una manera sencilla y que, además, con la cantidad y calidad de datos que tenemos en España, no serían difíciles de obtener. La realidad, al final, es que tenemos muy buena información, muy buenos datos, pero están fragmentados y no son fácilmente accesibles —ya no digo transparentes, sino no fácilmente accesibles—, incluso para los que los utilizamos. De hecho, mi presentación está hecha con coberturas vacunales del año 2024, que son los datos —en un país donde tenemos todo registrado electrónicamente— a los que yo puedo acceder. Puedo ir comunidad por comunidad, pero los datos de cobertura vacunal son del año 2024. Realmente, me consta que esos datos existen, que están, pero es difícil hacer análisis más pormenorizados. Por eso creo que tenemos oportunidades, y una de mis medidas, en relación con las fuentes que tenemos y los grandes profesionales que tenemos, era específicamente tratar de sacar el máximo rendimiento de los datos que están disponibles para todos y que se están generando cada día solo a través de los registros electrónicos.

Ya dije en un principio que tengo el sesgo como gallego, porque llevo muchos años allí viendo los resultados, que son de múltiples aspectos, y hay muchos factores que influyen en ese éxito desde el punto de vista de salud pública. A lo mejor no se puede trasplantar todo lo que se hace en Galicia a otra comunidad y ya está. Algunas de esas medidas son más sencillas, otras dependen de presupuesto, pero lo que está claro es que tiene que haber una vocación de invertir en la salud de las personas, y para eso en Galicia hemos tenido la suerte durante muchos años de que existiera esa vocación y de que, más allá de plazos, se invirtiese en la salud de los gallegos —ya no entro en ninguna connotación política—, que se fuesen incrementando progresivamente el calendario vacunal y los recursos disponibles para ello, y no solo las vacunas, sino las medidas para que esas vacunas se implementen. Eso ha dado resultados —la propia señoría Abades lo comentaba y yo mismo lo he hecho en mi intervención— que no podemos relacionar inequívoca y direccionalmente de forma única con la vacunación, pero, desde luego, la vacunación y las altas coberturas vacunales contribuyen. Yo creo que está todo inventado.

Agradezco la intervención de la señoría Abades, y en cuanto a sus dos preguntas sobre qué medida puede tener más impacto, le diré que sin duda la vacunación. No tengo ninguna duda, la vacunación es la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 12

inversión más rentable de salud global. ¿Por qué son las medicinas del futuro? Porque estamos descubriendo que las vacunas que ya utilizamos tienen efectos adicionales, lo que llamamos propiedades heterólogas. Es decir, la gente no sabe que cuando se vacuna de sarampión no solo se está vacunando de sarampión, sino que, después de padecer un sarampión, a lo mejor supera ese sarampión y se muere un mes después, tres meses después o dos años después —pobrecito— de un catarro. Pues sabemos que el sarampión induce una amnesia inmune que podemos prevenir mediante la vacunación y, por tanto, no son los casos directos. Así nos está ocurriendo con muchas vacunas que veremos que tienen unos beneficios expandidos. Lo estamos viendo ahora con la vacuna del zóster que se está poniendo en nuestro país. Hay datos epidemiológicos que sugieren que puede reducir la demencia, que es una de las grandes pandemias silentes de nuestro tiempo. Es decir, las vacunas son todavía mejores de lo que imaginábamos. Pero además se está trabajando en desarrollo de vacunas no solo preventivas, sino terapéuticas, con lo cual, uno de los problemas que vamos a tener que abordar es cómo acometer la disponibilidad de todas esas vacunas para el conjunto de la población, tanto las preventivas como las terapéuticas, porque sin duda todo el mundo prefiere evitar la enfermedad a que la traten lo más ágil y mejor posible, que también es importante.

Creo que he consumido mi tiempo. Espero haber contestado a todas sus preguntas.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Azorín Salar): Muchas gracias, doctor Martín Torres, por su aportación y por enriquecer a esta comisión.

Hacemos un receso de un par de minutos y continuamos con el siguiente compareciente. **(Pausa)**.

— **DEL SEÑOR BODAS PINEDO, JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE JUVENTUD E INFANCIA. (Número de expediente 219/000623).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Azorín Salar): Señorías, reanudamos la sesión.

Damos la bienvenida a don Andrés Bodas Pinedo, que es jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, quien también va a tener una primera intervención de quince minutos. Después, sus señorías le plantearán las distintas cuestiones que seguro serán del interés de todas y todos los aquí presentes.

Cuando usted quiera. Bienvenido a nuestra comisión, que es la suya.

El señor **BODAS PINEDO** (jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid): Muchas gracias por la invitación al Congreso para hablar sobre salud infantil y pobreza. Para mí es un honor estar aquí y poder asistir a esta sesión. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**.

Como digo, voy a hablar de pobreza y salud infantil. Cuando uno empieza a pensar y a preparar el tema, rápidamente se lee artículos de la literatura médica, y lo primero que llama la atención es que los niños de familias con bajo nivel socioeconómico tienen peor salud física y mental, tienen más morbilidad y mayores tasas de hospitalización comparados con niños de familias más favorecidas. Sobre esta base es sobre lo que voy a hablar ahora aquí.

¿En qué nos vamos a centrar? Nos vamos a centrar en la crisis del año 2008, ya que hay literatura abundante sobre lo que pasaba en este tema en años previos y lo que ha pasado en años posteriores. Desde el punto de vista social, se vio que previamente a esta crisis el desempleo general era de un 8,7%, mientras que en el año 2013 era de un 25,6%. Fue un desempleo que afectó con un grado muy intenso a personas menores de 25 años, en las cuales la tasa de paro era del 19,6% en el año 2005, y en el año 2013, del 55,5%. ¿Qué es lo que ocurría? Que los niños que vivían en familias cuyos padres estaban desempleados aumentaron también con un porcentaje proporcionalmente muy alto: en 2005 era el 5,6%, y en 2013, el 13,8%. Los niños bajo el umbral de pobreza aumentaron en esta época aproximadamente entre un 15 y un 20%, y no solamente eso, sino que también en diversos estudios se observó que estaban mucho más afectados los niños que vivían en familias cuyo nivel socioeconómico era menor que los niños de familias con un nivel socioeconómico mayor. Todo esto ocurrió en España.

¿Qué pasaba en España respecto a otros factores que afectan a la salud? En un estudio realizado en España con 65 000 familias —afectaba más o menos a 180 000 personas— se vio la evolución de determinantes de salud en este periodo de tiempo. Se observó, entre los años 2005 y 2013, un aumento exponencial de familias vulnerables que buscaban ayuda para cubrir necesidades alimentarias básicas.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 13

Respecto a la percepción de la pobreza que tenía la población, en el año 2005 se vio que un 11 % pensaba que vivía en un estado de pobreza y que en 2013 era un 6,8 %. Estadísticamente no hay diferencia, pero no se vio que aumentara esta percepción. Lo que sí se observó es que la salud mental de los niños era peor transcurrido este tiempo en las familias cuyos padres estaban desempleados. Es muy importante hablar de población vulnerable por los cambios que se produjeron en este tipo de población. Cuando hablamos de salud, salud mental y hábitos de salud, se observaron peores resultados en los niños de familias más desfavorecidas. En concreto, reportaban mala salud en este grupo de población el 22 % de los niños y el 22,9 % de las niñas frente al 6 % de los niños y el 6,9 % de las niñas en la población general. Es decir, los niños en situación vulnerable enfermaban más que los niños que no estaban en una situación vulnerable. Se hicieron también estudios de acceso y uso del sistema de salud, y se observó que en muchos casos este acceso no era reportado por las familias por el temor de estas a que se descubriera su situación administrativa irregular.

¿Qué pasó en Europa? Se observaron también estos determinantes sociales de salud y cómo variaban, y se observó que la probabilidad en estos años —entre 2005 y 2013— de que los niños fueran pobres era significativamente menor en aquellos países que tenían gastos en protección social más elevados. No solamente esto, sino que se observó también que las prestaciones en especie fueron más eficaces para reducir la pobreza infantil que las prestaciones en efectivo. Sin embargo, esta era una tendencia que iba disminuyendo a lo largo del tiempo. En España y Portugal se observó que las transferencias económicas realizadas redujeron la pobreza y la exclusión social en un 7,4 %. No es una cifra desdeñable, pero es una cifra baja. **(La señora presidenta ocupa la Presidencia).**

¿Qué se observó en otros países? Por ejemplo, en Grecia se vio que la tasa de niños pretérmino y de bajo peso al nacer se incrementó durante el periodo de tiempo anterior respecto al posterior a esta crisis de 2008. En Islandia pasó lo mismo con los niños pequeños para la edad gestacional. En Irlanda se observó un incremento de asma y atopia. Respecto al uso de servicios de salud y preventivos, en un estudio realizado en 32 países europeos se vio que el tiempo de espera de los pacientes para acceder al sistema de salud era mayor —aumentaba—, que la percepción de los propios profesionales sobre el sistema de salud era peor y que, además, había un peor acceso a estos servicios de salud en niños con problemas de discapacidad. En un estudio realizado en Escocia se vio una disminución de los profesionales dedicados al trabajo social, de la población que quería hacer voluntariado y de profesiones afines en general a la medicina. Hacía especial hincapié en la mayor dificultad que tenían ciertos grupos de pacientes pediátricos —como, por ejemplo, los niños con trastorno de espectro autista— en acceder al servicio de salud. En Italia observaron que una reducción anual del 1 % del gasto público en salud suponía una reducción del 0,5 % en la cobertura de vacunaciones, sobre todo de la triple vírica: sarampión, rubeola y parotiditis.

En estudios realizados en España, por ejemplo, en Cataluña, entre el año 2014 y 2017, en niños menores de 15 años —que aproximadamente eran 1,5 millones del total de pacientes estudiados—, se intentó estudiar cómo afectaba la pobreza a ciertas enfermedades y cómo la desigualdad socioeconómica hacía que dichas enfermedades fueran más o menos frecuentes. Se observó que en familias socialmente desfavorecidas se producía más tuberculosis, más obesidad, más trastornos de ansiedad y adaptación, más hipertensión, más bajo peso al nacer y más crecimiento intrauterino retardado. En el polo contrario, se vio que la alergia alimentaria se diagnosticaba más en familias más favorecidas socioeconómicamente. ¿Por qué? Porque parece que los padres estaban más atentos a los problemas alimentarios y hacían pruebas alérgicas más frecuentemente.

En cuanto al número de visitas al médico, hospitalizaciones, etcétera, en un estudio también realizado en Cataluña en el año 2015 —un estudio transversal que incorporaba 7,5 millones de personas, de las cuales he sacado nada más que los datos de los niños menores de 15 años—, se comparaba lo que ocurría cuando el nivel socioeconómico era más bajo o más alto. Se vio que, comparando estos dos niveles socioeconómicos, los niños que pertenecían a un nivel socioeconómico más bajo tenían más morbilidad, y más las niñas que los niños: 4 veces más las niñas respecto a 2,8 veces los niños. En cuanto a las visitas a atención primaria —su pediatra de atención primaria—, también las niñas tenían más visitas que los niños y, por supuesto, más que la población general, que era como de 7,8 veces versus 4,2 veces en población con nivel socioeconómico alto. Se hospitalizaban más también los niños de niveles socioeconómicos más bajos, tanto niños como niñas, y también se observó este fenómeno en las visitas a los servicios de salud mental. Tanto las niñas como los niños de niveles más desfavorecidos visitaban más al médico de salud mental y también tenían más hospitalizaciones debido a problemas de tipo

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 14

psiquiátrico —sobre todo las niñas, en las cuales aumentaba en 6,8 el número de hospitalizaciones— respecto a la población más favorecida socioeconómicamente.

De manera que lo que supone todo esto es que tanto la morbilidad, como el uso de servicios de salud mental, como las tasas de hospitalización y el consumo de medicamentos en niños es entre 3 y 7 veces mayor en aquellos que tienen un nivel socioeconómico más bajo comparado con un nivel más alto. Cuando se estudia literatura médica relacionada con la salud mental, existe claramente un gradiente social que implica que las clases más desfavorecidas acuden más a los servicios de salud mental. En concreto, se ha visto también que los niños cuyas madres tienen unos estudios de educación primaria presentan un 37 % más de riesgo de tener problemas de salud mental cuando se comparan con los que tienen madres universitarias.

Respecto a la obesidad, que es un problema que afecta plenamente a los niños en nuestra población, sabemos que la prevalencia de obesidad en España ronda el 20 %, lo que representa un millón de niños obesos, más o menos. Sabemos también que la obesidad está fuertemente relacionada con un nivel socioeconómico menor, además de con una dieta inadecuada, con sedentarismo y con un gradiente geográfico norte-sur evidente.

En cuanto a la inseguridad alimentaria, las familias que tienen que ir a los bancos de alimentos enfrentan muchos problemas relacionados con la salud y con el desarrollo infantil. Lo que se ha visto es que los bancos de alimentos, tanto los autogestionados como los dirigidos por determinadas sociedades o grupos, ayudan a reducir el hambre familiar y el estrés psicosocial parental, aunque no cubren todas las necesidades nutricionales. En el estudio de salud realizado en Madrid en el año 2018 se observó que entre el 3 y el 12 % de los niños presentaban inseguridad alimentaria. Respecto al impacto diferencial que estamos comentando sobre los grupos más vulnerables y que muestran peores resultados en cuanto a salud general, salud mental y el uso de servicios sanitarios, debemos decir que en el estudio comentado previamente se estimó que se podrían haber evitado ochenta mil eventos de enfermedad en niños y casi ochenta mil eventos también en niñas si todos estos niños tuvieran la misma tasa de enfermedad que aquellos que pertenecen a grupos socioeconómicos medio-altos.

