



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

**COMISIONES**

---

Año 2026

XV LEGISLATURA

Núm. 546

Pág. 1

---

**SANIDAD**

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER**

**Sesión núm. 41**

**celebrada el lunes 27 de abril de 2026**

---

Página

**ORDEN DEL DÍA:**

**Comparecencia del señor Zapata López, jefe de la Unidad de Personal Sanitario y Servicios de Salud de la División de Sistemas de Salud (Oficina Regional de la OMS para Europa), para informar y asesorar acerca de las principales debilidades y oportunidades para el Sistema Nacional de Salud en materia de planificación en políticas de personal sanitario. A petición del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. (Número de expediente 219/000023) .....**

---

**2**

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 2

### Se abre la sesión a las cuatro de la tarde.

El señor **PRESIDENTE**: Abrimos la sesión, que va a estar dedicada hoy a la comparecencia de don Tomás Zapata López, jefe de la Unidad de Personal Sanitario y Servicios de Salud de la División de Sistemas de Salud, de la Oficina Regional de la OMS para Europa.

Antes de eso, vamos a leer la declaración institucional que hemos consensuado en la comisión sobre el glioma de bajo grado con mutación en el gen IDH. Voy a leerla para que conste en el *Diario de Sesiones*, aunque daremos el texto para facilitar la transcripción. Comienzo pues.

Declaración institucional: «El glioma de bajo grado con mutación en el gen IDH constituye una enfermedad poco frecuente, incurable y de curso progresivo, que afecta principalmente a adultos jóvenes entre los 30 y los 40 años, con una supervivencia media cercana a los diez años desde el diagnóstico. Su carácter infiltrante y su sintomatología inicial específica dificultan el diagnóstico temprano y la resección completa del tumor, condicionando tanto el pronóstico como la calidad de vida de las personas afectadas.

Más allá de la dimensión clínica, el glioma de bajo grado con mutación IDH tiene un impacto vital profundo. Más del 70 % de los pacientes no logra reincorporarse plenamente a su trabajo un año después del diagnóstico, y alrededor del 20 % desarrolla trastornos depresivos graves. La pérdida de productividad, la dependencia prolongada y el deterioro emocional derivan en una vulnerabilidad económica y social que se extiende también a los cuidadores, frecuentemente familiares directos que asumen responsabilidades sin apoyo estructurado, con pérdidas de ingresos, fatiga crónica y sobrecarga emocional.

A esta carga individual se suma la desigualdad territorial: el acceso a las pruebas moleculares, a unidades especializadas y a la innovación terapéutica que varía entre comunidades autónomas. Hemos de generar mecanismos de coordinación interterritorial y de intercambio de información para evitar inequidades que afectan directamente a la esperanza y calidad de vida de los pacientes.

En este contexto, se hace imprescindible reforzar la detección temprana, la atención multidisciplinar, la coordinación intercentro, la inversión en investigación y el acceso ágil a terapias innovadoras. Igualmente, resulta esencial incorporar la atención psicosocial, el acompañamiento y la protección laboral y social de los pacientes y sus familias, promoviendo una visión integral y humanizada del abordaje del glioma de bajo grado con mutación IDH.

El glioma de bajo grado con mutación IDH nos recuerda que, incluso en el ámbito de las enfermedades raras, la respuesta sanitaria debe ser integral, humana y basada en la evidencia científica. Cada paciente representa una vida truncada por una enfermedad poco visible pero profundamente invalidante, que exige del sistema sanitario sensibilidad, coordinación y compromiso con la equidad.

Por todo ello, esta Comisión de Sanidad manifiesta su compromiso institucional firme para visibilizar la situación de estos pacientes y muestra su solidaridad con todas estas personas y sus familias.

Además, reconoce el papel indispensable de la promoción de la equidad real en diagnóstico y tratamiento, un acceso ágil, equitativo y garantista a los tratamientos innovadores, y del refuerzo e institucionalización de registros de datos en cáncer como el RETSINE, como pilares para la mejora del abordaje del glioma de bajo grado con mutación IDH.

Asimismo, traslada a las Administraciones competentes la necesidad de garantizar los recursos materiales, técnicos y profesionales necesarios para dar seguimiento a estos compromisos».

Muchísimas gracias a todas las personas que nos habéis propuesto el texto de la declaración y que seguís de cerca la enfermedad, a los pacientes y, sobre todo, a las familias para darles apoyo.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

**COMPARECENCIA DEL SEÑOR ZAPATA LÓPEZ, JEFE DE LA UNIDAD DE PERSONAL SANITARIO Y SERVICIOS DE SALUD DE LA DIVISIÓN DE SISTEMAS DE SALUD (OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EUROPA), PARA INFORMAR Y ASESORAR ACERCA DE LAS PRINCIPALES DEBILIDADES Y OPORTUNIDADES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN EN POLÍTICAS DE PERSONAL SANITARIO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO PLURINACIONAL SUMAR. (Número de expediente 219/000023).**

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, le doy la palabra al doctor Zapata López, que va a hacer una intervención inicial de veinte minutos. Después haremos una ronda habitual de cinco para los grupos. Necesitamos, entre todos, acabar a las cinco de la tarde para los dos actos paralelos que tenemos organizados.

Muchísimas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 3

Tomás, tienes la palabra.

El señor **ZAPATA LÓPEZ** (jefe de la Unidad de Personal Sanitario y Servicios de Salud de la División de Sistemas de Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa): Gracias, Agustín.

Muchísimas gracias a todos y a todas.

Es un placer estar aquí, en el Congreso. La idea es presentar cuál es la situación del personal sanitario en Europa y también ver, desde una perspectiva europea, cómo está la situación en España. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

Me gustaría empezar —como hace cuarenta años de la Ley General de Sanidad— congratulándonos por los buenos resultados del sistema de salud español en estos últimos cuarenta años. Por dar algunos indicadores, vemos que, en cuanto a necesidades médicas no atendidas, España está considerablemente mejor que la media europea, y también en cuanto a equidad. Además, tenemos una de las tasas más bajas de mortalidad evitable y tratable dentro de la Unión Europea, y también de hospitalizaciones evitables.

Como digo, creo que en estos cuarenta años se han conseguido grandes logros en el desempeño del sistema de salud. Una parte importante de este desempeño son los profesionales sanitarios, que han jugado un papel fundamental, con una buena formación, con una buena motivación y con un *commitment* importante —a veces me sale la palabra en inglés, lo siento—, con un compromiso importante. Creo que el personal sanitario es fundamental, porque, como sabemos, hay una correlación directa entre el personal sanitario y los resultados en salud, y cada vez esta evidencia va a más. Así que creo que es fundamental que tengamos en cuenta al personal sanitario de cara al futuro del Sistema Nacional de Salud y también de Europa.

