



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2026

XV LEGISLATURA

Núm. 599

SANIDAD

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

Sesión núm. 44

celebrada el jueves 25 de junio de 2026

ORDEN DEL DÍA

Ratificación del nombramiento de la ponencia designada para informar la siguiente iniciativa legislativa:

- Proposición de ley sobre programa de cribado neonatal del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 122/000233) 3

Aprobación con competencia legislativa plena, a la vista del informe elaborado por la ponencia sobre:

- Proposición de ley sobre programa de cribado neonatal del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 122/000233) 3

Comparecencia del secretario de Estado de Sanidad (Padilla Bernáldez);

- Para actualizar el trabajo legislativo en la presente legislatura. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente 212/000949) 12
- De la ministra de Sanidad, para dar cuenta sobre si tiene previsto impulsar en algún momento alguna medida de utilidad real para dar solución a las necesidades de especialistas existentes actualmente en todo el Sistema Nacional de Salud. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000238) 12

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 2

- De la ministra de Sanidad, para explicar si tiene previsto hacer algo para avanzar en la prevención y en la reducción de las agresiones a los profesionales sanitarios, considerando las últimas cifras nacionales al respecto ofrecidas tanto por los propios profesionales como por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000267) 12

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 3

SESIÓN DE LA COMISIÓN DE SANIDAD CELEBRADA EL JUEVES 25 DE JUNIO DE 2026

Se abre la sesión a las tres y doce minutos de la tarde.

RATIFICACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE LA PONENCIA DESIGNADA PARA INFORMAR LA SIGUIENTE INICIATIVA LEGISLATIVA:

— **PROPOSICIÓN DE LEY SOBRE PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 122/000233).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Buenas tardes.

Se abre la sesión.

El primer punto del orden del día consiste en la ratificación del nombramiento de la ponencia designada para informar la proposición de ley sobre el programa de cribado neonatal del Sistema Nacional de Salud.

¿Queda aprobada por asentimiento? (**Asentimiento**).

APROBACIÓN CON COMPETENCIA LEGISLATIVA PLENA, A LA VISTA DEL INFORME ELABORADO POR LA PONENCIA SOBRE:

— **PROPOSICIÓN DE LEY SOBRE PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 122/000233).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Después del debate pasaremos a la aprobación con competencia legislativa plena, a la vista del informe elaborado por la ponencia, de la proposición de ley.

Quiero informar, antes de abrir los turnos de debate, que se ha retirado la enmienda número 8. (**La señora Velasco Morillo pide la palabra**).

Señoría.

La señora **VELASCO MORILLO**: Presidente, quiero trasladar en este punto que desde el Grupo Parlamentario Popular retiramos la enmienda 33.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Comenzamos el debate. Como saben sus señorías, está consensuado que el tiempo máximo es de cinco minutos. ¿De acuerdo? Comenzamos entonces con el Grupo Mixto.

El señor **SÁNCHEZ SERNA**: Gracias, presidente.

Señorías, hoy estamos en el trámite final de la comisión para votar la proposición de ley sobre el cribado neonatal, una ley que en su origen tenía un objetivo loable: garantizar que todos los recién nacidos en España pudieran acceder a pruebas de detección precoz de enfermedades graves. Yo creo que nadie puede oponerse a eso, pero lo que hoy se vota no es solo eso; lo que hoy se vota es una reforma que blindo por ley el secreto sobre el precio real que las Administraciones públicas pagan a las multinacionales farmacéuticas por medicamentos financiados con dinero de todos.

Lo primero que hay que decir es cómo se ha hecho esto. Hemos pasado de ese objetivo inicial a lo que votamos hoy. La forma importa, y aquí la forma resulta un tanto incongruente. Esta reforma no apareció en ninguna de las cuarenta enmiendas registradas inicialmente. Durante semanas, el debate parlamentario giró en torno a la ampliación de enfermedades incluidas en el cribado, a la coordinación entre comunidades autónomas y a la evaluación del programa. La confidencialidad de los precios de los medicamentos no apareció en ningún lado hasta ahora. Sin embargo, al final del proceso, una enmienda

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 4

transaccional, firmada por el Grupo Socialista, el Grupo Popular y SUMAR, introduce una disposición final que modifica sustancialmente la ley del medicamento.

Esta es una reforma de enorme calado, metida por la puerta de atrás, sin debate específico ninguno, aprovechando una ley cuyo objeto nada tenía que ver con la financiación farmacéutica. A nosotros no nos parece que esto sea hacer política sanitaria; esto es legislar a escondidas. ¿Y qué dice exactamente esta reforma? Que los precios efectivos que el Estado paga a las farmacéuticas serán confidenciales; que los acuerdos de financiación alcanzados con la industria quedarán blindados; que ciudadanos, investigadores y periodistas encontrarán más dificultades para acceder a esta información. Eso sí, los inspectores y reguladores sí podrán conocerla, es decir, la información circulará dentro de los aparatos del Estado, pero la ciudadanía quedará en este caso fuera. ¿Es esto transparencia?