Por lo tanto, ¿cuáles son las intervenciones que se realizan habitualmente? Existen programas de educación temprana de alta calidad, existen intervenciones escolares integrales, transferencias económicas a familias y una prestación social universal. En lo que respecta a las transferencias económicas que se realizan a familias, sin duda son una de las intervenciones con mayor evidencia y más efectivas, ya que se ha observado que los países europeos que tienen mayor gasto en protección social para las familias tienen una menor tasa de mortalidad. Las transferencias en efectivo mejoran moderadamente los resultados en salud infantil, en cognición y en desarrollo, y tienen un mayor resultado en cuanto a desarrollo socioemocional. En un estudio publicado en *Lancet* en el año 2025 se vio que las transferencias económicas del Gobierno mejoran los niveles de lactancia materna exclusiva, mejoran la vacunación contra el sarampión, reducen la diarrea reciente y mejoran el estado nutricional de nuestros niños. En países como Inglaterra y Gales, en los cuales se realizan transferencias universales durante el embarazo, se ha observado que se ha aumentado el peso de los recién nacidos —no demasiado, pero hay una tendencia hacia el aumento del peso—, que se ha reducido el bajo peso al nacer entre un 3 y un 6 % y que disminuye la prematuridad entre un 9 y un 11 % de los casos, con mayores beneficios en madres jóvenes de áreas más desfavorecidas.

Otra de las estrategias que se han implantado para mejorar esta situación es el acceso infantil a la educación y de una forma temprana. Este acceso debe ser de alta calidad, ya que se ha visto que la calidad de la educación temprana infantil nivela las desigualdades sociales en logros educativos, reduce la pobreza y promueve igualdad de género. Estos programas de educación infantil tienen efectos positivos en la escolarización y en los logros educativos de los niños; sobre todo, se ha observado este hecho en hogares de niños más desfavorecidos. En estos programas es clave que se utilice un buen material de aprendizaje, de alta calidad, que el ambiente en las aulas sea cálido, que haya un buen ambiente de estudio, de aprendizaje y que los métodos de instrucción sean interactivos y apropiados para la edad de estos pacientes. Se ha observado que por cada euro invertido se recuperan entre 2,5 y 16. Esta recuperación es más alta en las familias desfavorecidas.

Hay otra intervención escolar que se puede hacer, me refiero ahora a los servicios de salud escolares. Estos, por un lado, mejoran el resultado educativo —mejoran las calificaciones y disminuyen las tasas de suspensos— y mejoran también los resultados de salud. Mejoran la vacunación de los niños, mejoran los servicios preventivos, la morbilidad, por ejemplo, por asma y el uso de anticonceptivos. En el año 2023,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 15

en JAMA, en Estados Unidos, se publicó un estudio de intervención escolar en el que se observó que mejoraba el acceso a las visitas por problemas odontológicos, se acudía más frecuentemente y en mayor porcentaje a una fuente habitual de atención y aumentaba también la tasa de niños que tenía una cobertura médica.

¿Cómo mejorar la obesidad infantil? ¿Cómo atacar este problema? Pues mediante programas escolares y familiares. Estos programas deben incluir educación nutricional, promoción de la actividad física y regulación emocional, y no debemos olvidar nunca la participación de las familias. Se ha observado en ensayos clínicos realizados que involucrar a las familias en las decisiones de salud mejora la enfermedad. En este caso, disminuiría el índice de masa corporal observado en los niños con obesidad después de una serie de años.

¿Y qué decir sobre la intervención efectiva durante los primeros mil días en las familias desfavorecidas? Los primeros mil días actualmente tienen mucha importancia en pediatría. Se ha observado que debe comenzarse esta intervención en la época prenatal y debe llevarse hasta al menos dos años después del nacimiento, así como que es una intervención muy importante en madres primerizas, que debe ser realizada por equipos multidisciplinares y por grupos de pares.

Respecto a las políticas alimentarias y nutricionales para mejorar la inseguridad alimentaria, hay que decir que las comidas escolares, universales y gratuitas reducen esta inseguridad, aumentan la asistencia escolar y aumentan también la sostenibilidad de los sistemas alimentarios. Los bancos de alimentos autogestionados ayudan a reducir el hambre familiar y el estrés psicosocial parental, aunque no cubren todos los requerimientos nutricionales.

Ya para terminar, quiero decir que la pobreza infantil tiene un impacto significativo en la salud de los niños y que se manifiesta a través de un gradiente socioeconómico claro en múltiples indicadores de salud. Los niños de familias con bajo nivel socioeconómico tienen peor salud física y mental, presentan mayor morbilidad y mayores tasas de hospitalización comparados con niños de familias más favorecidas. ¿Qué se podría proponer para mejorar todos estos hechos? La protección social durante los primeros años de vida, que se ha mostrado como el elemento más importante; invertir en políticas de protección social durante esos primeros años de vida, sobre todo en los niños más vulnerables, mejora la salud de los niños; la educación infantil universal, ya que garantizar este tipo de educación temprana y de alta calidad hace también que mejore la salud de los niños, sobre todo la de aquellos con discapacidades y la de los que pertenecen a grupos minoritarios; mejorar la atención prenatal y perinatal y dar permisos a los padres para que puedan acompañar a sus hijos durante la crianza y en caso de enfermedad de estos, y establecer buenos sistemas de monitoreo que permitan saber bien cómo son los indicadores de salud infantil, con sistemas confiables y uniformes de recolección de datos para conocer las necesidades y mejorar los servicios.

Esto es todo. Gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias por su intervención, doctor.

Seguidamente abrimos el turno de intervenciones de los portavoces de los grupos parlamentarios. Recuerden que tienen un tiempo de cinco minutos.

Empezamos por la representante del Grupo Mixto, Cristina Valido. Cuando quiera, diputada.

La señora **VALIDO GARCÍA**: Don Andrés, antes de nada, quiero agradecerle su presencia aquí. Ha sido muy interesante su exposición y conocer los datos que nos aporta.

Yo quisiera hacer algunas reflexiones para ver si luego usted, en su turno de respuesta, puede ayudarnos porque, como sabe, esta es una comisión de estudio sobre la pobreza infantil que tendrá que alcanzar unas conclusiones y hacer unas recomendaciones, y lo deseable sería que el dictamen final no se dejara nada atrás. Estamos hablando de una materia muy transversal, en la que son muchos los ministerios a los que debemos pedir actuaciones, para que podamos ayudar con hechos a resolver un problema tan grave como la pobreza infantil, en el que España tiene unos indicadores tan vergonzantes.

Es absolutamente contundente que una situación de pobreza genera una convivencia familiar difícil, genera conflictos; no voy a ahondar más, pero todos imaginan por dónde voy: la situación con la que conviven muchos niños y muchas niñas de puertas adentro, la tensión que genera a una familia no ser capaz de cubrir sus necesidades básicas, no poder pagar un alquiler o quedarse sin empleo. Todo esto para llegar a la importancia que creo que tiene, y a la que probablemente no estamos atendiendo bien, la salud mental infanto-juvenil.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 16

Usted ha hecho una breve reseña de los datos de salud mental, pero me gustaría profundizar en ella. Estamos cansados de oír que hacen falta recursos humanos, que hacen falta infraestructuras para atender la salud mental infantojuvenil, y parece que esto lo tenemos medianamente diagnosticado, pero yo me pregunto si eso es suficiente, porque, al final, muchas veces descargamos en las escuelas, en el profesor o la profesora o en el médico de familia la capacidad de diagnosticar un problema de salud mental que ya se está larvando desde la más tierna infancia, en una situación familiar difícil, compleja, en la que seguramente la familia está más atenta a llenar la nevera que a llevar al niño o a la niña a un psicólogo porque tiene un comportamiento que no es normal. Eso si son capaces de darse cuenta de que un comportamiento no es normal, porque creo que nos falta mucha formación en materia de salud mental, y en el caso de las familias con menores probablemente también tendríamos que abordarlo de otra manera. Tendríamos que proporcionarles herramientas para estar alerta; hacerles ver que la frustración por no lograr un bien material no se puede traducir en un cabreo normal, que la incapacidad para gestionar una emoción cuando se pierde un partido no es normal, que la incapacidad para convivir en situaciones, como digo, de tanto estrés debe ser combatida. Necesitan ayuda. Normalmente, observamos y diagnosticamos esto en la adolescencia, cuando probablemente ya tenemos años detrás incluso de maltrato psicológico —ya no voy a hablar del físico— y de frustración, tristeza e incompreensión que han generado un problema difícil de combatir cuando ya tienen 16 o 17 años y estamos ante un menor rebelde. En este caso, me gustaría saber si además de pedir más profesionales y más infraestructuras, tenemos que abordar desde otros ámbitos la formación a las familias, el trabajo con las familias en situación de pobreza, para ser capaces de diagnosticar en tiempo cuándo un trastorno de salud mental está empezando a desarrollarse. Hay muchos estudios que hablan de que esa obesidad infantil que tanto nos preocupa tiene detrás un problema de salud mental, pero es que las cifras de anorexia y bulimia que tenemos en adolescentes tienen detrás un problema de salud mental. Por eso, quería profundizar en este aspecto, quizás menos visible en las consultas médicas que un trastorno de salud de cualquier otro tipo, que normalmente no tiene ni la atención, ni los cuidados, ni los profesionales necesarios.

Termino diciendo lo que he dicho hace un momento: los padres y las madres tienen que ser capaces de darse cuenta —no lo son por falta de formación, no por falta de voluntad— de que esto también es una enfermedad y que tiene que ser tratada por profesionales como tal, que no es un problema de comportamiento que se resuelve con una bronca interna. ¿Cómo trabajamos con eso? ¿Cómo les formamos? ¿Cómo los preparamos? Me gustaría conocer su opinión.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, diputada.

Seguidamente es el turno del portavoz del Grupo Plurinacional SUMAR, el diputado Rafa Cofiño. Cuando quiera.

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

Muchísimas gracias, doctor Bodas, por la excelente presentación. Es un placer poder tener en una comparecencia en este Congreso una presentación con unas referencias de este nivel.

Yo creo que la última diapositiva de los avances que nos gustaría para nuestro país es muy significativa. Hay un artículo muy bonito de Feinstein, publicado en el año 2003, que de hecho resume varias de las cuestiones que apuntaba en las últimas diapositivas. En una cohorte británica de los años setenta se midió el desarrollo cognitivo en críos, con una medición a los 22 meses y luego, me parece, a los nueve años y pico. Lo que se medía eran las diferencias que había entre familias con condiciones socioeconómicas altas y bajas. En las familias de renta alta había críos que estaban en un percentil alto y en un percentil bajo a nivel de desarrollo cognitivo, pero cuando llegaban a los nueve años y pico, los que estaban arriba se mantenían en un percentil alto y los del percentil bajo subían, se igualaban por arriba. Sin embargo, en las familias de nivel socioeconómico bajo lo que se veía era que los que empezaban en un percentil alto caían y los que estaban en un percentil bajo no subían. Es decir, el percentil alto en familias pobres cae en picado a los 9 años y el percentil bajo no remonta. Es decir, se produce un *gap*. Lo significativo del artículo es cómo cuenta que no solamente es por los cuidados individuales o familiares que puede haber en cada entorno, que posiblemente sean diferentes por niveles socioeconómicos, sino porque en esa cohorte británica las políticas thatcherianas habían eliminado los programas de atención temprana y los programas de cuidado y protección social a la infancia. Esto, que parecía muy marciano, porque estamos hablando de políticas thatcherianas, que nos suenan a muchos como algo muy antiguo, no deja de ser el enunciado de «vamos a cerrar las guarderías y vamos a pagar la guerra» que hemos escuchado en Estados Unidos hace apenas unos días.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 17

Nuestro grupo parlamentario —al igual que otros grupos parlamentarios de esta Cámara— plantea trabajar en políticas universales, públicas y progresistas. Lo de progresista está como muy manoseado a veces, pero progresista supone ni más ni menos políticas que sepan avanzar en mejorar la vida de las personas y que nadie se quede atrás. Es cierto que a veces, si las políticas que creemos que son progresistas no consiguen esto, no son realmente progresistas. Este es un poco el empeño, y estamos de acuerdo con el planteamiento que hay, incluso matizando: atención primaria irrenunciable de 0 a 6 años, educación infantil irrenunciable de 0 a 3 años, gratuidad y universalidad, o el tema de la prestación universal por crianza.

Quizás conocía a Juan Luis Ruiz-Giménez —era vallecano, trabajó en Vallecas mucho tiempo—; para muchos de nosotros era un médico referente. Él contaba que trabajó en un hospital, pero se dio cuenta —lo que le pasaba un poco a Marmot— de que en el hospital la gente mejoraba, pero, cuando volvía a sus entornos de mierda, volvía a empeorar. Entonces decidió bajar a los barrios, se hizo médico de familia en Vallecas y trabajó y murió en Vallecas trabajando como médico de familia. Él hablaba —que es una de las preguntas que quiero hacerle— de la importancia de la formación en determinantes sociales a los profesionales sanitarios. Se decía que la formación era muy biologicista en las facultades y se olvidaba esa perspectiva que va muy vinculada a la medicina o a la enfermería en su origen, que es el tema de una aproximación integral sobre las condiciones de vida donde las personas enferman. Esta sería una primera pregunta, es decir, cómo piensa que podemos mejorar en ese sentido o si es necesario mejorar la formación de nuestros profesionales.