Por supuesto, estamos en una situación de cambio. Estamos viendo que hay nuevos retos, nuevas necesidades que están apareciendo en la población. Desde 2024 la población de mayores de 65 años ha sobrepasado a la población menor de 15 años; esta población de 65 años va a seguir creciendo, al mismo tiempo que va a seguir subiendo la población mayor de 80 años. Esto va a suponer una mayor cronicidad, una mayor comorbilidad y presión en los sistemas sanitarios europeos, lo que, añadido a las nuevas tecnologías, a la nueva geopolítica y al nuevo contexto europeo, va a hacer que las necesidades de los pacientes en Europa cambien y que tengamos que adaptar los sistemas.

Estamos viendo en toda Europa —no solo en España— un incremento en las listas de espera y en la carga de trabajo de los profesionales y un descenso de la confianza de la población en los sistemas sanitarios. Por lo tanto, necesitamos repensar cómo organizamos los sistemas sanitarios, los sistemas de salud, para responder a este cambio de necesidades de los pacientes, poniendo a las personas en el centro; cómo reorganizamos los servicios de salud para responder a esos cambios de necesidades. Ahí es donde entra el personal sanitario. ¿Qué rol juega dentro de ese cambio de reorganización de servicios para responder a ese cambio de necesidades? En la OMS vemos al personal sanitario alineado con los servicios, con las necesidades de salud.

Al mismo tiempo, lo que estamos viendo en Europa es que hay una crisis de personal sanitario a nivel europeo, como dejamos claro en el informe que hicimos a finales de 2022, *Health and Care Workforce in Europe: Time to Act*. Realmente, el informe capturó mucha atención en medios de comunicación, en todos los periódicos, porque la mayoría de los países europeos está afrontando una situación de crisis de personal sanitario. Por lo tanto, el primer mensaje es que esto no pasa solo en España, sino que está pasando en la mayoría de los países europeos, y creo que es importante que lo tengamos en cuenta. Incluso *The Guardian* copió el título de nuestro *press release*, de la nota de prensa, que era «Una bomba de relojería», por la cuestión del envejecimiento de la población.

¿Qué es lo que vemos? Paradójicamente, uno pensaría: ¿tenemos menos personal sanitario que nunca? Pues no, tenemos más que nunca. En los últimos diez años ha habido un incremento del 20 % en la densidad de médicos, en número de médicos por 10 000 habitantes en la mayoría de los países. En España también, un 22 % de incremento; España está por encima de la media en la densidad europea de médicos. Además, es importante ir más con el detalle, con la lupa, para ver qué es lo que pasa dentro del colectivo médico. Lo que vemos es que en doce países europeos ha habido una disminución de esa densidad de médicos de familia; en España no ha sido el caso, pero sí en muchos países europeos, y por eso tenemos un foco en ese sentido.

También vemos que ha habido un incremento del 37 % en la formación de médicos en los últimos diez años. Luego, no es un problema de formación simplemente. Se siguen formando más médicos y España

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 4

también ha incrementado en los últimos diez años la formación de médicos, aunque estamos un pelín por debajo de la media europea en cuanto a graduados de Medicina por 100 000 personas. Cuando miramos a enfermería, tenemos una situación similar: un incremento del 8 % en la densidad de enfermeras a nivel europeo. Aquí, en España, sí que ha habido un incremento, pero estamos por debajo de la media europea; incluso cuando sumamos las profesionales de enfermería con las TCAE estamos por debajo. Así pues, la foto sería que en España tenemos una densidad alta de médicos, con una densidad por debajo de la media europea en cuanto a enfermería. Aquí tenemos la foto con todos los países.

En resumen, como pueden ver, tenemos más personal sanitario que nunca en España. En Europa está pasando exactamente lo mismo, siendo la región con mayor personal sanitario a nivel global de la OMS. La pregunta entonces es por qué hay una crisis de personal sanitario, por qué hay un déficit de personal sanitario en la mayoría de los países europeos. Esto es lo que voy a tratar de responder con estos dos círculos.

El primero, en azul, es la disponibilidad, la oferta de personal sanitario; al otro lado tendremos la demanda. En cuanto a la oferta, hay cinco factores que están empujando hacia abajo, incrementando el déficit de personal. En primer lugar, el envejecimiento de los profesionales sanitarios. Vemos que, de media, un 30 % de los médicos europeos tiene más de 55 años. Esto en algunos países es dramático. Italia, Israel, Alemania, Francia, tienen más de un 45 % de los médicos con más de 55 años; en los próximos cinco o diez años van a tener un tsunami de jubilaciones que realmente está tensionando el sistema sanitario. Por eso hablamos de una bomba de relojería en el artículo de *The Guardian*. Por lo tanto, el envejecimiento es algo a tener muy en cuenta.

En cuanto a España, estamos prácticamente en la media, en un 31 %. Pero es verdad que hay determinadas especialidades, como medicina de familia, que están especialmente envejecidas; un 60 % de los médicos de familia tienen más de 50 años. En el estudio de Beatriz González López-Valcárcel, que es un estudio excelente cuando lo miramos a nivel europeo —no muchos países tienen esta serie de estudios de proyecciones a largo plazo de las necesidades de médicos—, vemos que de los 5500 médicos que, según las proyecciones, van a faltar en 2029 una parte importante son médicos de familia. Por lo tanto, es importante tener esto en cuenta a la hora de planificar y de tomar medidas, como se está haciendo en muchos casos. El lado positivo es que va a haber un rejuvenecimiento importante de la medicina de familia en España. Creo que es una oportunidad interesante de traer nuevas ideas, nuevas formas de hacer las cosas. En enfermería, tenemos una población mucho más joven; solo un 18 % con más de 55 años. Pero, si no planificamos por adelantado, podemos tener la misma situación que muchos países están teniendo ahora mismo en Europa. Por lo tanto, la planificación es fundamental en personal sanitario.

Un segundo factor que tira para abajo serían las muertes durante el COVID, no grandes cuantitativamente, pero sí muy importantes desde un punto de vista de salud mental de los profesionales. Todos hemos vivido lo que los profesionales pasaron durante el COVID.

El tercer factor sería la migración, y esto depende mucho del país. Me gustaría presentar los resultados de un informe que sacamos el año pasado sobre migración de médicos y enfermeras en Europa. Vemos que ha habido un incremento del 58 % en la migración de médicos y del 67 % en la migración de enfermeras en los últimos diez años. Además se puede ver que es un incremento mantenido, sostenido. En el caso de los médicos que vienen, el 60 % lo hacen de fuera de Europa y van, fundamentalmente, a tres países: el primero, Reino Unido; el segundo, Alemania, y el tercero, España.

España es el tercer gran reclutador de médicos no nacionales formados fuera de España a nivel europeo y creo que este es un mensaje importante. Vienen, fundamentalmente, de Colombia, Argentina, Cuba y Venezuela. Por lo tanto, España es un importador neto de médicos a nivel europeo. Se puede ver claramente que el flujo de salida es inferior al flujo de entrada de médicos que vienen de fuera de Europa. Muchas veces se oye que están saliendo muchos médicos, pero la realidad de los números es que somos el tercer mayor importador neto a nivel europeo. ¿Eso quiere decir que, si no mejoramos las condiciones de trabajo, se pueden ir más médicos por desafección? Correcto, pero yo creo que tenemos que tomar medidas para que esto no pase y no aumenten los números. En cuanto a enfermería, es importante ver que hay más o menos un equilibrio después del *brexit*. Había muchas enfermeras trabajando en Reino Unido, pero justo después del *brexit* eso cayó dramáticamente. Por eso esa caída tan brusca.