Hay algo más grave todavía. Esta reforma llega justo cuando el Tribunal Supremo tiene admitidos a trámite dos recursos de casación sobre los medicamentos Luxturna y Zolgensma, dos tratamientos de altísimo coste cuyo precio exacto permanece oculto. El Supremo debe decidir si las Administraciones están obligadas a revelar cuánto dinero público destinan a estos medicamentos. Precisamente ahora, antes de que el Tribunal fije doctrina, el Grupo Socialista, el Grupo Popular y SUMAR se apresuran a blindar por ley la confidencialidad. La coincidencia temporal no es casual, nos parece una maniobra para vaciar de contenido cualquier sentencia favorable a la transparencia. Desde Podemos, en este caso, lo decimos claro: el gasto de dinero público debe ser transparente. No puede haber cláusulas de confidencialidad que impidan a la ciudadanía saber cuánto pagamos por los medicamentos que financiamos entre todos. La sanidad pública no es un negocio privado, es un derecho, y los derechos, a nuestro juicio, se tienen que gestionar con luz y taquígrafos, no con acuerdos opacos con multinacionales.

Por todo ello, vamos a votar en contra de esta ley. No porque nos opongamos al cribado neonatal, que apoyamos plenamente —de hecho, ya hay mucho legislado y se hace mucho—, sino porque no vamos a ser cómplices de una reforma que atenta contra la transparencia y que se ha tramitado de forma vergonzante. Que quede claro quién vota hoy a favor del secreto y quién vota hoy a favor del derecho a saber.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Por parte del Grupo Vasco, señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Muy brevemente, señor presidente.

En primer lugar, vamos a votar a favor de la ley. Evidentemente, se ha incluido la enmienda que comentaba el diputado de Podemos, pero consideramos que tiene una razón de ser. Quizá no es la mejor manera de hacerlo —nunca hemos defendido que se metan enmiendas piratas en leyes que no corresponden—, pero se ha hecho. Todos lo han hecho, gobierne quien gobierne, aunque luego lo critiquen.

En cualquier caso, mantengo viva la enmienda número 9, porque, tal y como dice la propia enmienda, considerar el impacto financiero de la ampliación de los cribados es necesario y fundamental. Por eso, pedimos que la implementación de las medidas contempladas en esta ley se realice de acuerdo con los recursos disponibles, que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud evalúe las necesidades de financiación adicionales derivadas de la ampliación del programa de cribado neonatal y que recomiende cómo garantizar la sostenibilidad con esos recursos a las comunidades autónomas que después tienen que pagarlo.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
¿Por el Grupo Euskal Herria Bildu? **(Pausa)**. No hay nadie.
¿Por parte de Junts? **(Pausa)**. Tampoco hay nadie.
¿Grupo Republicano? Señora Estrems.

La señora **ESTREMS FAYOS**: Moltes gràcies, president.

Bé, jo també seré molt breu, només dir que compartim plenament el fons de la qüestió. De fet, Catalunya és un dels territoris on més proves del taló es fan. On més hem invertit en aquesta qüestió i, per tant, estem completament a favor de, com deia, del fons de la qüestió. Però sí dir que avui no podem votar a favor del dictamen i no ho podem fer, una mica sent tot el transparent del món, per la manera com s'ha gestionat la negociació, sobretot per part del Ministeri d'Hisenda, que ha vetat esmenes del meu grup on s'estava proposant que s'ampliés la salut bucodental fins als 18 anys. Una esmena vetada per 135 milions d'euros quan després ens en gastem més de 34 000 en armes. O, per exemple, sí que sé que —no sense batalla prèvia— s'anuncien millores de milers d'euros per altres coses, com la dependència, que calen molt, però que evidentment 135 milions d'euros, encara que semblin molts milions per a un pressupost general de l'Estat, no són res. No entenem ben bé per què has fet això. No podem entendre per què Hisenda es posa d'esquena a aquesta reivindicació i, tal com vam anunciar, nosaltres hem participat en les votacions perquè quedés un dictamen, diguéssim, d'acord amb el que la Federació ens demanava.

No ens hi oposarem perquè evidentment no ens hi podem posar. Estem d'acord amb la llei, però sí que, sincerament, creiem que és un greuge al nostre grup com s'ha encarat aquesta negociació i és una pena perquè el període de sessions anterior justament l'acabàvem amb un acord per treure endavant l'Agència Estatal de Salut Pública. Un acord que no va ser fàcil però que totes les parts vam posar de la seva part, en aquell cas sí, amb molta voluntat, amb molta entrega per totes les diputades —que en aquell cas eren diputades i en aquest també— van fer aquella negociació. Sé que segurament elles haurien volgut que el meu vot avui fos diferent, però al final les coses són com són i nosaltres avui ens abstindrem al dictamen.

Moltes gràcies.

Muchas gracias, presidente.