La otra pregunta sería el tema de la integración sociosanitaria. Es decir, si hay una red o es mejorable la coordinación que tenemos entre lo sanitario y lo social. Hay trabajo social sanitario, pero lo que detectamos es que en muchas comunidades es muy poquito, hay muy pocas trabajadoras sociales sanitarias. Hay bastante distancia entre la parte de la detección de casos de vulnerabilidad social, y nos gustaría saber cómo tienen que ser trabajados e integrados mejor en las redes sociales, cómo puede ser mejorable esta integración, por ejemplo, en departamentos de pediatría, donde seguramente hay una detección de esas situaciones de vulnerabilidad.

Muchísimas gracias de nuevo por su trabajo global, por el trabajo de todo el colectivo que representa y de su servicio y por la presentación.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, diputado.

Seguidamente es el turno de la portavoz del Grupo Parlamentario VOX, la diputada Blanca Armario. Cuando quiera, Blanca.

La señora **ARMARIO GONZÁLEZ**: Muchas gracias, señora presidenta.

Señor Bodas, bienvenido. Muchas gracias por su presentación.

Me ha parecido interesante la mayoría de sus datos. Me ha parecido extraño —o yo no lo he visto— que recurriera a datos de la crisis del año 2008, es decir, hace casi veinte años, y que no haya hablado nada de la crisis que creemos que existe ahora mismo en materia de pobreza infantil, porque tenemos en este Congreso una subcomisión para tratar la pobreza infantil, y me hubiera gustado, con su experiencia, que hubiera mostrado en su exposición datos de la actual crisis del año 2026. No sé si es que a lo mejor no existen datos a los que usted pueda acceder; en cualquier caso, podrá aclararlo en su turno de réplica.

La pobreza infantil en España es una realidad. Tenemos una pobreza infantil que afecta a más de 2,3 millones de personas, situando al país como el que tiene la segunda tasa más alta de la Unión Europea. Un 5,6% de los menores de 18 años no puede permitirse una dieta equilibrada, consumir carne y pescado cada dos días, y esto provoca malnutrición y riesgo de sobrepeso, como usted comentaba anteriormente. Según la AESAN, la malnutrición se asocia con un 30% más de posibilidades de mala salud y con un 12% más de sufrir depresión. La depresión en menores de 18 años —usted también daba datos de salud mental— ha crecido y uno de cada cuatro adolescentes muestra síntomas de ansiedad y depresión, y aunque no será en todos los casos, como usted decía, esa malnutrición agrava la salud mental. Este país está lleno de historias de familias que no llegan a final de mes, hogares que tienen la nevera vacía, que van contando cuántos huevos hay para poder hacer una tortilla para dar de cenar a sus hijos una noche más o menos. Cuando ya no quedan incluso monedas en la cartera, la fruta, la verdura, la carne o el pescado son una utopía. La alimentación, además de poder provocar esa ansiedad o esa depresión, provoca también carencias en la capacidad de aprendizaje. Si un menor no se alimenta bien, tiene dificultades para concentrarse, para seguir el ritmo y afecta también a la memoria. Las políticas del actual Gobierno, tras años gestionando el país, no dan buenos resultados; ni las medidas que se implementan,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 18

como el ingreso mínimo vital, ni el complemento de la ayuda a la infancia sana esta pobreza que ya dura muchos años.

Me gustaría hacer referencia a los comedores escolares, sobre los que usted también daba algunos datos. Estamos de acuerdo en que es una herramienta para asegurar al menos una comida que sea saludable una vez al día para menores que pertenecen a familias vulnerables, pero existen también muchos comedores escolares que no son de gestión directa. Sabe usted que los comedores de gestión directa son aquellos que utilizan productos frescos diarios. La mayoría de los centros en España utilizan la gestión por subcontratas a través de catering y, en estos casos, como usted seguro nos comentará, la nutrición no es igual que en un comedor de gestión directa con productos frescos. En cuanto a las proporciones y las porciones, hay veces que los menús en los centros escolares son escasos, que en diversas comunidades autónomas las familias se quejan de que la cantidad no es suficiente y que muchos de los niños llegan a casa con hambre. Hay algún problema en la proporción y en la porción de estos menús, sobre todo en los menús de subcontratas por parte de las comunidades autónomas.

También me gustaría comentar la cesta de la compra. Sabe usted que los españoles ya pagan la cesta de la compra más cara de la historia, un 42 % con este Gobierno; se ha multiplicado por cuatro desde 2018. Y, si una cesta de la compra ordinaria es cuatro veces más cara que en 2018, vamos a imaginarnos una compra de la cesta especial. Es decir, para un menor que tiene celiaquía —y sobre este asunto usted sabe mucho— ya es algo desorbitado. Las familias que tienen pequeños en casa con este tipo de alimentación especial tienen un sobrecoste. Es otro impacto económico más que está calculado entre 1000 o 1500 euros adicionales al año en sus hogares. La celiaquía, como usted sabe, afecta a uno de cada setenta y un niños en España y es importantísimo que se detecte de manera precoz. Los usuarios celíacos de los comedores escolares también deben tener garantizado su menú, ya que es de vital importancia, y las Administraciones tienen que asegurar que no exista la contaminación cruzada. Por eso, muchas veces, las Administraciones contemplan más los menús de catering para no tener ese riesgo de alergia alimentaria. Yo quisiera preguntarle si cree que existen suficientes ayudas económicas para las familias que sufren esta cesta de la compra especial o cesta de la compra con alergias, porque hemos conocido hoy que el salario de las familias, además, ha caído un 3,4 % desde 2018.

También quisiera hablarle de cómo se tratan los problemas digestivos en la infancia en España, porque en teoría todos los niños deberían recibir una atención similar, vivan donde vivan, pero en la práctica hay diferencias entre comunidades autónomas, esto es así. Hay grupos parlamentarios que hablan de la diferencia entre códigos postales, pero nosotros siempre hemos dicho que por comunidades autónomas, que al final son los que tienen la gestión de las competencias. Cada comunidad autónoma, como usted sabe, tiene un presupuesto, tiene una gestión de personal distinta, una organización distinta, distintos tiempos de espera, recursos, tecnologías, programas, protocolos diferentes. Hay hospitales que son también centros de referencia nacionales en patologías digestivas infantiles complejas, por lo que hay niños de otras comunidades autónomas que son derivados allí con el consiguiente sobrecoste de transporte, incluso de dietas o de pernocta para las familias. Tenemos también diferencias entre territorios por la desigualdad; destacan Cataluña, Madrid y País Vasco como las principales, pero luego tenemos dificultades en Extremadura y en Canarias. De ahí que nosotros, VOX, queramos centralizar esa sanidad para asegurar más equidad y más calidad.

Por lo demás, muchas gracias por su exposición y hasta la próxima.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, diputada.

Se lo agradezco porque me he despistado poniendo la hora y ha tenido usted mucho más tiempo.

Ahora, es el turno de la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, la diputada Cobo.

La señora **COBO CARMONA**: Gracias, presidenta.

Gracias al doctor Andrés Bodas Pinedo por su exposición. Además, creo que ha quedado claro que se la ha trabajado bastante, que ha hecho un esfuerzo. Mientras le escuchaba, estaba pensando que sus alumnos y sus alumnas son bastante afortunados, y tenemos la suerte de contar con profesores como usted, además de su labor como pediatra. Yo creo que, tras escuchar, tanto al doctor Martínón como a usted mismo, hoy, si algo nos queda claro a toda la comisión, es que una sanidad pública de calidad es una herramienta decisiva para la igualdad y para la lucha contra la pobreza.

La sanidad pública iguala y la desigualdad crece cuando lo público falla. Porque cuando una familia tiene la opción de acudir a un seguro privado, a una consulta privada, de desplazarse a otro lugar donde pueda ser atendido, al fin y al cabo puede resolver su problema, pero la amplia mayoría de las familias

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 19

tienen los recursos bastante limitados y no tienen esta opción. La calidad de la sanidad pública, en esos casos, es la única que garantiza la atención necesaria. Por eso, hablar de pobreza infantil —y en esta comisión se ha hablado desde muchas perspectivas— no depende solo de los ingresos que les llegan a las familias, sino de la cantidad de recursos que el Estado proporciona también a esos niños y niñas. La pobreza se acrecienta con la ausencia de servicios públicos.

Me voy a centrar en mi tierra, en Andalucía, porque es la realidad que mejor conozco, pero también creo que merece la pena porque es uno de los territorios, si no el que más, con la tasa de pobreza infantil más alta de todo el país. Allí sufrimos las dos caras de la pobreza. Primero, hablamos de un 40,5% de menores en riesgo de exclusión y pobreza. Una tasa de pobreza que supera en 10 puntos a la media nacional. Pero es que es una situación que se está viendo agravada por el deterioro de los servicios públicos de la Junta de Andalucía del Partido Popular. Y hay que decirlo con claridad —y yo lo voy a decir hoy aquí—: el Gobierno de Moreno Bonilla ha fallado tanto a la infancia como a las familias en Andalucía. No se puede hablar de buena gestión, por muy buenas caras que se pongan, mientras se abandona, como se ha hecho, la pediatría en la atención primaria en Andalucía. Según datos de la Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria, en Andalucía tenemos 481 000 niños menores que no tienen pediatra alguno, un 43% del total. Entonces, cuando hablamos de medio millón de niños y niñas que no cuentan con pediatra, no podemos hablar de algo puntual, sino de un verdadero fracaso estructural, y este fracaso, además, no golpea a todo el mundo por igual, lo hace con más dureza a quienes viven en pueblos y zonas rurales y a quienes no pueden pagar un seguro privado, a esos autónomos que no pueden dejar su negocio para perder toda la mañana en llevar a sus hijos porque no se lo pueden permitir. Como decía, en una comunidad con una tasa AROPE en hogares con menores económicamente dependientes del 42,6%, dejar sin pediatra a cientos de miles de niños y niñas no es solo un problema sanitario, es un problema que agrava seriamente la desigualdad. Pensamos que luchar contra la pobreza infantil exige reforzar la sanidad pública, exige más pediatras en atención primaria, mejores condiciones. Porque, claro, nos están diciendo permanentemente que no hay médicos, pero lo que sí sabemos es que en Andalucía —no sé si usted conoce los datos—, según datos del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, se van cada año en torno a 600 médicos, pero se van a otras comunidades de España por los contratos precarios, contratos de un mes y los sueldos más bajos de toda España. Creemos que en una comunidad como Andalucía merece la pena apostar realmente por la sanidad pública y entender que una revisión pediátrica, una vacuna, un diagnóstico temprano, no pueden depender simplemente del código postal o de la cuenta bancaria de las familias.

Me gustaría que nos aclarara un poco más algunas de las cuestiones que usted nos ha mencionado. Le iba a preguntar, pero ya lo ha dicho usted, cómo contribuiría a reducir la obesidad el que haya unos comedores escolares —y es algo que muchos de los intervinientes en esta comisión han planteado como una medida muy importante— gratuitos y de verdadera calidad para toda la etapa de Educación Infantil, aunque creo que está claro. También me gustaría que ahondara un poco más en la siguiente cuestión. Siempre se habla del aumento de los permisos de paternidad y maternidad —que se han ampliado recientemente por este Gobierno hasta las diecinueve semanas— desde el punto de vista de la igualdad, pero usted apunta también que es muy importante y tiene bastante que ver a la hora de mejorar la atención a los menores desde un punto de vista de la salud, y que eso tendría consecuencias positivas seguramente en la lucha contra la pobreza.

De nuevo, muchas gracias por toda su labor, que conocemos muy bien por nuestra compañera María, que nos la ha contado; la realiza desde hace muchos años tanto en la universidad como en la pediatría. En los servicios públicos tenemos la suerte de contar con personas como usted.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, diputada.

Para finalizar el turno de los portavoces parlamentarios, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, el diputado Pérez Coronado.

Cuando quiera, Pablo.

El señor **PÉREZ CORONADO**: Gracias, presidenta.

Señorías, quiero comenzar agradeciendo al compareciente, al señor Bodas, su intervención, porque ha aportado a esta comisión algo que conviene no perder nunca de vista, y es que la pobreza infantil es una realidad que se traduce en una peor salud física y mental, más hospitalizaciones, más obesidad, más inseguridad alimentaria y, en definitiva, menos oportunidades para miles de niños en España. Eso, cuando

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 20

se expresa desde la experiencia clínica —con su experiencia— y el contacto directo con los menores y las familias, tiene un valor especial. Además, como se nos ha expuesto, existe un gradiente social claro, y es que los niños de entornos más vulnerables soportan una mayor carga de enfermedad y una mayor exposición a problemas que condicionan su presente y su futuro. Ahora bien, conviene evitar una tentación muy frecuente en esta Cámara, que es la de convertir la pobreza infantil en un terreno de superioridad moral, como si bastara con exhibir sensibilidad, multiplicar los anuncios o proclamarse más social que nadie para tener razón, porque, aquí, la cuestión es quién consigue mejores resultados para los niños. Señorías, la pregunta que de verdad importa es la siguiente: ¿cómo es posible que un Gobierno que presume de escudo social, de sensibilidad y de compromiso con los más vulnerables, mantenga a España entre los peores países de Europa en pobreza infantil? En 2024, casi el 35% de los menores de 18 años en España estaba en riesgo de pobreza o exclusión social, frente al 24,2% de la media de la Unión Europea. Además, España registró el mayor diferencial de toda la Unión Europea entre la pobreza infantil y la pobreza de adultos con 10,5 puntos de diferencia. Ese es el dato que retrata la situación actual; es el dato que creo que desmiente mucha de esa propaganda institucional a la que estamos acostumbrados, desgraciadamente, en esta Cámara. Por lo tanto, no voy a discutir al señor Bodas cuando describe el impacto de la pobreza sobre la salud infantil, porque creo que sería absurdo, pero sí conviene discutir la lectura política automática que algunos quieren extraer de este debate. La idea de que todo se arregla simplemente con más gasto, más planes o más propaganda es inútil, porque no siempre el problema es cuánto se anuncia, sino cuánto se ejecuta, con qué calidad, con qué prioridad y con qué eficacia.