El cuarto factor es el trabajo a tiempo parcial. Cada vez se valorará más la vida familiar y laboral, trabajar menos horas. Tiene un aspecto positivo porque, como veremos luego, el trabajar más horas tiene consecuencias, como peor salud mental, pero por otro lado hace que necesitemos más médicos para

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 5

cubrir la demanda de profesionales que existe. Esto es algo que debemos tener en cuenta cuando hacemos la planificación: no mirar —lo que decimos en inglés, *headcounts*— a la persona, sino al *full-time equivalent*, a cuánto tiempo dedica cada una de esas personas a la profesión sanitaria.

Y el último factor, que es muy importante, del que no se hablaba nada antes del COVID pero que ahora ha tomado una relevancia importante, es la salud mental. El año pasado, en noviembre, lanzamos el mayor informe, la mayor encuesta que se haya hecho en salud mental de médicos y enfermeras en la Unión Europea, Noruega e Islandia. Veintinueve países, 120000 respuestas. ¿Y qué es lo que vemos? Los resultados los tenemos aquí, en *The Lancet*. Trabajamos juntamente con las seis mayores organizaciones de enfermería y de médicos a nivel europeo, porque era una parte importante el trabajar con ellos.

¿Cuáles son los resultados? Uno de cada tres médicos y enfermeras presenta síntomas compatibles con depresión. Uno de cada tres. Esto es una prevalencia cinco veces superior a la población general, de tal manera que nos lo tenemos que tomar muy en serio a nivel europeo. España está un pelín por encima de la media europea, pero muy cerca de ella. Además, uno de cada cuatro médicos y enfermeras presenta síntomas compatibles con ansiedad. Uno de cada cuatro. Y de nuevo España está más o menos en la media europea. Finalmente, en torno a un 10% presenta ideas suicidas en el último año en el que pasamos la encuesta. Por lo tanto, este factor también es realmente preocupante. Algo que es interesante y que sale en el análisis es que los médicos y enfermeras jóvenes presentan peor salud mental que los que tienen mayor edad. Por supuesto pueden influir las condiciones de trabajo, como este *paper* que sacaron el European Junior Doctors y la Organización Médica Colegial, en el que se ve que el 80% de los residentes en España trabajan más de cuarenta y ocho horas semanales, que es lo que recoge la directiva europea. Ese puede ser uno de los factores, pero también pueden contribuir otros.

En cualquier caso, en el estudio no quisimos centrarnos solo en la foto de cuál es la situación en salud mental, sino también analizar cuáles son las causas que llevan a esa pobre salud mental, para que podamos incidir con políticas para mejorar esas causas. Aquí tenemos, en rojo, los factores de riesgo y, en verde, una serie de factores protectores. El primer factor y más íntimamente asociado a una pobre salud mental es la violencia contra los profesionales sanitarios. Hace poco, la Organización Médica Colegial sacó los datos y se vio cómo habían aumentado en los últimos años los casos de violencia contra profesionales sanitarios. Uno de cada tres médicos y enfermeras europeos ha estado expuesto en el último año a *bullying* o a amenazas violentas y el 10% a violencia física o acoso sexual. Por tanto, hay algo que hay que tener muy claro: tolerancia cero a la violencia.

Segundo factor: horas trabajadas. Uno de cada cuatro médicos trabaja más de cincuenta horas semanales en Europa. Lo más importante para mí es este gráfico: la correlación directa entre el número de horas trabajadas y la ansiedad y depresión. Aquí solo muestro depresión, pero también es ansiedad. A mayor número de horas trabajadas, mayor ansiedad; a mayor número de horas trabajadas, mayor depresión. No es lo mismo trabajar de sesenta y una a setenta horas, que tienes una prevalencia de depresión del 38%, que trabajar de treinta y una a cuarenta, que tienes un 25%. Lo realmente importante —y es algo en lo que incidimos en el informe— es mejorar las condiciones de trabajo como algo fundamental para mejorar la salud mental, la retención de los profesionales y la fidelización del talento.

Otro factor son las guardias frecuentes. Un 34% de los médicos y un 39% de las enfermeras hacen una o más guardias semanales. Esto también está directamente asociado a peor salud mental. Otro ámbito que tenemos que intentar mejorar son las condiciones a nivel europeo: uno de cada cuatro médicos y enfermeras tiene contratos temporales. Y esto también está asociado a una peor salud mental.

¿Cuáles son los factores protectores? La gestión, muy importante. Vemos que aquellos profesionales que sienten que nunca son escuchados por sus supervisores o *managers* tienen una prevalencia 2,5 veces superior que aquellos que sí que se sienten apoyados, que sienten que hay una buena gestión en el centro. Aquellos profesionales que sienten que tienen mayor autonomía, mayor control sobre su trabajo, presentan mejor salud mental también. Así que, de cara a repensar el sistema, yo creo que la gestión y la autonomía son parámetros importantes.

Todo esto importa porque al final los médicos y enfermeras que reportan mayores problemas de salud mental también tienen más probabilidades de dejar el puesto de trabajo. Y en una situación en la que necesitamos a todas y todos los profesionales sanitarios, por el incremento tan alto que estamos teniendo en la demanda —como mencionaré ahora—, no podemos permitirnos perder a profesionales con muchos años de formación, con gran experiencia. Por eso es tan importante que trabajemos en mejorar las condiciones de trabajo.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 6

En último lugar, en esta parte de salud mental, me gustaría pasar un mensaje positivo: dos de cada tres médicos y enfermeras encuentran sentido y satisfacción en su profesión; hay una motivación intrínseca muy grande. Tenemos la responsabilidad de proveer las condiciones de trabajo adecuadas para que los profesionales puedan realmente desarrollar esa motivación intrínseca, porque al final es un *win-win* para todos: para el profesional, para el sistema y para la sociedad. Yo creo que esto es algo importante.

Por este lado tenemos la oferta y por el otro tenemos la demanda. Lo que estamos viendo, como decía antes, con el envejecimiento, las enfermedades crónicas y demás, es que el incremento de la demanda está creciendo a un ritmo superior a ese incremento de la oferta. Eso es lo que está generando ese *gap*, ese déficit de personal sanitario y, como estamos viendo en toda Europa, el incremento de la demanda de servicios sanitarios. Por eso las soluciones no pueden venir solo del lado de la formación. Creo que tenemos que poner mucho énfasis en la demanda y en cómo repensamos los sistemas, como mencionaré posteriormente.