Por otro lado, hablando de la escolarización temprana a la que ha aludido el compareciente, a mí me lleva a reflexionar sobre la educación infantil, la de niños de 0 a 3 años. Usted ha señalado —con razón— que la educación infantil temprana y de calidad puede ser una palanca útil para reducir desigualdades, favorecer la conciliación y mejorar oportunidades desde los primeros años de vida. Eso creo que confirma algo que en el Partido Popular llevamos tiempo defendiendo. Nuestro grupo ha sostenido en esta Cámara la necesidad de avanzar en la gratuidad del primer ciclo de Educación Infantil, de 0 a 3 años, como una política útil de apoyo a las familias y de igualdad de oportunidades. Además, donde gobernamos no nos quedamos simplemente en la consigna. Por ejemplo, en mi tierra, en Castilla y León, la Junta ha desplegado la gratuidad de 0 a 3 años, es decir, mantiene las plazas gratuitas en el primer ciclo de Educación Infantil. Frente a quienes convierten esta cuestión en un eslogan ideológico, hay Gobiernos —los del Partido Popular— que la han convertido en una política concreta, real y accesible para las familias. Por eso, me parece que la pobreza infantil no se combate con un aluvión de propaganda institucional, se combate cuando una familia puede conciliar, cuando accede a una plaza gratuita, cuando recibe apoyo a tiempo, cuando la prevención funciona y cuando los servicios públicos llegan con claridad y no con demora. Ahí está la diferencia entre la política social seria y la política social del escaparate socialista.

También quiero introducir una idea en favor de los pediatras, pero no ese tópico tradicional. Ustedes, los pediatras, son los que muchas veces detectan antes que nadie el momento exacto en que una dificultad económica deja de ser ese problema doméstico para convertirse realmente en un problema de salud, de desarrollo, de futuro para un niño. Por eso, su mirada merece ser escuchada, que no consiste solo en invitarle aquí a comparecer, sino en traducir esa realidad en decisiones útiles y políticas que funcionan.

En definitiva, señorías, la pobreza infantil exige mucha menos propaganda y más eficacia; menos autosatisfacción y más evaluación de los resultados. En el Partido Popular defendemos una política centrada en apoyar a las familias, mejorar la conciliación, reforzar la prevención, garantizar una educación infantil accesible y de calidad y medir con rigor qué funciona y qué no.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, diputado.

Seguidamente, tiene la palabra el compareciente, por un turno de diez minutos, para responder a las observaciones, a las preguntas y lo que usted quiera decir.

Cuando quiera.

El señor **BODAS PINEDO** (jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid): Muchas gracias por sus comentarios y muchas gracias también por sus preguntas; la verdad es que han sido todas muy interesantes.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 21

Lo primero que quiero decir es que he utilizado la crisis del año 2008 porque me parecía una crisis que estaba muy bien estudiada. Hay muchos artículos en la literatura médica que estudian esta recesión de 2008 y lo hacen comparando las épocas previas con las épocas posteriores. Por ese motivo la he escogido, me parecía que podía ser extrapolable a otras crisis, aunque los datos, evidentemente, no sean idénticos.

Por otro lado, cuando hablamos de salud mental, en diversos artículos se ve que, en las poblaciones más desfavorecidas, la utilización de estos servicios es más frecuente que en las que tienen más recursos socioeconómicos. Quería decir a este respecto que actualmente estamos teniendo un problema importante en la atención a adolescentes con problemas psiquiátricos, sobre todo en la época post-COVID. La prevalencia de trastornos psiquiátricos ha aumentado mucho después de la pandemia COVID y nos encontramos con que muchas veces no tenemos camas de hospitalización para ingresar a estos adolescentes. De manera que se están dando situaciones de niños que esperan en una urgencia de un hospital —una urgencia pediátrica, por otro lado—, que puede estar más o menos adaptada a un paciente psiquiátrico, varios días antes de ser ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica infantil. Es verdad que están poniendo medidas para intentar paliar esto, pero todavía tenemos este problema.

Respecto al tema de cómo podemos buscar o detectar los problemas de nuestros niños en relación con los problemas de riesgo social —ha habido varias preguntas al respecto—, tengo que decir que el calendario de revisiones del niño sano en la atención primaria tiene varios ítems que contemplan el riesgo social. Cuando estos niños van a su pediatra no porque tienen una fiebre o tienen una diarrea, sino a la revisión del niño sano, cuando se les pesa y se les mide, se les pasan una serie de encuestas, y en ellas hay un ítem relacionado con el riesgo social. En este ítem se preguntan varias cosas como, por ejemplo, cómo es la estructura familiar, cómo es la red de apoyo de esa familia o el riesgo de mutilación genital femenina. Además, siempre se pregunta por las posibles dudas que pueda tener la familia respecto a la encuesta que estamos haciendo. Según el resultado de esa encuesta —creo que siempre hay que tener un alto índice de sospecha por parte del pediatra que está atendiendo a esa familia, porque es fundamental para todo, tanto para detectar los diferentes tipos de patologías que hay como para detectar el riesgo social—, se establece un circuito que, probablemente, podría ser mejorable. En ese circuito, cuando se detecta el riesgo social, se envía a la familia de los pacientes y al paciente a los servicios sociales. Entonces por medio de trabajo social se emprenden las acciones necesarias para ver qué está ocurriendo con esa familia. Más o menos, el circuito que se establece es ese. Yo creo que la atención que se presta a los niños en atención primaria es muy buena, porque detecta o intenta detectar rápidamente todo este tipo de problemas. Creo que los pediatras en España tenemos un muy buen nivel médico y que el éxito que hemos conseguido en bajar determinadas tasas de enfermedad o tasas de mortalidad se debe a eso, a que el nivel español es excelente en atención a niños.

También coincido con el ponente anterior en que los niños deben ser atendidos por pediatras. Es verdad que la falta de pediatras lleva a que —sobre todo en centros de salud— los niños sean atendidos por médicos de familia, que también están preparados para ver niños porque intentan formarse en la pediatría, pero lo lógico es que los niños tengan mejor atención pediátrica si son atendidos por pediatras que han realizado su formación MIR, etcétera. Eso, por un lado.

Como han sido tantas preguntas, me las he ido apuntando para ir respondiéndolas todas. Respecto a los comedores escolares, desde luego son fundamentales para que haya por lo menos una comida diaria saludable para los niños que están en riesgo de inseguridad alimentaria. Es verdad que cuando la comida es fresca la calidad es mucho mejor que cuando la comida viene de cáterin. Sin embargo, hay una normativa específica que debería ser revisada y mejorada para que esa calidad en la alimentación de los niños que están comiendo en los comedores escolares sea mejor, ya venga de un cáterin o de los productos frescos. Eso, sin duda.

Respecto a la patología digestiva y los celíacos —yo veo muchos celíacos—, los padres se quejan habitualmente de lo mismo, de que no hay una ayuda para que los niños celíacos puedan tener más a su disposición este tipo de dieta sin gluten. La carga económica que supone hacer una dieta sin gluten para los pacientes o para las familias con enfermos celíacos es de 1000 o 1500 euros de media mayor que la población no celíaca. Hay algunas sociedades que sí que dan algún tipo de ayuda, pero en general se carece de ella. Sería interesante plantear esa ayuda para la población celíaca.

En cuanto a los permisos parentales de los que hablábamos antes, es verdad que cuando un médico recibe a un paciente que tiene una enfermedad y le va a dar de baja durante unos días porque tiene esa enfermedad suele tratarse de pacientes adultos. Los pediatras siempre nos preguntamos lo mismo: Y a los niños, cuando están enfermos, ¿quién los cuida? Porque no tenemos esa posibilidad de dar una baja temporal a los padres de estos niños para que cuiden de ellos. Yo creo que a todos los que somos padres

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 22

y hemos tenido niños pequeños o los tenemos ahora es un problema que a veces se nos plantea: ¿qué hago con mi niño cuando está enfermo? Porque —que yo sepa— la baja para el padre del niño enfermo todavía no está contemplada. Entonces, esa también es otra cosa que deberíamos plantearnos.

Y, por supuesto, la literatura médica nos dice —y se ha planteado ya antes— que las mejores medidas son las que se implantan en la época más precoz, cuando el niño va a recibir una atención temprana. Un programa de atención temprana adecuado contempla las medidas que después favorecen una mayor igualdad social, una menor desigualdad en cuanto a educación, etcétera.

Eso es todo lo que quería contestar en este momento.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

La verdad es que ha sido un placer escuchar esta comparecencia, y creo que hablo en nombre de toda la comisión. Reciba nuestro agradecimiento por haber comparecido hoy aquí y siga con su trabajo, que es apasionante. **(Pausa)**.

— **DE LA SEÑORA CODINA SAMPERA, PEDIATRA, RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SALUD MEDIOAMBIENTAL DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU, SECRETARIA DEL COMITÉ DE SALUD MEDIOAMBIENTAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA Y COORDINADORA DEL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MEDIOAMBIENTAL DE LA SOCIEDAD CATALANA DE PEDIATRÍA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE JUVENTUD E INFANCIA. (Número de expediente 219/000624).**

La señora **PRESIDENTA**: Vamos a sustanciar la última de las comparecencias previstas para esta tarde. En este caso es la comparecencia de la doctora Elena Codina Sampera, pediatra, responsable de la Unidad de Salud Medioambiental del Hospital Sant Joan de Déu, secretaria del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Catalana de Pediatría.

De tota manera, deixi'm agrair-li que estigui aquí esta tarda. Moltes gràcies per haver vingut.

Vostè ja sap que té quinze minuts per intervenir. Després procedirem a tenir cinc minuts per cadascun dels grups parlamentaris, i després té vint minuts de resposta.

Moltes gràcies. Tens traducció. Fes-ho com vulguis, però la Pilar, suposo, et parlarà en català i jo també, ens pots contestar en català perquè hi ha traducció. D'acord? Tu mateixa. Ja pots començar.

*Permítame agradecerle que esté aquí esta tarde. Muchas gracias por haber venido.*

*Sabe que dispone de quince minutos para intervenir y luego procederemos a dar cinco minutos a cada uno de los grupos parlamentarios. Después puede usted responder.*

*Tiene interpretación si quiere, lo que quiera. Pilar hablará en catalán y yo también. Puede hablar en catalán porque hay interpretación. Usted misma.*

La señora **CODINA SAMPERA** (pediatra, responsable de la Unidad de Salud Medioambiental del Hospital Sant Joan de Déu, secretaria del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Catalana de Pediatría): Muchas gracias por la invitación.

Es un placer estar aquí y es un placer dar la voz a nuestra infancia, porque es una parte de la población demasiadas veces silenciada y que, por desgracia, no puede manifestar su voluntad a través del voto. Por tanto, como los responsables de la salud infantil somos los pediatras, tenemos que defender sus derechos. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**.

Comparezco para hablar en referencia a la pobreza infantil. Muchos de los datos que iba a comentar ya se han citado anteriormente, por lo que los voy a pasar más rápido para hablar precisamente de lo que yo vengo a hablar, que es cómo impacta el medioambiente en la salud y qué relación tiene con la pobreza infantil.

Como ya se ha comentado anteriormente, los determinantes sociales marcan qué cantidad de enfermedad o qué calidad de salud tienen nuestros niños y nuestras niñas, por lo que hablar de pobreza infantil no es únicamente hablar de desigualdad económica o de falta de recursos, es hablar de una exposición acumulativa a factores de riesgo que actúan de manera simultánea, interactiva, sinérgica y persistente sobre un organismo que está en desarrollo. Es también hablar de urbanismo, de educación, de biología, de epidemiología, de salud pública, pero también de medioambiente —no sé cuántas veces

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 23

se ha hablado de medioambiente en esta Comisión, pero es importante, como os voy a exponer a continuación—, de las condiciones de vivienda, de alimentación, de salud mental —como se ha comentado en la anterior comparecencia— y, en última instancia, de qué oportunidades de desarrollo, porque tenemos que brindar las máximas posibilidades de desarrollo a nuestra infancia, que creemos que es su pleno derecho. Por tanto, es en definitiva hablar de un problema sanitario de primer orden.

La evidencia científica es clara y consistente. La Organización Mundial de la Salud ha establecido que las condiciones socioeconómicas de la infancia son uno de los determinantes más importantes de la salud a lo largo de la vida, y creo que no digo nada que hasta el momento no se haya dicho, como tampoco es original que sabemos ya hoy en día que nuestro código postal —sí, código postal dentro de una misma ciudad incluso— determina más nuestra salud de lo que lo hace nuestro código genético. No se trata solo de pobreza extrema, sino de un gradiente continuo: a menor nivel socioeconómico, peor salud. Este gradiente es observable también en la infancia y en España se manifiesta de manera especialmente relevante, como podemos ver en el ejemplo de la obesidad infantil, que ya se ha comentado también en las anteriores ponencias. En este estudio publicado en *Anales de Pediatría*, que es la revista referente española de pediatría, se ve que, a medida que van aumentando los niveles de pobreza, aumenta la obesidad. Y no digo nada que no sepamos.