En la declaración de Bucarest tuvimos a los cincuenta y tres países de la región para posicionar el tema de personal sanitario como un elemento central. Después fuimos a Astaná, en Kazajistán, los cincuenta y tres países de la región y desarrollamos conjuntamente un marco de acción para mejorar la situación del personal sanitario en Europa. Aquí teníamos en la misma sala a Rusia y a Ucrania, a Armenia y a Azerbaiyán. Las negociaciones no fueron fáciles, duraron mucho tiempo, pero al final conseguimos poner el tema del personal sanitario como algo central, importante para todos los países europeos, y conseguimos llegar a un acuerdo entre Rusia y Ucrania.

Yo creo que esto también se traslada a nuestra política nacional. La cuestión del personal sanitario es un asunto central para la sostenibilidad del sistema sanitario español, y creo que todos los actores importantes tenemos una oportunidad para intentar unir fuerzas, pensar a largo plazo, ser responsables y ver cómo podemos mejorar la situación del personal sanitario. Soy consciente de la huelga de médicos que hay actualmente; soy consciente de las negociaciones del estatuto marco. Creo que deberíamos llamar al diálogo y a intentar unir puentes para buscar soluciones por el bien de todos y todas de cara al futuro del sistema sanitario y de la población. Este es el marco de acción que tenemos, que desarrollamos entre todos. El central es retener, fidelizar el talento, como se dice en español. El segundo, optimizar el desempeño de los profesionales. El tercero, la formación. El cuarto, la planificación. El quinto cómo invertimos más y mejor.

Empecemos por el central: fidelizar. ¿Cómo podemos mejorar las condiciones de trabajo? Aquí yo creo que tenemos que hablar de las horas de trabajo, como hemos dicho antes, de la temporalidad; tenemos que hablar de la conciliación de la vida familiar y laboral. Las nuevas generaciones valoran esto cada vez más, y debemos tenerlo muy en cuenta. Tenemos que contar cómo mejorar la salud mental, como decía anteriormente. Tenemos que mirar a las zonas de difícil cobertura. No voy a ir al detalle, porque no hay tiempo, pero creo que este es un pilar central para conseguir mantener el personal sanitario en el sistema, porque no nos podemos permitir que se nos siga yendo del sistema gente muy formada. Lo pusimos en este *British Medical Journal* también, poniendo el centro en «retener», como se dice en inglés.

Otro elemento son los salarios. No es un elemento central, pero también cuenta. En este estudio de la European Federation of Salaried Doctors se ve que en España estamos más o menos en la media en médicos en cuanto a años de experiencia, pero en los *junior doctors*, en los profesionales jóvenes, estamos en la parte baja.

El segundo pilar es la optimización. Para mí esto es fundamental porque la retención es más en el corto plazo, pero la optimización la estamos mirando más en el medio y largo plazo. Aquí hay tres elementos que yo creo que son fundamentales. El primero, cómo reorganizamos los servicios de salud, cómo le damos una vuelta, cómo cambiamos el paradigma para responder a esas necesidades cambiantes de las poblaciones y de los pacientes que estábamos mencionando anteriormente. Cómo reducimos la burocracia, cómo reducimos actividades que no añaden ningún valor, sino que son un gasto e incluso traen perjuicio. Cómo integramos la parte social y la parte sanitaria. Si además tenemos población más envejecida, cómo unimos los dos mundos, cómo integramos verticalmente atención hospitalaria, primaria y de *long-term care*, de cuidados. Yo creo que en esto hay un margen muy grande de mejora. Vamos a hacer una conferencia mundial en Dublín en febrero específicamente para esto. Hicimos una llamada para *case studies* y recibimos más de 150 *case studies* en Europa y el mundo, ejemplos concretos de cómo se puede mejorar el personal sanitario reorganizando los servicios de salud.

El segundo elemento sería la reorganización, el *skill mix* que decimos en inglés, los equipos. Cómo conseguimos trabajar mejor en equipos de profesionales en los que hay una interacción importante y, a

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 7

veces, una expansión de roles en determinadas profesiones —en enfermería, en farmacéuticos, en administrativos, en trabajadores sociales— que son importantes también para optimizar el personal sanitario que tenemos.

Y, en tercer lugar, cómo utilizamos la salud digital y la inteligencia artificial como un complemento para los profesionales, como una ayuda y no como una sustitución. Aquí creo que es importante contar con los profesionales en el diseño de esas herramientas. También sería importante evaluar esas nuevas intervenciones, la efectividad y el coste-efectividad. Y, por último, sería muy importante alinear esos sistemas con el propio sistema de salud.

La formación ya la he comentado. En cuanto a la planificación, ya he hablado más o menos de la importancia de los datos y de mirar a largo plazo. También de la inversión. Hicimos una conferencia nacional sobre personal sanitario en 2024 en el ministerio con todo tipo de actores y hubo muchas ideas de cómo realmente se puede mejorar a nivel nacional. Por parte de las comunidades autónomas creo que hay un margen de acción importante para mejorar también la situación del personal sanitario. Este *paper* lo hicimos en 2023, en *The Lancet*, con una representación de partidos políticos de España, de todos los colores. Nos sentamos a pensar cómo podría ser el futuro del Sistema Nacional de Salud, y la parte de personal era una parte importante, y, de nuevo, la idea de intentar unir puentes de diálogo y de responsabilidad de cara al futuro del sistema.

Como pusimos en este otro artículo de *The Lancet*, es al final cómo podemos movernos de una situación de crisis de personal sanitario a una situación realmente de éxito en Europa, en la que los profesionales tienen las condiciones adecuadas. Los servicios están cambiando, de tal forma que al final los profesionales puedan hacer lo que más les gusta, que es proveer de servicios de calidad a sus pacientes para, al final, mejorar la salud de la población.

Acabo aquí.

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

Vamos a empezar la ronda de cinco minutos.

Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

La señora **RECAS MARTÍN**: Gracias, presidente. Buenas tardes.

Muchísimas gracias, Tomás Zapata, por venir y por hablarnos con ese entusiasmo que siempre le caracteriza sobre la situación en la que nos encontramos. Además, nos da un poco de visión, porque, si alguna vez ha visto nuestra comisión, aquí parece que todo siempre va mal. Y es verdad, hay cosas que van mal, pero también hay que ponerlo en perspectiva y, según la perspectiva europea, no estamos tan mal, aunque eso no sea consuelo. Lo que queda claro es que hay lugares y temas donde se puede mejorar, y usted ha dado aquí bastantes pinceladas de por dónde se deberían encaminar.

Muchas de las discusiones que siempre tratamos aquí derivan de que los médicos se van; bueno, pues parece que no se van tantos. Hablamos muchas veces de que faltan médicos, y parece ser que tenemos densidad y estamos dentro de la media, que no está mal. Sin embargo, lo que nos falta realmente son enfermeras. No faltan tantos médicos porque se ha actuado antes. Se ha empezado con el tema de la formación —uno de los pilares que usted ha mencionado— y vamos a hacer que se incremente el número de plazas de médicos para que en todas las estadísticas que estamos viendo estemos dentro de la densidad esperada. Y ahí va mi primera pregunta. ¿Qué debemos hacer en el tema de formación? Porque es verdad que se están incrementando plazas para que se estudie, también en la pública y no tanto en la privada, y también se está intentando en enfermería. ¿Es esa la manera adecuada para trabajar el tema de la formación?

Un aspecto que nos llama mucho la atención es el de la salud mental. Tras leer la encuesta y ver los resultados está claro que hay que actuar. En SUMAR tenemos clarísimo que es uno de los pilares más importantes para esa retención o fidelización del personal sanitario. A este respecto, quería preguntarle algo sobre buenas prácticas. ¿Hay algún país de referencia? Porque nosotros tenemos un sistema totalmente descentralizado donde la mayoría de la gestión está en las comunidades autónomas. ¿Tenemos alguna buena práctica por la que podamos conseguir esa fidelización del talento cuidando esa salud mental que, como vemos, está bastante deteriorada en nuestros sanitarios?

Ha hablado también de uno de los factores de riesgo en este tema: las condiciones de trabajo. Como sabrá usted, ahora mismo hay muchas iniciativas legislativas para mejorar condiciones laborales, y desde hace bastantes años —en concreto, desde 2018—, se ha planteado aquí una iniciativa legislativa popular, que actualmente ya está en comisión, para trabajar en la dotación segura y óptima de personal de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 8

enfermería. Como sabrá, el ministerio está trabajando con la Organización Mundial de la Salud justo para eso, para ver qué horas y qué número de enfermeras y de TCAE tiene que haber. Yo querría preguntarle sobre la dinámica médica —los médicos no trabajan por ratios—, y me gustaría saber si hay alguna iniciativa europea en la que podamos fijarnos para incluir también a otro tipo de personal sanitario como los médicos.

Ha hablado también del estatuto marco, donde sabe que se ha recogido el tema de las guardias, del exceso de guardias y de cómo se controla. Sabemos que hay una norma europea que usted ha dicho que no se respeta en muchas partes. ¿Qué países tienen también buenas prácticas en todo esto? Porque está claro que, si hay poco médico y poca enfermera, les obligamos a trabajar de más. ¿Qué buenas prácticas hay justamente para evitar esto? Porque lo mínimo es cumplir con la norma europea.

Finalmente, ha hablado de esos cinco pilares, interesantísimos, y me ha llamado mucho la atención —o al menos he prestado más atención una vez que lo he escuchado— lo que dice sobre optimizar el rendimiento, en cuanto a esa reorganización de los sistemas sin decir más médicos, más enfermeras, sino trabajando en el marco del equipo de salud. No sé si me podría dar algún ejemplo de otras buenas prácticas dentro de un sistema parecido al nuestro que podamos valorar para más tarde legislar.

Nuevamente le doy las gracias porque son necesarias estas evidencias. Es esencial que a veces alguien de fuera nos venga a decir lo que se ve desde el exterior. Sin duda alguna, será muy beneficioso escucharle, y espero que podamos seguir haciéndolo, porque necesitamos mejorar la situación de los médicos, de las enfermeras, de todo el equipo y, sobre todo, mejorar nuestra reorganización, esa optimización.

Puede contar con el Grupo Parlamentario SUMAR.  
Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Grupo Parlamentario VOX, por favor.  
Tiene la palabra.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias.

Efectivamente, doctor Zapata, siendo muy interesante su intervención sobre personal sanitario, quisiera aprovechar su presencia para hablar —más allá del tema que ha traído, que veo que conoce en profundidad— de usted como representante de la OMS y de un asunto que a nosotros, a mi grupo, nos preocupa: las generales de la ley. Desde ese punto de vista, me va a permitir el atraco que quiero intentar hacerle.

Adonde quiero llegar es que a nosotros lo que nos preocupa es saber quién decide realmente hoy en día las políticas sanitarias y con qué grado de independencia se hacen. Porque algunos pensamos que la Organización Mundial de la Salud ya no actúa únicamente como un organismo técnico de coordinación —que es lo que creemos que debería ser—, sino que en los últimos años está evolucionando hacia ser un actor con capacidad creciente para influir, orientar e incluso condicionar decisiones que corresponden a los Estados soberanos. Efectivamente, España participa en este organismo, pero no podemos ignorar que su funcionamiento, insisto, hoy por hoy está condicionado por el modelo de financiación que tiene y por los equilibrios de poder internacionales que, desgraciadamente, estamos padeciendo. Vemos un cambio claro: mientras unos países se van, reducen o eliminan su aportación, otros aumentan de forma significativa su peso financiero; por ejemplo, ahí están los 500 millones de dólares aportados por China.

Al final, algunos pensamos —y es adonde quiero llegar— que la salud global hoy en día es un espacio de influencia estratégica, lo que nos lleva a una cuestión, creo que incómoda, pero necesaria, que es: ¿puede un organismo cuya financiación depende en gran medida de las aportaciones voluntarias (**hace el gesto de comillas con los dedos**) ser neutral? Y eso me lleva a otra cuestión: la capacidad real que hoy en día tienen los Estados para responder.

Usted ha hablado de la pandemia e, insisto, el estudio que nos ha presentado es excelente, pero la experiencia reciente nos ha demostrado que, desgraciadamente, en situaciones críticas cada Estado al final ha tenido que apoyarse en sus propios recursos. Por consiguiente, cuando fallan las cadenas de suministro, cuando se tensionan los mercados internacionales —¡qué le voy a contar de lo que está pasando ahora mismo en Irán!—, cuando la autonomía ya no es un concepto tan teórico, aparece la necesidad, y la necesidad, como se suele decir en los pueblos, significa que hay que buscarse la vida. Algunos creemos que España tiene que aspirar a ser soberana sanitariamente, y eso significa poder autoabastecerse en ámbitos estratégicos como la producción de medicamentos esenciales, vacunas,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 9

tecnología sanitaria y capacidad industrial. Hoy nos ha hablado usted de personal, pero, sin dudar de los datos que ha traído, evidentemente creemos que cada país tendrá que hacerlo a su manera. En España tenemos que intentar ser soberanos para paliar ese déficit de personal que tenemos, porque, si no, al final quedamos expuestos a dependencias externas que creemos que comprometen su eficacia.

La marcha de Estados Unidos de la OMS —que es algo sobre lo que me gustaría que me diera su opinión al finalizar— creemos que ha sido una pérdida relevante para el equilibrio del sistema mundial de salud. En nuestro caso, además, arrastramos un exceso de burocracia, una fragmentación normativa tremenda y una convergencia administrativa que es una locura por la coexistencia de los múltiples sistemas sanitarios que tenemos, y todo eso es un freno. Así que, desde la definición de lo que algunos pensamos —que no es mi intención que comparta—, me gustaría hacerle alguna pregunta más concreta. Desde su experiencia, por el tiempo que lleva en la Organización Mundial de la Salud, ¿qué mecanismos cree usted que debería proponer la organización para asegurar, insisto, que las recomendaciones sean exclusivamente técnicas, sin entrar en grandes definiciones globalistas, es decir, para que se adapten a la realidad institucional y a la realidad presupuestaria de cada nación —porque algunos pensamos que eso no es así— evitando esos enfoques globalistas?