Según datos más recientes de Unicef España y de la oficina de estadística de la Unión Europea —que se han comentado también en la primera comparecencia—, en torno a uno de cada tres niños y niñas en nuestro país se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social. Es decir, uno de cada tres sería un 34 %, por detrás solo de Bulgaria en Europa. Esta cifra, por tanto, sitúa a España entre los países de la Unión Europea con mayores tasas de pobreza infantil, lo que constituye un elemento estructural que condiciona la salud de una parte muy importante de la población.

Pero más allá de las cifras, es importante entender qué significa esto en términos de salud. Intentaré ser breve, porque ya se ha expuesto en la comparecencia anterior. Los informes del Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil han documentado de manera sistemática este gradiente en nuestro país. Los niños y las niñas en situación de pobreza presentan mayor incidencia a enfermedades respiratorias, un peor estado nutricional, mayores dificultades en el desarrollo cognitivo y emocional y peores resultados educativos, que a su vez retroalimentan este ciclo de desigualdad. A estos datos se suman los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida, del Instituto Nacional de Estadística, que evidencian cómo los hogares con menos ingresos presentan mayores dificultades para acceder a bienes básicos para la salud, como la alimentación adecuada, vivienda digna, entornos seguros y acceso equitativo a servicios sanitarios. Desde una perspectiva de salud pública, además, es importante subrayar que la pobreza infantil no solo genera sufrimiento evitable, sino también un elevado coste sanitario y social a medio y largo plazo. La evidencia muestra de forma consistente que las intervenciones en la infancia son las más costo-efectivas, porque previenen enfermedades futuras y reducen desigualdades acumuladas.

Sin embargo, para comprender plenamente la magnitud de este problema, es imprescindible incorporar la perspectiva de salud medioambiental pediátrica. La salud medioambiental pediátrica hace años que existe en Estados Unidos; son pioneros en esta disciplina, que se discierne de la salud pública porque intenta trasladar a la asistencia clínica aquellos conceptos básicos de salud pública. Aquí, en España, por suerte, tenemos una primera unidad creada en Murcia, y en Cataluña tenemos dos unidades ya más recientes.

Me gustaría explicar brevemente el concepto de exposoma. Exposómicas serían aquellas exposiciones que tenemos a lo largo de toda nuestra vida que determinan qué calidad de vida tenemos, qué cantidad de enfermedad o de salud tenemos. Sabemos que tenemos un código —hablábamos antes del código genético—, pero esto de por sí no se manifiesta, necesita unas ciertas exposiciones, unos ciertos hábitos de vida que pueden hacer que se manifieste una enfermedad o no se manifieste, lo que se llama también epigenética, aquello que actúa por encima de la genética. Sabemos que estos hábitos son transgeneracionales. Una mujer embarazada tiene tres generaciones en su interior, tiene un feto y este feto tiene unas células germinales. Una exposición hoy en día a unos disruptores endocrinos puede afectar a tres generaciones a la vez y afectar a través de la epigenética a generaciones que no han estado expuestas a estas exposiciones ambientales. Por tanto, aquello que hacemos ahora tiene una repercusión muy importante para todas las generaciones que vienen.

Por tanto, los pediatras siempre decimos —y somos muy insistentes en este concepto— que los niños no son adultos en miniatura, tienen unas características físicas, biológicas y conductuales que los hacen ser mucho más vulnerables al entorno. Respiran más veces por minuto; comen más cantidad de alimentos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 24

por superficie corporal; son inmaduros, no pueden defenderse igual de los tóxicos ambientales; son curiosos, lo tocan todo; son más bajitos, respiran más cerca de los tubos de escape; están más cerca del suelo, donde se depositan las sustancias densas, y por tanto respiran un 60% más de sustancias contaminantes que los adultos. Por último, dos cosas muy importantes, ellos no pueden decidir no estar expuestos a estos ambientes porque no tienen capacidad de cambiarlos. Por tanto, somos nosotros como adultos y cada uno desde nuestra área de responsabilidad los que debemos actuar para protegerlos.

En segundo lugar, estos niños vivirán muchos más años que las generaciones pasadas en estos ambientes cada vez más contaminados. Por tanto, la evidencia científica aún no es capaz de establecer qué efectos tendrá esto en su salud en las generaciones futuras. La Organización Mundial de la Salud publicó en 2021 esta infografía para alertar a nivel mundial de los riesgos ambientales a los que está expuesta nuestra infancia. Aquí hablan de contaminación atmosférica, de cambio climático, así como de acceso adecuado a comida, agua, entornos de construcción, tabaco, químicos, etcétera, y que en el margen de color naranja destacan el incremento de riesgos emergentes, como los disruptores endocrinos y los compuestos volátiles, y todo el tema relacionado con microplásticos y cómo gestionamos el desecho de aparatos electrónicos. Comentaré brevemente algunos de ellos.

La contaminación atmosférica es actualmente el riesgo ambiental que más impacto tiene en la salud del ser humano y, como es lógico pensar, tiene como consecuencia —es lo que uno primero piensa— un incremento de las patologías respiratorias: en Europa uno de cada tres casos de asma infantil está relacionado directamente con la contaminación atmosférica, pero un estudio realizado por el Instituto de Salud Global de Barcelona incrementa este porcentaje hasta el 48%; asimismo, la Agencia de Salud Pública de Barcelona ha publicado recientemente que en esta ciudad hay novecientos casos nuevos de asma infantil relacionados con la contaminación atmosférica.

Pero el efecto de la contaminación va más allá: perjudica la salud reproductiva. Sabemos que incrementa el riesgo de parto prematuro y de bajo peso al nacer, con toda la complejidad y el riesgo de carga de enfermedad que esto comporta para el niño y las familias, aparte del coste económico que esto supone como sociedad. Asimismo, afecta a la salud mental, afecta al neurodesarrollo y aumenta el riesgo de patologías relacionadas con el neurodesarrollo, como son el autismo, el TDAH, la depresión, etcétera. Como podéis ver en la imagen de la derecha, hay también algunas enfermedades que ya he comentado relacionadas precisamente con el cáncer infantil. No quiero entrar a detallar estos gráficos —los dejaré para que los puedan consultar—, pero es importante ver cómo el efecto acumulativo de este sesgo relacionado con la pobreza no solo afecta en el momento de nacer, sino que a lo largo de la vida hay un riesgo acumulativo por el hecho de estar expuesto a la contaminación atmosférica. Por lo tanto, tenemos que intentar paliar al máximo los efectos de la exposición a esta contaminación.

La vivienda —lo he comentado antes— constituye otro determinante clave en este contexto. Los informes del Observatorio de la Infancia evidencian que los hogares en situación de pobreza presentan con mayor frecuencia problemas estructurales, como humedad, moho, hacinamiento y temperaturas inadecuadas, tanto por frío como por calor. Precisamente sobre esto estamos realizando algunos estudios, que espero poder compartir pronto públicamente, ya que realmente tiene un impacto social muy importante en la vida de nuestros niños en ciudades como Barcelona. Estas condiciones tienen un impacto directo sobre la salud. La exposición a la humedad y al moho se asocia con un aumento de enfermedades respiratorias. Por ello, quería compartir con vosotros este estudio. No sé si conocéis que actualmente, en términos ambientales, se nos considera la *indoor generation* porque pasamos entre un 80 y un 90% de nuestro tiempo en espacios interiores, y estos pueden estar dos, cinco y hasta cien veces más contaminados por productos como materiales plásticos, productos de limpieza o falta de ventilación por eficiencia energética. Pasamos tanto tiempo en estos entornos que tenemos que vigilarlos mucho. En este estudio se vio que se podía ahorrar hasta un 20% de los ingresos en menos de dos años por causa respiratoria si en los hogares no hubiera casos de moho o humedades. Por lo tanto, podemos valorar la opción de mejorar estas condiciones de las viviendas en lugar de estar incrementando el gasto terapéutico sanitario.

A todos estos factores se añade un desafío enorme: el cambio climático. Sabemos que el cambio climático no es solo el aumento de temperatura puntual, sino que conlleva un aumento de fenómenos climáticos extremos, cuya frecuencia e intensidad se han multiplicado por cinco en los últimos cincuenta años. Esto conlleva un desequilibrio de muchos ecosistemas a nivel planetario. Según una de las revistas científicas más importantes a nivel sanitario, *The New England Journal of Medicine*, que revisa sistemáticamente la relación que existe entre los efectos del cambio climático, el uso de combustibles

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 25

fósiles y la salud infantil, y la OMS en 2018, los menores de 5 años soportarán hasta el 88 % de la carga de enfermedad atribuida al cambio climático. Esto es debido, como decíamos antes, al momento en el que estamos y a que vivirán más años que nosotros, en los que aún no sabemos lo que puede llegar a pasar.

En este sentido, respecto a las políticas públicas y bajo el paraguas de justicia social, es importante entender que la población vive cada vez más en entornos urbanos: se calcula que, alrededor de 2050, un 70 % de la población mundial vivirá en entornos urbanos. Lo que tenemos que pretender es que estos entornos urbanos tengan características salutogénicas, es decir, que generen salud a la población que vive allí. ¿Cómo se puede hacer? Involucrándose, como se comentaba antes, en el diseño de estas ciudades. En España, entre un 60 y un 80 % del espacio público está destinado al vehículo privado de motor. Si cambiamos esta proporción para dar más protagonismo a la movilidad activa, es decir, a que nos movamos de una manera activa a pie, en bicicleta y en transporte público, paralelamente cambiaremos el diseño y permitiremos que nos movamos más, que haya más zonas verdes, que esto nos aporte más salud mental, que hagamos más ejercicio, que haya menos obesidad, que haya menos contaminación y que haya menos muertes prematuras: habrá un efecto dominó que hará que la salud vaya más allá de los servicios sanitarios y que tengamos responsables de salud a la hora de diseñar los entornos municipales, así como regidores de municipios para que lideren el diseño de la salud en sus propios municipios.

Asimismo, siguiendo con este paraguas de justicia social, no nos podemos olvidar de los entornos escolares. Nuestros niños pasan una jornada laboral en estos entornos escolares y hoy día no tienen una protección de salud laboral; es inexistente. A los profesores, al menos en Cataluña, se les protege limitando el calor para trabajar, que está por debajo de 24 grados, pero los alumnos pueden empezar la jornada a 29 o 30 grados y no hay nada que los proteja o impida que estén expuestos a este calor, con la evidencia existente del impacto que tiene en su neurodesarrollo y capacidad de aprendizaje, lo que conlleva estrés, etcétera. Por lo tanto, creemos que tendríamos que poner más el foco en los entornos escolares para protegerlos y que sea más justo: que no sean solo aquellas escuelas que se pueden permitir tener aires acondicionados o patios muy naturalizados las que gocen de la salud y se protejan de los riesgos derivados de estas exposiciones. Según el estudio realizado por el ISGlobal de Barcelona, en aquellas escuelas de esta ciudad que están expuestas a más contaminación los niños entre 7 y 10 años desarrollan menos capacidad de memoria de trabajo; es decir, las matemáticas se les daban peor. A esta conclusión se llegó después de un tiempo importante de observación. Es un estudio muy bien hecho. Por lo tanto, hay evidencia de que las exposiciones ambientales a la contaminación atmosférica determinan que estos niños, al estar más expuestos a la contaminación, no salgan de este círculo: ser más pobre, tener menos capacidad de neurodesarrollo y, al final, menor QI, por ejemplo. Este es un ejemplo más de que debemos proteger los entornos escolares. Hoy ha salido una nueva versión de este estudio, pero no ha habido tiempo de incorporarla.

No sé si estáis al corriente de que ha salido una nueva directiva europea de calidad del aire, que se tiene que cumplir antes del 2030. Como veis, los colegios que están por debajo de la línea roja de arriba cumplen la actual normativa, pero, si vamos a la segunda línea roja, que sería la que tenemos que cumplir en 2030, la mayoría de las escuelas analizadas en este estudio no la están cumpliendo. Asimismo, os invito a consultar el estudio que se ha publicado esta mañana, que analiza a más de cuatrocientos centros de España: el 96 % de las escuelas no cumplían las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud; solo diecisiete escuelas habían cumplido las recomendaciones de las organizaciones que tomamos como referencia la OMS. Si te paras a pensar, no existe un grado de contaminación saludable; el grado recomendable sería no estar expuesto a contaminación. Tuvimos la suerte de presentar, a través de la Sociedad Catalana de Pediatría, en el Parlament de Catalunya este decálogo, que elaboramos conjuntamente con ISGlobal, para unos entornos escolares seguros y saludables. Se presentó, se votó y ha habido una propuesta de resolución que estamos pendientes de ver cómo se puede llegar a implementar. Pero creemos que ha habido otras iniciativas, como Clean Cities o iniciativas previas, que también ponen el foco en las escuelas y que son importantes a nivel de justicia social y para dar cobertura y más recursos a la infancia, de los que hoy se ve privada.