La segunda pregunta ya sé que no es del todo su terreno, pero usted me ha hablado también de flujos. ¿Qué evidencia científica cree que manejaremos en la OMS sobre los flujos migratorios y fundamentalmente sobre la vigilancia y el control de las enfermedades infecciosas en los sistemas sanitarios europeos? Porque lo que es una realidad, insisto, es que esos flujos migratorios van a más, y necesitamos esas recomendaciones específicas para la detección precoz o para que la cobertura vacunal no nos genere brechas en nuestra salud pública.

Finalmente, y como parte de la intervención que he hecho, ¿cuál cree usted que debería ser el modelo de financiación de la Organización Mundial de la Salud? Porque ya le he dicho que el que hay actualmente, que es de aportaciones voluntarias, es un gravísimo error.

Lo siento por el atraco, pero no podía evitarlo por su presencia. De nuevo, enhorabuena por su intervención.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

La señora **SOLDEVILLA NOVIALS**: Gracias, presidente.

Doctor Zapata, muchas gracias por su comparecencia. Creo que su trayectoria en la OMS nos aporta una visión especialmente útil, porque lo que proporciona la OMS es algo bastante básico: datos comparados y evidencia científica sobre lo que está funcionando en otros países. Por tanto, renunciar a la OMS, desde mi punto de vista, no nos daría más soberanía y sería una irresponsabilidad que nos llevaría a tomar peores decisiones como país.

Nos ha planteado algo clave, y es que esta no es una crisis coyuntural, sino estructural, debida a las necesidades y al contexto actuales, por lo que no se puede abordar con soluciones simples. Decía que vivimos una crisis de personal sanitario en el momento en el que más profesionales tenemos en el sistema, y nos ha comentado que no es suficiente con formar más y con ampliar plazas, sino que es imprescindible mejorar las condiciones laborales, porque afectan a la salud mental de los profesionales. Nos ha dado datos sobre que una parte muy importante de estos profesionales presenta síntomas de *burnout*, de depresión, de ansiedad, y de que hay un riesgo de suicidio por encima de la media de la población, lo que es inaceptable en un sistema que tiene que cuidar también de quienes cuidan. También nos ha explicado que las causas tienen que ver con la sobrecarga de horas, el aumento de las agresiones, la temporalidad o las guardias. En definitiva, no es que falten profesionales, es que los que tenemos no pueden sostener el sistema en estas condiciones. En este sentido, me gustaría plantearle una cuestión, dado que la compañera del Grupo SUMAR ya le ha preguntado por casos de buenas prácticas en otros países, y es si existen evidencias sobre diferencias de género en este impacto, porque es un sector muy feminizado y hay factores como la parcialidad, la conciliación o la carga de cuidados que podrían afectar *a priori*.

Por otra parte, nos ha dejado patente que una parte importante del problema es organizativa. Es necesario ver cómo se organizan los servicios o qué tareas realizan los profesionales, porque su tiempo a veces se diluye en procesos, en burocracia o en circuitos que no siempre aportan valor, y esto provoca falta de disponibilidad real, un mal funcionamiento del sistema y también genera malestar y frustración en los sanitarios y sanitarias. En algunos territorios estamos viendo iniciativas para reorganizar el sistema, para integrar mejor lo sanitario y lo social o para adaptar el papel de los distintos perfiles profesionales en

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 10

equipos multidisciplinares. Yo vengo de Cataluña, donde, por ejemplo, tenemos iniciativas como el CAIROS. Me gustaría conocer su opinión sobre este tipo de modelos que dan mayor autonomía a cada centro sanitario para organizar las tareas según las necesidades de cada centro a cambio de resultados en listas de espera, en calidad del servicio o en la satisfacción de los pacientes. Quisiera saber también qué indicadores considera claves para evaluar estos cambios. ¿Qué deberíamos estar midiendo de manera periódica para ver si las medidas que se toman, tanto las organizativas como las de condiciones laborales, funcionan?

Quisiera plantearle un par de cuestiones sobre planificación y distribución de profesionales. Primero: ¿cómo se pueden diseñar las políticas de distribución para que no compitan entre territorios, sino que funcionen de manera coordinada a nivel del sistema? Segundo, ha comentado que somos un país importador de profesionales, por lo que querría preguntarle sobre la homologación de especialidades y si hay experiencias a nivel internacional de agilizar estos procesos con la garantía de calidad e integración en el sistema que estamos buscando.

Le agradezco de nuevo su comparecencia. Vamos a recopilar los informes que había por ahí, que no teníamos en el radar, y los estudiaremos.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Parlamentario Popular, por favor.

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

Quiero comenzar agradeciéndole al señor Zapata su presencia hoy en esta comisión. Su comparecencia es especialmente relevante porque nos permite abordar uno de los grandes retos de nuestro Estado, que es el sistema sanitario. Es evidente que nuestro sistema sanitario atraviesa una situación de máxima tensión estructural que no responde a un problema puntual, sino a una acumulación de carencias y también de errores. El ejemplo más reciente lo hemos visto en el proceso MIR de este año, un proceso que debería ser sinónimo de excelencia y que, sin embargo, ha generado incertidumbre, problemas de gestión y dudas sobre la capacidad de planificación del sistema.

También lo vemos en atención primaria, que sigue siendo uno de los pilares más tensionados con plazas que no se cubren, especialidades deficitarias y falta de planificación y financiación por parte del ministerio, lo que termina afectando, sin duda, a la calidad asistencial de las comunidades autónomas. A esto se le suma un contexto normativo especialmente complejo: por un lado, la reforma del estatuto marco, que está generando un clima de profundo malestar en el sector; por otro, la apertura de una posible reforma de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias sin haber cerrado aún los problemas del marco anterior.

El sector sanitario está tan perjudicado que los médicos de toda España se están movilizándolo una semana más en una huelga donde se acusa a la ministra de mentir y de manipular; tanto es así, que los propios médicos han pedido hoy que abandone las negociaciones por no considerarla una interlocutora válida. El sistema sanitario no necesita una ministra dividida entre el ministerio y una candidatura, sino una responsable plenamente dedicada a desbloquear esa crisis, que es lo que realmente merece nuestro sistema sanitario.

Desde el Grupo Popular queremos plantearle, si me lo permite, algunas cuestiones. Como bien sabe, Europa atraviesa una crisis profunda en materia de profesionales sanitarios no solo por la falta de médicos en términos absolutos, sino porque los factores que limitan su disponibilidad real y su permanencia en el sistema están superando cualquier capacidad de respuesta a corto plazo. Usted es un firme defensor de que no solo hay que tener más profesionales, sino de que hay que reformar desde la raíz los modelos de planificación, de organización y de condiciones laborales con el objetivo de fidelizar, y yo quería preguntarle: ¿cómo hacerlo en España, cuando, según los estudios de las necesidades del ministerio, tenemos un déficit de más de 4500 plazas de médicos? Con este déficit de médicos, aunque también podríamos hablar de enfermeras, ¿cómo se valora desde la OMS que España pueda planificar sus recursos humanos y mejorar sus condiciones de trabajo? Como hemos dicho antes, hoy comienzan los médicos una tercera semana de huelga, ¿cómo se valora esta situación desde la OMS y si considera que la ministra de Sanidad está actuando correctamente en este conflicto?

Ha comenzado hablando de grandes logros y de cambios de necesidades, y me gustaría incidir en atención primaria y en las plazas sin cubrir. ¿Qué medidas cree que serían necesarias para hacer atractivas estas especialidades y garantizar su cobertura en todo el territorio? ¿Cómo proponen mejorar

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 11

las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios a propósito de lo que nos ha expuesto sobre la alta prevalencia de los problemas de salud mental? Si me lo permite, también quisiera preguntarle, desde una perspectiva comparada, sobre si han identificado en otros países modelos concretos o prácticas concretas que podrían servirnos de referencia para mejorar la planificación del personal sanitario en España.

Por último, como cuestión de fondo, en un contexto marcado por reformas normativas y tensiones laborales, ¿cree que el liderazgo político y la gestión de los últimos años han contribuido a generar un entorno estable en este sistema sanitario o, más bien, han incrementado esa tensión e incertidumbre en los sanitarios? Señor Zapata, le preguntamos todo esto porque, además de identificar los problemas de nuestro sistema, lo importante es avanzar, como usted ha dicho, hacia soluciones reales que protejan a los sanitarios, que protejan a los trabajadores y que protejan a los usuarios finales.

La realidad es que la sanidad necesita estabilidad, y no la tiene en este momento; precisa seguridad y una estabilidad para los sanitarios y los profesionales que cada día sostienen el sistema con dedicación y con vocación y, demasiadas veces, con incertidumbre y también con preocupación. Los profesionales no piden privilegios, sino condiciones dignas para desarrollar su trabajo con certidumbre, confianza y también garantías. También se necesita seguridad y estabilidad para los pacientes, porque detrás de cada cita hay una persona, hay una familia, hay una preocupación que a veces se hace demasiado larga y, en ocasiones, por qué no decirlo, señor Zapata, angustiada. En definitiva, se necesita estabilidad en la planificación y organización de nuestro sistema porque la sanidad no puede vivir en el corto plazo ni en la improvisación. Eso no cabe. Necesita bases firmes, necesita consenso y visión de futuro, como usted ha dicho en su comparecencia.

Desde el Grupo Parlamentario Popular proponemos un debate sereno y coherente, que devuelva la confianza y garantice esa atención sanitaria ágil y de calidad para las personas.

Señor Zapata, le agradecemos su comparecencia en esta comisión, así como su predisposición a responder a nuestras preguntas.

Muchísimas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tenemos seis minutos para contestar a las cuestiones planteadas.

El señor **ZAPATA LÓPEZ** (jefe de la Unidad de Personal Sanitario y Servicios de Salud de la División de Sistemas de Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa): Bueno, en primer lugar, muchísimas gracias por todos los comentarios. Voy a intentar abordarlos todos, aunque es imposible.

En cuanto a la salud mental y buenas prácticas, lo que vemos en el estudio que hemos hecho es que aquellos países que tienen mejores condiciones de trabajo, en cuanto a horas trabajadas y guardias — Suecia, Noruega, países nórdicos—, son los que están en la parte baja y los que tienen una mejor salud mental; luego la correlación se aplica a ese nivel también. En buenas prácticas —Suecia, Dinamarca—, si uno mira las horas trabajadas de los médicos y de las enfermeras, son mucho menores que en otros países de la Unión, donde se ve que la situación es peor. Aquí me gustaría resaltar una cosa. Tenemos un proyecto de la Unión Europea en el que estamos trabajando con el hospital de Karolinska que, como saben, es el hospital que en la revista *Newsweek* siempre sale como primer hospital europeo en los ránquines mundiales. Estamos trabajando con ellos, y el otro día, hablando con el CEO, me dijo que ellos no tienen guardias de veinticuatro horas porque entendieron que era un modelo obsoleto implantado a principios del siglo XX en Estados Unidos en los hospitales de aquella época, y ellos consideran que es un mejor modelo trabajar menos horas, porque es mejor para la seguridad del paciente, para los profesionales y para el sistema. A esto es a lo que me refiero con el tema de la reorganización, a que es posible pensar las cosas de otra forma. El cambio es complicado porque siempre va a haber resistencias, pero creo que es posible e importante; además, se puede trabajar en estas líneas en la regulación a nivel central y también en las comunidades autónomas.

También considero muy importante evaluar bien el impacto de estas políticas. Si se baja el número de horas, ¿cuál es el impacto en temas de salud mental? ¿Cuál es el impacto en productividad? ¿Cuál es el impacto en resultados de salud? Creo que muchas veces implementamos políticas, pero no medimos bien su resultado, algo que, si hacemos bien, nos podría abrir otras ventanas de oportunidad para seguir trabajando en reformas.

Respecto a VOX en cuanto a la Organización Mundial de la Salud y el sistema de financiación, eso es lo que nosotros queremos precisamente. Hace muchos años, el 80 % de la financiación era de los Estados

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 12

miembros; posteriormente, a lo largo del tiempo, cortar o congelar esta financiación ha provocado que seamos dependientes de contribuciones voluntarias, de tal manera que ahora mismo el 20% de la contribución viene de Estados miembros a través de contribuciones obligatorias, y el 80%, de contribuciones voluntarias. Esto, el doctor Tedros, el director general, lo dijo muy claro en su mandato: su objetivo era incrementar las contribuciones obligatorias para que la OMS pudiera trabajar realmente en las necesidades de los países. Esto es un objetivo, y en la última Asamblea Mundial se ha acordado que irá aumentando progresivamente la financiación obligatoria de los Estados miembros. Creo que esto es importante.

Un segundo punto que me gustaría recalcar es cómo trabajamos nosotros. Yo trabajo en cincuenta y tres países. Hace dos semanas estuve en Kirguistán; hace cuatro semanas, en Armenia; la semana pasada, en Rumanía. Para nosotros, algo fundamental es escuchar en primer lugar las necesidades y las prioridades del país. Nosotros no venimos con agendas de arriba a abajo a imponer nada, lo que hacemos siempre es una cosa que llamamos Health Labor Market Analysis, que es entender cuál es la situación del personal sanitario del país. Y lo primero que hacemos es preguntarle al ministro o ministra del país y al equipo cuáles son las dos o tres *policy questions* que quieren responder con este análisis. A partir de ahí, trabajamos codo a codo con el equipo nacional en proporcionar esas respuestas, como equipo, para que se ajusten a las necesidades del país. Por tanto, no es que nosotros estemos imponiendo absolutamente nada; por el contrario, nos alineamos totalmente con el país, sus necesidades y sus prioridades. Además, trabajamos en la mayoría de los países con independencia de su color político, es decir, estamos trabajando en Hungría, Rumanía, Suecia, Alemania, Irlanda y España, que es algo que me gustaría recalcar.