Si me permiten, quería trasladarles brevemente algunas líneas de actuación prioritarias. En primer lugar, es fundamental actuar sobre los determinantes estructurales de la pobreza infantil, garantizando ingresos suficientes y condiciones de vida dignas para las familias con niños. Sin seguridad material básica, cualquier intervención sanitaria llega tarde, resulta insuficiente, incluso puede tener efectos contraproducentes a largo plazo. En segundo lugar, sería necesario integrar la salud en todas las políticas relacionadas con la infancia, incluyendo vivienda, urbanismo, educación, movilidad y medio ambiente. Tal

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 26

como hemos visto, la salud infantil no depende solo del sistema sanitario, sino que necesita una mirada transdisciplinar y multidisciplinar. En tercer lugar, es prioritario reducir la exposición desigual a riesgos ambientales, actuando especialmente en los entornos más vulnerables, mejorar la calidad del aire, rehabilitar las viviendas, luchar contra la pobreza energética, facilitar el acceso a espacios verdes y el contacto con la naturaleza y crear entornos urbanos saludables. En cuarto lugar, es clave reforzar los entornos escolares como espacios de protección de salud, garantizando condiciones ambientales adecuadas, el acceso a una alimentación saludable, el confort térmico, las sombras, más naturalización y la promoción activa del bienestar físico y mental. Por último, es imprescindible incorporar a la infancia como un grupo prioritario en las políticas de adaptación al cambio climático, teniendo en cuenta su especial vulnerabilidad y la mayor carga de enfermedad que va a soportar a lo largo de su vida.

Finalizo, señorías, diciendo que, respecto a la pobreza infantil, no es solo cuestión de invertir de cara al futuro, sino en el presente. Los pediatras decimos que los niños son la generación del presente. Proteger la infancia no es solo una obligación moral, sino también una responsabilidad sanitaria, social y política. Hay que implementar políticas valientes que pongan la salud tanto del planeta como de los seres humanos en el centro y que respeten, como establece la convención sobre los derechos de la infancia, de las Naciones Unidas, el derecho de los niños y las niñas a nacer y crecer en un ambiente limpio, saludable y sostenible.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Moltes gràcies, doctora Codina.

Iniciamos el turno de los portavoces parlamentarios. Empezaremos por el Grupo Parlamentario Mixto. Diputada Valido, cuando quiera.

La señora **VALIDO GARCÍA**: Yo voy a intervenir únicamente para felicitarla. Me ha gustado mucho la presentación y esa forma tan integral de valorar todo lo que rodea a nuestros niños y niñas y cómo influye en su vida presente y futura. Este informe me ha parecido muy muy interesante y voy a trasladarlo a otros lugares donde creo que hace falta esta visión transversal y global. Yo siempre he demandado, y sigo haciéndolo, que el dictamen final de esta comisión tenga esa visión transversal y multisectorial que necesita la infancia.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, diputada.

La compareciente nos va a facilitar la presentación y, por tanto, la tendrán a su disposición.

Pel Grup Parlamentari de Junts per Catalunya, té la paraula la diputada Calvo.

Quan vulgui.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Moltes gràcies, presidenta. Benvinguda, doctora Codina.

Bé, jo en la línia del que acaba de comentar la diputada Valido, dir-li que absolutament agraïts de tota aquesta informació que ens facilita i sobretot de tota la conscienciació, que escoltant-la, provoca. Perquè crec que nosaltres com a legisladors i també estem a la casa de la paraula, aquí toca debatre, toca discutir, estudiar, analitzar, observar. Crec que la nostra responsabilitat és ser útils i, per tant, quan algú arriba amb una presentació i explica, doncs coses molt pràctiques de què és el que es podria fer i ens aporta, doncs, també experiències d'altres països, això és fer de facilitador, d'influencer positiu i, per tant, moltíssimes gràcies.

No ocupo més temps en els elogis, que se'ls mereix, perquè a mi m'agradarà que puguem entrar, si és possible, una mica més en el detall. Tot i que l'informe és exhaustiu, i com que el tindrem, serà molt útil. Evidentment, a mi m'agradaria, aquesta frase que ha dit vostè: «El codi postal determina més la salut que el codi genètic». Crec que això, que a més a més el company Rafa Cofiño ens recordava ara fa uns moments, que ell també és una persona portadora d'aquesta frase, d'aquest lema que ve dels Estats Units.

Dit això, i a l'hora de ser de ser pràctics, quins són els contaminants més crítics?

Perquè jo recordo que vostè va venir aquí. Es va reunir amb una sèrie de grups parlamentaris i d'allà vam sortir tots espantats. Espantats perquè vostè va explicar, entre d'altres coses, que cada any surten nous contaminants, però centenars, milers i, per tant, els legisladors ja confessem que mai serem capaços de legislar d'una manera eficient per parar això. Per tant, evidentment, s'ha de treballar de manera holística i integral. Però quins serien els contaminants més crítics per a la salut infantil? I ja que avui estem amb

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 27

pobresa infantil, en els contextos de pobresa, quines patologies estarien més relacionades amb els contaminants? Vostè parlava de patologies respiratòries, però m'agradaria que ens ampliés si hi ha altres tipus de patologies que ens han de encendre totes les alarmes.

Si vostès, els professionals sanitaris, teniu eines suficients, com podem ajudar en aquest sentit? Si s'està incorporant en el seu cas, per suposat, si, però en general si s'està incorporant la història ambiental en pediatria, perquè també tenir totes aquestes referències pot ser molt útil. Evidentment s'ha observat la correlació i vostè també em feia referència entre la contaminació i el desenvolupament cognitiu i ha posat l'exemple de les escoles. M'agradaria saber de quina manera es podria incidir més en els entorns educatius perquè això arribi. I què podem fer també des d'aquí?

Bé, m'ha cridat molt l'atenció el que explicava vostè, que gairebé semblava bíblic, que els contaminants durant l'embaràs es podien transmetre fins a una tercera generació. Em sembla que la Bíblia en parlava de la culpa de quatre generacions, però segurament és la culpa de la humanitat que no estem fent els deures per evitar això, que és el que en aquest sentit s'estan fent prou estudis durant l'embaràs per evitar situacions, o si tenim aquesta càrrega genètica heretada de generacions anteriors, és poca cosa la que podem fer més enllà de l'epigenètica. Sé que estic preguntant moltes coses.

Vostè ja ha deixat molt clar que les zones de baixes emissions estan funcionant, per tant, per aquí anem bé. Quines bones pràctiques podríem adaptar d'altres països? No sé si hi ha alguna cosa que sigui fàcil d'aplicar i que pugui tenir un resultat, és a dir, que el cost efectivitat sigui assumible. Als Estats Units s'han desenvolupat mapes de risc ambiental. Aquí també s'està treballant en aquesta línia. Seria útil implementar.

I ja per acabar, dues preguntes més que per la part tècnica, per dir-ho d'alguna manera, la part filosòfica o una crida a la reflexió. Som prou conscients la societat, en general, del que ens ve a sobre? De quina situació estem posant els nostres fills i els nostres nets? Som prou conscients?

Gràcies.

*Gracias, presidenta.*

*Bienvenida, doctora Codina. Yo, en la línea de lo que acaba de comentar la diputada Valido, quería decirle que estamos absolutamente agradecidos por toda la información que nos ha facilitado y, sobre todo, por toda la concienciación que provoca escuchándola. Creo a que nosotros, como legisladores —estamos aquí en la casa de la palabra— nos toca debatir, discutir, estudiar, analizar, observar y nuestra responsabilidad es ser útiles. Así que, cuando alguien llega con una presentación y explica cosas muy prácticas de qué es lo que se podría hacer, aportándonos experiencias de otros países también, eso es hacer de facilitador, de influenciar positivo. Por lo tanto, muchísimas gracias.*

*No quiero ocupar más tiempo en esos elogios —que se los merece—, porque a mí me gustaría que pudiéramos entrar, si es posible, un poco más en el detalle, aunque el informe es exhaustivo y, como lo tendremos, nos va a resultar muy útil. Ha dicho usted que el código postal determina más la salud que el código genético. El compañero Rafa Cofiño nos recordaba hace un momento que él también es una persona portadora de esta frase, de este lema, que viene de Estados Unidos. Dicho esto, y para ser prácticos, ¿cuáles son los contaminantes más críticos?*

*Yo recuerdo que usted vino aquí y se reunió con una serie de grupos parlamentarios, y de allí salimos todos espantados, asustados, porque usted explicó, entre otras cosas, que cada año salen nuevos contaminantes —centenares, miles—, y los legisladores ya confesamos que nunca seríamos capaces de legislar de una forma eficiente para detener eso. Por eso hay que trabajar de forma holística e integral. Pero ¿cuáles serían los contaminantes más críticos para la salud infantil —ya que hoy estamos hablando de pobreza infantil— en los contextos de pobreza? ¿Qué patologías estarían más relacionadas con los contaminantes? Usted hablaba de patologías respiratorias, pero me gustaría que ahondara más y nos dijera si hay otro tipo de patologías que deberían alarmarnos y en las que, por tanto, nos deberíamos centrar.*

*También me gustaría saber si ustedes, los profesionales sanitarios, tienen herramientas suficientes. ¿Cómo podemos ayudar en este sentido? Asimismo, ¿se está incorporando la historia ambiental en pediatria? Tener todas estas referencias podría ser algo muy útil. Evidentemente, se ha observado la correlación —usted hacía referencia a ello— entre la contaminación y el desarrollo cognitivo, y ha puesto el ejemplo de las escuelas. Me gustaría saber de qué manera se podría incidir más en los entornos educativos para que esto llegue y qué es lo que podemos hacer también desde aquí.*

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 28

*Me ha llamado mucho la atención lo que explicaba usted acerca de que los contaminantes durante el embarazo se podrían transmitir hasta una tercera generación. Casi parece bíblico. La Biblia hablaba, creo, de la culpa de cuatro generaciones, ¿no? Pero seguramente es culpa de la humanidad, porque no estamos haciendo los deberes para paliar eso. ¿Qué es lo que se está haciendo en este sentido? ¿Se están haciendo suficientes estudios durante el embarazo para evitar situaciones así o, si tenemos esta carga genética heredada de generaciones anteriores, es poco lo que podemos hacer más allá de la epigenética? Sé que estoy preguntándole muchas cosas. Usted ya ha dejado muy claro que las zonas de bajas emisiones están funcionando y, por lo tanto, vamos bien por aquí. ¿Qué buenas prácticas podríamos adoptar de otros países? No sé si hay alguna cosa que sea fácil de aplicar y que pueda tener un resultado, que el coste de efectividad sea asumible. En Estados Unidos se han desarrollado mapas de riesgo ambiental. ¿Aquí también se está trabajando en esta línea? ¿Sería útil ponerlo en marcha?*

*Para finalizar, dos preguntas sobre la parte filosófica, por llamarlo así, o un llamamiento a la reflexión. ¿Somos suficientemente conscientes, la sociedad en general, de lo que se nos viene encima, de la situación en la que estamos poniendo a nuestros hijos y a nuestros nietos? ¿Somos suficientemente conscientes de ello?*

*Gracias.*

La señora **PRESIDENTA**: Moltes gràcies, diputada.

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

Cuando quiera, diputado.

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

Muchas gracias por la presentación y enhorabuena. Creo que ha sido una presentación fantástica y, además, enfoca muchas de las cuestiones que planteamos en la subcomisión respecto al tema de pobreza infantil desde una perspectiva global de salud pública, de salud planetaria. Creo que pensar en lo colectivo es fundamental, pero también lo es pensar en lo colectivo dentro del espacio y el escenario donde nos movemos por el universo, que es esta piedra verde con tantas dificultades que es el planeta Tierra.

Gracias, Pilar, por la referencia a lo del código postal. Lo del código postal era una traducción. En el año 2012 llevábamos un blog de salud comunitaria en Asturias y se tradujo un texto norteamericano de Woodson Foundation que hablaba de que para los pacientes crónicos y para los pacientes en general el código postal puede ser más importante que el código genético. La traducción que se hizo en aquel momento, en 2012, se viralizó y ahora es una frase que se utiliza de forma bastante extendida en nuestro país, viniendo de un pequeño blog asturiano. La referencia que hace a la epigenética es muy interesante, porque, realmente, la frase es un poco tramposa. La frase bien dicha sería «tu código postal puede incluso modificar la metilación de tu DNA y modificar tu epigenética», que es algo espectacular por las implicaciones que puede tener.

Me pararía no solamente en una cuestión ambiental, sobre la que luego volveré, sino también sobre el tema del exposoma de lo social. La salud de los críos expuestos a condiciones de pobreza y a condiciones de privación materiales claramente va a estar marcada, incluso van a tener una marca epigenética que los va a acompañar durante el resto de sus vidas mientras no pueda haber una reversión. Lo que dicen algunos autores es que no solamente condiciones extremas de pobreza modifican esa epigenética y pueden generar problemas, sino también condiciones adversas, como desigualdades, exposiciones repetidas, condiciones de aprendizaje adversas o agresiones mínimas, no grandes eventos traumáticos. Esto se relaciona con lo dicho por el anterior ponente, en el sentido de cómo hacer políticas que sirvan para que podamos cuidar a nuestros críos, protegerlos, abrazarlos más, quererlos más. Que haya una protección social va a hacer que tengan mejor salud y que tengan una epigenética y un código genético más robusto.

Mi pregunta está más relacionada con la parte ambiental o la parte que tan bien ha hecho en su exposición en relación con el tema del cambio climático. En esta Cámara hay personas que son negacionistas del cambio climático. Entonces, usted, que es una profesional, ¿cómo los trataría de seducir intelectual y académicamente para convencerlos de que el cambio climático ya está ahí, que existe y que es un riesgo real para la población? ¿Cómo seduciría, también académica e intelectualmente, a otras personas que no son negacionistas, pero sí que minimizan el impacto? O sea, hay personas que no son negacionistas claramente, pero restan importancia a la evidencia, dicen que igual hay factores más individuales. ¿Cómo podemos hacer que tengan en cuenta que ese debate no es *woke*, progresista ni no progresista, sino que es un debate realmente científico?

Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 29

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, diputado.  
Seguidamente, por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra su portavoz, la diputada... Aguirre. Perdóname.

La señora **AGUIRRE GIL DE BIEDMA**: No te preocupes.

La señora **PRESIDENTA**: La diputada Aguirre.  
Rocío, cuando quieras, y perdona.

La señora **AGUIRRE GIL DE BIEDMA**: Muchas gracias, presidenta.  
Muchas gracias, doctora Codina. Para mí lo más curioso —luego comentaré más cosas— es una frase de su cuenta de Instagram, que me ha parecido bastante buena. Dice: Recomendamos plásticos cero y recuperar ciertos hábitos de hace cincuenta años. Completamente de acuerdo con usted. Yo ahora mismo tengo 61 años y, desde luego, en 1986 se vivía muchísimo mejor que ahora, teníamos muchísima más libertad, podíamos decir lo que pensábamos y nadie nos insultaba, como nos pasa aquí todo el rato. Entonces, tiene usted toda la razón en eso. Ahora, en esta época —lo han dicho todos los ponentes—, están volviendo enfermedades de hace cincuenta años. Yo pasé el sarampión, y no pasaba nada, pero ahora resulta que están volviendo muchas enfermedades, como el sarampión o la sarna —sé que ha vuelto, por ejemplo, en Cataluña— que trae gente que viene de otros países donde no tienen la cobertura de vacunas que tenemos aquí, en Occidente. No sé qué le parece a usted eso. También usted ha dicho que le gustaría vivir bajo un cielo estrellado, la brisa del mar y el contacto con la naturaleza. Lo comprendo, a todo el mundo le gustaría, pero la realidad es que no todos podemos hacer eso.

Todos los comparecientes han dado datos y, aunque no los voy a repetir, quiero decir que en el ámbito de esta comisión dicen que se va a acabar con la pobreza infantil y que va a hacer un pacto de Estado, y resulta que lo dicen los que la han provocado: durante los últimos ocho años de Gobierno del PSOE y sus socios ha aumentado exponencialmente la pobreza infantil. Los responsables de que seamos el segundo país de Europa con mayor pobreza infantil son los que dicen que ahora lo van a arreglar con un pacto de Estado. Lo del pacto de Estado les encanta; quieren hacer pactos de Estado para todo, pero no sirven absolutamente para nada.

Usted habla de la salud medioambiental. Yo es la primera vez que lo oigo. Dice nuestro compañero que nosotros somos negacionistas. No, nosotros no somos negacionistas del cambio climático, nosotros lo que decimos es que el cambio climático no está provocado por la acción del hombre y que no es ninguna emergencia. Por supuesto que el clima está evolucionando desde las glaciaciones, eso es obvio, pero no está provocado por el hombre, o a veces sí, como, por ejemplo, en China o en países supercontaminados, que son de los que no se habla, porque no se puede hablar y resulta que la contaminación es muchísimo mayor en esos países.

Pero tenemos que hablar aquí de la Agenda 2030 y del cambio climático. Usted dice que los factores del clima influyen en la salud de los niños y que vivir en el campo es más sano. Por supuesto, lo que pasa es que ese factor al que usted se dedica nos parece que está sobredimensionado. No sé qué evidencias y estudios científicos nos puede usted citar en los que haya una relación directa entre el cambio climático y las enfermedades infantiles. Esa es una pregunta que le quiero hacer. A mí me parece que su discurso responde más a una corriente ideológica, que es una corriente ideológica mundial, pero, gracias a Dios, se está acabando. A nosotros nos vota mucha gente y, poco a poco, habrá más gente que lo hará.

Por otra parte, creer que todo esto se va a acabar con la Agenda 2030 y que se van a hacer unas cosas muy buenas... Claro, usted es muy joven —no sé si se lo puedo decir, porque me van a decir que es edadismo— y es idealista y cree que va a arreglar el mundo a través de todo lo que nos ha contado. Me parece fenomenal, la admiro por ello y me encanta, pero yo no sé si el problema es ese o el problema es que no hay pediatras, que hay pobreza infantil o que hay de verdad pobreza severa en España. Creemos que estos problemas son mucho más graves que el problema que usted dice.

Me gustaría preguntarle solamente qué piensa usted de que estén arrancando los olivos en toda España. Los olivos y los árboles producen oxígeno. ¿Qué piensa usted de que los estén sustituyendo por placas? No sé qué le parece a usted. Asimismo, ¿qué le parece que, gracias a las políticas de la Agenda 2030, estemos importando alimentos que contienen productos químicos que están prohibidos en España? No sé qué piensa usted de esto.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 30

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, diputada.

Para seguir con este turno, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, su portavoz el señor Quintero.

Cuando quiera.

El señor **QUINTERO HERNÁNDEZ**: Gracias, presidenta.

Quiero comenzar agradeciendo la comparecencia de la doctora Elena Codina Sampera. Coincido con mis compañeros y compañeras en que ha sido fantástica.

Hablar de salud medioambiental es hablar, ante todo, de infancia, de justicia y de futuro. Hoy ya no podemos sostener la ficción de que el entorno es un elemento externo a la salud. La evidencia es abrumadora. La contaminación del aire, la exposición a tóxicos, el cambio climático y la degradación de los ecosistemas están afectando directamente al desarrollo físico y cognitivo de nuestros niños y nuestras niñas, y además de manera profundamente desigual. ¿Y por qué de manera profundamente desigual? Pues porque no todos los niños respiran el mismo aire, no todos juegan en espacios seguros, no todos beben agua con las mismas garantías, no todos viven en condiciones dignas, y es que las crisis tienen un claro sesgo social, golpean con más fuerza a las familias con menos recursos, a los barrios más vulnerables. Por eso, no podemos abordar esta cuestión como un problema técnico aislado, es una cuestión de derechos. El derecho a crecer en un entorno saludable debe ser tan incuestionable como el derecho a la educación o a la sanidad.

Ha dado un dato que me ha sorprendido bastante, y es que los menores de 5 años soportarán hasta el 88% de la carga de enfermedad atribuible al cambio climático. Esta es una realidad que nos obliga a actuar sin demora porque cada decisión que posterguemos hoy la están pagando ya quienes no tienen voz para defenderse. Su intervención nos interpela directamente como responsables públicos y nos recuerda que debemos pasar de la preocupación a la acción, y esa acción debe ser ambiciosa, transversal y valiente. Debe ser ambiciosa porque no basta con medidas cosméticas; transversal, porque la salud medioambiental no es solo competencia de sanidad; valiente, porque implica tomar decisiones que a veces incomodan a determinados intereses económicos. Por ello, el Gobierno de España ha implementado y seguirá implementando políticas que reduzcan de forma efectiva la contaminación, que regulen con firmeza las sustancias nocivas y que transformen nuestro modelo energético y productivo. Nunca me cansaré de repetir —al igual que usted lo hizo al inicio de su intervención— que el bienestar de la infancia no puede depender del código postal, no puede ser un privilegio; debe ser una garantía. Tenemos el conocimiento, tenemos la evidencia y, gracias a profesionales como usted, contamos también con una hoja de ruta clara que nos indica por dónde avanzar y cómo hacerlo. Frente a ello, resulta difícil de entender que todavía haya quienes nieguen la evidencia científica y prefieran actuar como piedras en el camino en lugar de contribuir al progreso de nuestro país. Actuemos con responsabilidad, actuemos con justicia, actuemos pensando —como usted comentaba— en quienes no votan pero dependen más de nuestras decisiones: nuestros niños y nuestras niñas.

Conviene también señalar que los avances en salud medioambiental no han llegado por inercia, han sido fruto de acuerdos cuyo objetivo principal siempre ha sido proteger el bien común, especialmente el de la infancia. Estos avances se han conseguido a pesar de resistencias políticas claras: resistencias a regular emisiones, a limitar ciertos productos contaminantes o a impulsar transformaciones profundas en nuestro modelo energético y urbano. No podemos ignorar que, cuando se debilitan las normas ambientales o se posponen medidas urgentes, quienes acaban pagando el precio son, como siempre, los más vulnerables: los niños y las niñas. Y todo ello para proteger los intereses de unos pocos. A mí, sinceramente, se me caería la cara de vergüenza. Por eso, legislar con ambición en este ámbito no es una opción ideológica, es una obligación ética basada en la evidencia científica y en la protección del bien general, a pesar de que en VOX piensen lo contrario. Aquí es importante recordar que buena parte de las herramientas clave en esta materia recaen directamente en las comunidades autónomas. Son ellas quienes gestionan la sanidad y gran parte de las políticas que inciden también en el entorno cotidiano de la infancia. Por tanto, no es aceptable trasladar siempre la responsabilidad a otras Administraciones cuando existen competencias claras para actuar. Las comunidades autónomas deben asumir esas competencias con ambición si de verdad quieren proteger la salud de nuestros niños y nuestras niñas, y es absolutamente inadmisibles que la salud solo sea un privilegio de unos pocos.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 31

Para terminar, me gustaría hacerle una pregunta: desde su experiencia clínica y en relación con la salud medioambiental, ¿qué medidas considera más eficaces y urgentes para proteger a la infancia más vulnerable frente a los riesgos ambientales?

Nada más y muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, diputado.

Para finalizar el turno de posicionamiento de los portavoces de los grupos parlamentarios, tiene la palabra el diputado Aznar, por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Cuando quiera.

El señor **AZNAR TERUEL**: Muchas gracias, presidenta.

Buenas tardes.

En primer lugar, quiero dar las gracias a la compareciente, a la señora Elena Codina —y también me gustaría aprovechar para extender mi agradecimiento a los otros dos profesionales pediatras— por su maravillosa intervención y exposición. Ha sido una gran exposición para ver con detenimiento, porque ha sido muy exhaustiva y afecta a muchas cuestiones, y quiero añadir algunas preguntas a las que le han hecho mis compañeros.

Usted se ha referido al efecto de los microplásticos y me gustaría que nos pudiera ampliar la información al respecto.

Al finalizar, usted ha comentado algunas actuaciones que, según su criterio, serían necesarias. Voy a empezar por la primera, porque creo que es fundamental: es la que llama a actuar sobre la pobreza infantil en materia de los ingresos de las familias y de los hogares —si no recuerdo mal mis notas, usted lo estaba comentando—. El último informe de UNICEF España de 2025 situaba a nuestro país como el segundo con mayor riesgo de pobreza infantil —creo que compañeros anteriores han aportado este dato—: un 34,6% de riesgo, solo por detrás de Bulgaria. En algunas comunidades autónomas —y ahí viene el detalle que han especificado también algunos compañeros del código postal— podemos encontrar tasas que están en el 40%, en otras se reduce a un 25%. Desde luego, nuestra labor debería estar en llegar a homogeneizar esta situación para revertirla en la mayor medida posible. También diferentes instituciones están incidiendo en la cuestión de los ingresos: sitúan a España como el país con mayor pobreza infantil de la Unión Europea, con un 29,2%, ya que supera en 9,9 puntos la tasa media de la Unión Europea, que se sitúa en el 19,3%, lo cual hace que alrededor de unos 2,7 millones de niños y niñas estén sufriendo esta situación en nuestro país. Esto debería servirnos a todos los que estamos aquí para hacer la reflexión de que nuestro objetivo principal es poder llegar a acuerdos y no reprocharnos unos a otros —como ha sucedido en alguna intervención—, aprovechando que vamos a entrar en campañas. Considero que la pobreza infantil es un tema suficientemente importante y relevante, y creo que somos capaces de coincidir desde diferentes ámbitos políticos para intentar aprovechar sus muy interesantes aportaciones —las suyas y las de sus compañeros— para extraer las mejores conclusiones y poner instrumentos de solución a esta cuestión.

Veo que se me está terminando el tiempo, así que me voy a centrar solo en esta cuestión de los ingresos, porque algunos de los instrumentos y de las medidas que se han tomado —tanto el ingreso mínimo vital como el complemento de ayuda para la infancia— resulta que tienen un *non take-up* importante. Es decir, aquellos usuarios susceptibles de usarlos no están pudiendo: el 55% en el caso del ingreso mínimo vital, el 72% en el caso del complemento de ayuda para la infancia. Esto nos debería hacer reflexionar sobre que, si usuarios en porcentajes tan elevados no están pudiendo aprovechar este instrumento, algo deberemos hacer para solucionar este problema. Una de mis preguntas es cuál sería su reflexión respecto de lo que podríamos aportar para que este ingreso pueda llegar a estas familias.

Por último, en el poco tiempo que me queda, quiero referirme a los pediatras; se ha comentado en las intervenciones a lo largo de esta mañana, pero no de manera suficiente. Tenemos un déficit de pediatría importante —nuestra compañera lo ha comentado **(señalando a una señora diputada del Grupo Parlamentario VOX)** y alguien más—, y eso hace que en algunos territorios —y vuelvo al código postal— la incidencia de insuficiencia de pediatras esté alrededor del 50%, mientras que de otros especialistas está en un 25%. Algo deberíamos hacer para poder solucionar este problema, que es gravísimo. Uno de sus compañeros ha especificado que a los niños y a las niñas los deben atender los profesionales, y creo que estamos todos de acuerdo. Me gustaría saber también si nos puede aportar una reflexión al respecto —sé que no hay una solución mágica—. Veo que se me ha acabado el tiempo.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 32

La señora **PRESIDENTA**: Moltes gràcies, diputat.  
En general, solc ser bastant generosa amb l'administració del temps per una propera intervenció.  
Acte seguit, té la paraula la paraula la ponent. Quan vulgui. Té deu minuts i, el mateix, si s'allarga una mica no passa res.