A nivel de urgencias, de emergencias, creo que es importante valorar el papel de la OMS, porque en un momento de caos, como lo fue la pandemia del COVID, creo que es fundamental que haya un organismo que sea capaz de aunar a todos los Estados, a todos los miembros, y definir cuál es el caso y las medidas, porque, si no, al final, cada país va a tirar para un lado. Yo creo que el Pandemic Treaty, que se ha estado negociando y en el que se ha llegado a un acuerdo, es importante porque al final es necesario que haya un organismo internacional de coordinación multilateral que sea capaz de aunar y de responder de una forma efectiva. De todo se puede aprender. Ha habido un informe con una evaluación del COVID, donde se ha visto que se hicieron cosas muy positivas y otras que se pueden mejorar, pero creo que estamos en esa actitud de ver realmente lo que se ha hecho con datos e intentar mejorar de cara al futuro. Lo que nos gustaría es que los Estados miembros se comprometiesen a tener una mayor financiación.

Muchísimas gracias por su intervención (**dirigiéndose al Grupo Socialista**). No lo he mencionado, pero siempre lo digo: cuidar a los que cuidan. Muchas gracias por mencionarlo, porque es algo fundamental. Nos hemos olvidado de que hay que cuidar a los profesionales, es esencial, porque hemos asumido que podemos seguir exprimiendo el limón y seguir estirando, estirando y estirando, y no va a pasar nada. No, se está rompiendo. Si no nos lo tomamos en serio, al final la gente quiebra, que es lo que estamos viendo en esta encuesta de salud mental. Cuidar a los que cuidan es un lema que hoy no he dicho, pero muchísimas gracias por traerlo.

CAIROS a mí me gusta. He estado con Manel del Castillo en varias ocasiones, y creo que tenemos que ser atrevidos y atrevidas para probar nuevos modelos de gestión que estén bien evaluados. Es fundamental tener una buena línea de base, ver las intervenciones y evaluar cuáles son los resultados de esa intervención. Creo que el CAIROS va hacia el profesionalismo, a dar mayor autonomía a los profesionales para la autogestión en atención primaria, que es un elemento fundamental. Todo lo que sea innovación en el sentido de dar mayor autonomía a los profesionales funciona para mejorar también la salud mental de esos profesionales. Sabemos que la atención primaria es una forma muy efectiva de mejorar los resultados en salud, de mejorar la equidad y de mejorar la eficiencia también, luego, creo que es un modelo muy interesante.

También se está trabajando en la integración vertical. CAIROS es la parte de atención primaria, pero tenemos que acabar con los silos de hospitalaria, primaria y cuidados. ¿Cómo podemos traer todo esto? Y añadido y alineo con la pregunta de cómo medimos resultados. Tenemos que acabar con esta manera de medir los resultados en cuanto a actividad: número de consultas, número de pacientes, etcétera. No, el dinero es limitado. La sociedad está poniendo un *trust*, una confianza, en el sistema y en nosotros. ¿Cómo medimos resultados de salud de tal manera que sepamos que lo que estamos haciendo en los sistemas aporta y añade valor? Aquí creo que tenemos que poner al paciente en el centro y alinear los sistemas.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 546

27 de abril de 2026

Pág. 13

Cuando estuve en Leuven University —también una de las grandes de Europa—, me dijeron que hicieron un estudio, y ¿sabes cuántos profesionales vieron a un paciente cardiológico con infarto de miocardio? Ciento veinte profesionales a lo largo de todo el proceso, desde que es diagnosticado hasta todo el proceso de tratamiento, rehabilitación y casa. Ciento veinte profesionales. Necesitamos ver resultados en salud, necesitamos el trabajo en equipo y necesitamos ver la multidisciplinariedad, que creo que es más importante que medir actividad.

En cuanto al estatuto marco y huelga —dirigiéndose al Grupo Popular—, creo que, como decía usted, necesitamos diálogo sosegado, necesitamos traer a las partes y necesitamos buena voluntad y responsabilidad de todos los actores involucrados, porque creo que esto solo va en perjuicio de los profesionales, del sistema y de los pacientes. Si estamos pensando en un sistema sanitario de futuro, tenemos la ocasión de definir las reglas con el estatuto marco. El último era del año 2003, y todo ha cambiado muchísimo en estos últimos veintitrés años. Necesitamos un nuevo marco y necesitamos que todos los profesionales estén involucrados en las soluciones. Hacia ahí tenemos que ir. ¿Cómo hacerlo? No lo sé, pero creo que hace falta diálogo y ser capaces de sentarse y de llegar a acuerdos, porque, si no, al final, todos y todas vamos a salir perjudicados.

Yo soy médico de familia. Estamos trabajando en muchas otras cosas que no he mencionado sobre cómo mejorar la atención primaria, la medicina de familia y la enfermería de familia a nivel europeo. Necesitamos enamorar a las nuevas generaciones para que piensen que ser médico o médica de familia es algo que aporta un valor fundamental a la salud de los pacientes, que estamos proveyendo una atención eficaz, eficiente y equitativa, que cohesiona el sistema, y que en muchos de estos resultados de *meet a need* y de hospitalizaciones evitables —y acabo como empecé— la atención primaria ha jugado y juega un papel fundamental. Creo que tenemos que ir por ahí.

Lo último que comento es lo siguiente. Tengo una presentación en Helsinki en dos semanas en la Asociación Europea de Hospitales Universitarios. ¿Sabes qué dice la estrategia —era una *slide* que tenía— de los grandes hospitales de Europa? Por ejemplo, Charité, Leuven, Vall d'Hebron, ¿qué dicen? Que tenemos que movernos *from hospital to community, to primary care; from treatment to prevention; from analogical to digital; from hospital to primary care*. Se han dado cuenta de que no es sostenible seguir inflando los hospitales, porque es absolutamente insostenible manejar el incremento de demanda que está habiendo. Realmente, hay que invertir en personal sanitario. Tuvimos una reunión de análisis con Reino Unido y su reforma del NHS va por el mismo camino. ¿Cuál es el problema? Que es igual que en España. Si tú miras los diez últimos años, ¿cuánto ha crecido el personal de urgencias en España? Un 30% los médicos. ¿Cuánto han subido los hospitales? Un 25%. ¿Cuánto ha subido el personal sanitario de médicos de familia? Un 5%. Y esto que digo no es en España, es en Reino Unido y en muchos países. Luego, si hablamos realmente de una atención primaria fuerte, metámosle pasta, metámosle recursos personales.

Y ya acabo. Perdón. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Perdónanos tú a nosotros, porque no habíamos previsto que hubiera estos actos.

Se levanta la sesión.

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