*Muchas gracias, diputado.*

*En general, he sido bastante generosa con la administración del tiempo.*

*Tiene la palabra la ponente cuando quiera. Son veinte minutos, pero, si se alarga, no pasa nada.*

La señora **CODINA SAMPERA** (pediatra, responsable de la Unidad de Salud Medioambiental del Hospital Sant Joan de Déu, secretaria del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Catalana de Pediatría): Puc contestar en català?

La señora **PRESIDENTA**: Com vulguis. Jo, segons qui no ho faria, però tens traducció. A la Pilar per exemple, sí.

*Tiene traducción simultánea.*

La señora **CODINA SAMPERA** (pediatra, responsable de la Unidad de Salud Medioambiental del Hospital Sant Joan de Déu, secretaria del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Catalana de Pediatría): No, no, ya lo hago en castellano, no hay problema, así tampoco hay problema de comprensión.

Muchas gracias por la primera intervención. En nombre de las entidades a las que represento —tanto la Asociación Española de Pediatría, como la Societat Catalana de Pediatría y el Colegio de Médicos—, estamos abiertos a trabajar para lo que sea y haga falta. Todos estamos dispuestos a que, si nos necesitáis como comité de expertos —doy voz también a estas asociaciones—, podemos trabajar conjuntamente con la misma finalidad, que es por la que trabajamos los pediatras: que tengan salud nuestros niños y nuestras niñas.

Para contestar a la señora Calvo realmente necesitaría otra jornada, otra sesión entera para responderle a todo. El tema de los nuevos contaminantes emergentes viene un poco relacionado con el de los microplásticos; lo intento relacionar todo. Desde la época preindustrial, que sería alrededor de 1850 hasta ahora, la tecnología y la industria han mejorado y los avances nos han dado muchos beneficios. De hecho, tenemos vacunas y sistemas sanitarios que nos dan muchas facilidades.

La señora **PRESIDENTA**: (Por fallo técnico, no hay interpretación).

A la senyora Pilar sí, val?

La señora **CODINA SAMPERA** (pediatra, responsable de la Unidad de Salud Medioambiental del Hospital Sant Joan de Déu, secretaria del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Catalana de Pediatría): Ah, bueno, no, así respondo a lo de los microplásticos.

La señora **PRESIDENTA**: Vale, vale.

Per si no m'havia explicat que hi ha traducció.

*Por si no había entendido que hay traducción.*

La señora **CODINA SAMPERA** (pediatra, responsable de la Unidad de Salud Medioambiental del Hospital Sant Joan de Déu, secretaria del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Catalana de Pediatría): Vale.

De hecho, este desarrollo ha hecho que tengamos muchos beneficios, pero hemos incorporado muchas sustancias a nuestro entorno. El *Homo sapiens* ha vivido 300 000 años envuelto en naturaleza y hoy en día llevamos alrededor de 200 o 300 años plastificados, en entornos artificialmente creados para vivir como seres humanos. Cada año se desarrollan dos mil sustancias nuevas en la industria plástica o de origen fósil y, por lo tanto, es muy difícil que la legislación que comentaban tenga la capacidad de controlar, pero sí que existen principios básicos. Presentamos hace unos meses la propuesta de la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 33

fundación Rezero, Futuro sin tóxicos, en la que desarrolla muy bien algunas actividades muy concretas para agrupar sustancias químicas o para que las normativas que ya existen, ya que realmente existen, que se hagan cumplir. También que cuando se tengan que hacer nuevas propuestas a nivel europeo, España se posicione y dé apoyo ante aquellas sustancias como el glifosato, por ejemplo, cuya prohibición se está demorando y hace años que sabemos que existe. Si ahora mismo hiciéramos un análisis a todos los de la sala buscando DDT, que es un pesticida que está prohibido desde los años setenta, todos lo tendríamos en nuestro cuerpo, porque los efectos no son inmediatos y estas sustancias tardan muchos años en desaparecer del planeta.

Por lo tanto, nos tenemos que arromangar, que es diu en català, y comenzar a mirar, porque esto no se ve en el día a día. A uno no le coge un ataque de asma agudo por un glifosato, pero hay que ver los efectos que tienen. Lo que se relaciona con una de las preguntas hechas antes: las patologías. Son muy diferentes los efectos por la contaminación atmosférica —podéis consultar la biografía que os he pasado y que he expuesto antes brevemente—, pero los disruptores endocrinos, que normalmente van añadidos a los microplásticos o los plásticos, tienen un efecto que se llama acumulativo a muy baja dosis, es decir, que dosis muy pequeñas diarias hacen que al cabo de unos años tengamos un efecto concreto, como efectos en la reproducción. De hecho, la calidad espermática de los hombres españoles está cayendo en picado en los últimos años y esto se relaciona directamente con estas exposiciones con efecto endocrino, que se llama. También se da la pubertad avanzada. En las adolescentes ha disminuido —ahora no tengo los datos porque no lo tenía preparado, pero os los podría pasar— en los últimos años la edad de la menarquia en las niñas de nuestra sociedad, y esto lo vemos en la consulta.

De todo esto tenemos la evidencia científica —respondiendo también a otra pregunta—; mi lenguaje es la evidencia científica. El hecho de una opinión concreta se va muy allá de lo que yo he entendido y estudiado como científica que soy, porque aparte de hacer asistencia hago también investigación. Todo lo que sea rebatir con ciencia no hay problema, y la evidencia científica hasta el momento habla sobre la actuación del hombre. Os puedo remitir al artículo del *New England Journal of Medicine*, que relaciona el efecto del cambio climático, el uso de combustibles fósiles y la salud infantil. A partir de aquí, la evidencia es lo que nos manda. Y ya no es solo la evidencia; yendo a nivel más personal, yo paso consulta y veo a niños con cáncer, niños supervivientes de cáncer y niños con predisposición genética al cáncer, y hay una relación concreta con ciertas exposiciones y se ve cómo estos niños mejoran al desaparecer estas exposiciones. Esto a nivel con una *n*, que se dice, con una muestra muy pequeña. Nosotros para tomar decisiones clínicas nos decidimos a través de la evidencia científica, y es lo que hoy en día tiene más peso en nuestra asistencia clínica.

¿Tenemos bastantes herramientas? No. Existen las unidades de salud medioambiental, como la que hemos creado en hospital Sant Joan de Déu. Hace veinte años, el doctor Juan Antonio Ortega, que es nuestro maestro, creó la primera en Valencia y en Murcia y existen otras más pequeñas en La Garrocha. Ahora el nuevo protocolo del niño sano en Cataluña ya incorpora un capítulo de salud medioambiental en el que preguntamos concretamente por ciertas exposiciones ambientales, y creemos que esto puede ser también un punto de partida para que se extrapole al resto de comunidades autónomas de España donde aún no existe, puede ser una manera de empezar a crear esta cultura de tener presentes estas exposiciones ambientales. Esto vendría relacionado con la historia ambiental en pediatría, que es una historia que se puede hacer genérica, como de *screening*, o bien enfocada a patologías concretas. Con niñas en pubertad avanzada, por ejemplo, tenemos unas preguntas concretas basadas en evidencia científica que podemos hacer en la consulta y con esto monitorizar si con el tiempo va mejorando su clínica y si disminuyendo la exposición podemos mejorar su estado clínico hasta llegar a frenar esa pubertad, por ejemplo.

En entornos educativos, ¿qué se podría hacer? Yo creo que aplicar o replicar el decálogo, que es como un manual de instrucciones de lo que creemos, también por evidencia científica, que sería saludable para mejorar estos entornos en relación con la contaminación atmosférica y la contaminación acústica —porque la contaminación acústica es el segundo factor ambiental que más daño causa a la salud humana y se ha visto también que en los entornos escolares es un factor muy importante que afecta al aprendizaje de los alumnos— y para disminuir también la accidentalidad, porque no tenemos que olvidar que en los entornos escolares es donde más accidentes de tráfico suceden. Y el último aspecto en el que se basa el decálogo es en naturalizar los espacios. Por un lado, porque hay evidencia en que el hecho de estar en contacto con la naturaleza favorece el bienestar, sobre todo en la esfera de la salud mental y, por otro lado, de una manera más egoísta, porque en épocas de olas de calor se ha visto que en los espacios donde hay más naturaleza la temperatura se regula mejor y se pueden introducir aspectos como sombras de diferente tipo, juegos de agua en las escuelas...

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 34

Otro efecto importante es que en las generaciones que vienen, los adultos del mañana, es decir, los niños de ahora, si no aprenden a conocer el entorno donde nacen y crecen y aprenden a observar las estaciones, a conocer y amar la naturaleza, es imposible que de ellos nazca el hecho de protegerla en su futuro. Cuando sean adultos, si no tienen esta herencia, será difícil que entiendan que necesitamos una transformación que se llama ecosocial. Esto muchas otras disciplinas lo han desarrollado mucho más y no soy especialista como pediatra, pero otros entornos de filosofía, de antropología defienden que necesitamos centrar las políticas en el cuidado —lo comentaba el señor Cofiño, que ha tenido que irse—, instaurar políticas de cuidado cuando estén los niños enfermos. Pues este cuidado tendría que ser igualmente el centro de las políticas —el cuidado de los niños, el cuidado del planeta, el cuidado del entorno— y habría que tener este motivo como eje central para establecer una buena convivencia y un mejor futuro para todos los que estamos viviendo en este planeta. Ligado a esto y con la pregunta de la señora Calvo, destaco el hecho de incorporar el concepto de salud planetaria como la salud de todos. Es difícil entender que un pez dentro de una pecera esté saludable si el agua está sucia; pues lo mismo nos pasa a nosotros. Si vivimos en un planeta en el que está todo contaminado, es difícil que nosotros estemos saludables. Se trata de introducir este concepto de comunidad para actuar.

Mapas de riesgo ambiental como tal no existen, aunque con la Fundación Bofill en Barcelona sí que se ha empezado a trabajar el índice de vulnerabilidad de cambio climático en relación con las escuelas teniendo presente el grado de naturalización, la cercanía a ciertas carreteras, a temperaturas, etcétera. Es verdad que, en términos de investigación, esto está empezando a ser una herramienta que nos da peso para presentar proyectos europeos, para poder sostener cómo esto es importante para comparar diferentes políticas urbanas que pueden ser efectivas para adaptarnos al cambio climático.

¿Somos lo suficientemente conscientes? Yo creo que no, pero poco a poco el hecho de que se hable en diferentes ámbitos sobre salud ambiental y su importancia manifiesta que cada vez hay más preocupación. Darnos voz —y doy las gracias— en un sitio tan importante como el Congreso de los Diputados y poder reflexionar juntamente con quien tiene el poder de ejecutar políticas creo que es un paso muy importante. Lo iba a ligar con otra respuesta, porque tengo tantas preguntas...

Me preguntaban si faltan pediatras. Cuando me preguntan a mí si hacen falta pediatras, yo digo: ¡pero si esto no es mi responsabilidad! Yo soy pediatra, yo soy la que sufro que no haya pediatras, y la solución, ¡yo os la pido a vosotros! Porque yo soy la que ha llegado a ver a setenta niños un 24 de diciembre en un consultorio de primaria cuando no había nadie más que yo para dar respuesta a aquellas familias que venían preocupadas con sus niños. ¿Qué necesitamos? Necesitamos más planificación. Un pediatra tarda años en formarse. Si vemos que la natalidad va en descenso, sabremos cuántos niños tendremos en equis tiempo; es cuestión de matemáticas. Hasta la inteligencia artificial lo podría calcular. Es cuestión de tener una buena planificación. Los niños los tienen que ver los pediatras; no los médicos de familia, los pediatras. Nos cuesta mucho formarnos para ser especialistas en salud infantil y en salud neonatal. Hay países en los que la formación neonatal es una especialidad en sí, solo neonatal. Aquí, en España, tenemos neonatal y pediátrica a la vez. No sufrimos porque nos gusta mucho, pero realmente es un gran esfuerzo preparar un examen mir y hacer la formación. Por lo tanto, creo que es un tema más de organización y de política pública tener prevista esta cobertura.

La señora **PRESIDENTA: (Por fallo técnico, no hay interpretación).**

Ara sí que hauries de començar a tançar.

La señora **CODINA SAMPERA** (pediatra, responsable de la Unidad de Salud Medioambiental del Hospital Sant Joan de Déu, secretaria del Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría y coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Catalana de Pediatría): Perdó. Pensava que eren quinze i ara m'he allargat.

*Perdón. Pensaba que eran quince minutos y me he alargado.*

Poca cosa más. ¿Medidas más eficaces? Tendríamos que focalizarnos en los espacios públicos, en aquello que realmente no dependa del ámbito individual o familiar, sino de políticas para los entornos escolares, los parques públicos o el diseño de ciudades... Como referente, podemos tomar París, que ha hecho un cambio espectacular en los últimos tres o cuatro años. Yo invertiría en políticas públicas que pongan este foco en la justicia social.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 539

15 de abril de 2026

Pág. 35

La señora **PRESIDENTA**: Moltes gràcies.

Diputados, diputadas,

T'agraïm moltíssim la compareixença i el contingut. Crec que ha interessat molt.

*Agradecemos muchísimo la comparecencia y el contenido, que ha interesado mucho.*

También agradecemos a los tres comparecientes el trabajo de hoy.

Por favor, recuerden que mañana a las 10 seguimos con tres comparecencias más.

Muchas gracias, hasta mañana.

Damos por finalizada la sesión.

**Eran las cuatro y cuarenta y un 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-539