Yo también seré muy breve. Solo quiero decir que compartimos plenamente el fondo de la cuestión y, de hecho, Cataluña es uno de los territorios donde más pruebas del talón se hacen, donde más se ha invertido en esta cuestión y, por lo tanto, estamos completamente a favor por lo que respecta al fondo de la cuestión. Eso sí, hoy no podemos votar a favor del dictamen, y no podemos hacerlo, siendo plenamente transparentes, por la forma en la que se ha gestionado la negociación, sobre todo por parte del Ministerio de Hacienda, que ha vetado enmiendas de mi grupo en las que se proponía una ampliación de la salud bucodental hasta los 18 años: una enmienda que se vetó por 135 millones de euros, cuando luego nos gastamos más de 34 000 en armas. O sin batalla previa se anuncian mejoras para otras cosas como la dependencia, algo para lo que hace falta mucho dinero. De acuerdo, pero 135 millones de euros, aunque parezcan muchos millones, no son tantísimos —o no son nada— en un presupuesto general del Estado. No podemos entender por qué se hace, no podemos entender por qué Hacienda se pone de espaldas a esta reivindicación.

Como ya anunciamos, hemos participado en las votaciones para que el dictamen fuera acorde con lo que nos pedía la federación. No nos vamos a oponer porque no nos podemos oponer, pero sí creemos que es un agravio hacia nuestro grupo la forma de encarar esta negociación, y es una pena porque el periodo de sesiones anterior se cerró precisamente con un acuerdo para sacar adelante la Agencia de Salud Pública. Con mucha voluntad y con mucha entrega, todas las partes pudimos sacarlo adelante. Las diputadas —porque eran diputadas— lo negociaron con muy buena voluntad y se consiguió con mucha entrega. Seguramente ellas habrían querido que hoy mi voto fuera distinto, pero al final las cosas son como son y nosotros hoy nos vamos a abstener en la votación de este dictamen.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Tiene la palabra el diputado del Grupo Plurinacional SUMAR.

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

Gracias, presidente.

El cribado neonatal permite el diagnóstico de enfermedades que, de dejarse a su evolución natural, comprometerían de forma importante la salud de las personas afectadas y conllevarían un alto coste social y psicológico para ellas, para sus familias y para toda nuestra sociedad. Aunque muchas veces son trastornos de baja incidencia, su impacto global es notable desde una perspectiva de la salud pública. De hecho, cuando implementamos los programas de cribados neonatales en muchas comunidades autónomas, son uno de los programas clave que tiene la salud pública en ellas. La intervención sanitaria adecuada hecha de forma correcta reduce la morbilidad, la mortalidad y las discapacidades asociadas a dichas enfermedades. Estamos hablando de enfermedades raras, de enfermedades poco frecuentes, pero que son muy importantes porque en conjunto afectan a muchas familias y a muchos críos y crías.

El planteamiento que tiene la ley sigue una idea central muy sencilla: que el código postal no determine las oportunidades de salud de un niño o de una niña, porque no puede ser que el acceso a determinadas pruebas o a determinados cribados dependa de la comunidad autónoma en la que se nace. Tenemos una experiencia muy valiosa de diferentes comunidades autónomas. El objetivo de la ley no es limitar derechos, sino ampliar y mejorar coordinaciones, tener derechos comunes y aprender de la innovación que en este sentido puedan tener diferentes comunidades autónomas. Lo que se plantea es un programa de cribado neonatal actualizado, evaluado con criterios científicos y con una periodicidad regular y con capacidad de incorporar nuevos avances. La ley establece esa evaluación periódica del programa; refuerza el papel de la ponencia de cribado poblacional; incorpora la participación de sociedades científicas, de personas expertas y de asociaciones de pacientes y familiares, y prevé una revisión regular de la cartera común.

Es importante tener en cuenta que no se trata de cribar por cribar. De hecho, el cribado por el cribado puede tener efectos secundarios. Por eso este debe tener unos estrictos controles de calidad. Lo importante en los cribados no es solamente el diagnóstico precoz, sino un itinerario que va desde el diagnóstico precoz hasta la confirmación diagnóstica, pasando después por la comunicación a las familias, el acceso al tratamiento, el acompañamiento, el seguimiento clínico y el apoyo sociosanitario cuando sea necesario. En ese sentido, algunos de los procesos de cribado tendrán diferentes tipos de abordaje —de apoyo dietético o de tipo farmacológico—, pero es muy importante tener en cuenta la investigación en innovaciones terapéuticas para los tratamientos de las enfermedades que ya se están diagnosticando y de las que se diagnosticarán muy previsiblemente en los próximos años.

Esto tiene relación con el planteamiento de la enmienda introducida. Creo que el señor diputado de Podemos es un parlamentario mucho más brillante que yo y tiene más experiencia, pero ha ocultado una información muy importante —que ya ha sido comentada por el secretario de Estado, y quizá hoy lo explique con más detalle— sobre por qué se ha incorporado esta enmienda. Es muy importante señalar que la enmienda, aunque inicialmente pueda parecer contraintuitiva, en realidad es un paso imprescindible para protegerse de la cláusula de nación más favorecida impuesta por Donald Trump. Ahora mismo Donald Trump ha puesto en marcha una cláusula que pone en peligro la comercialización temprana de los medicamentos en España. Según esta cláusula, Estados Unidos impondrá el precio del país que menos esté pagando entre los países del G7, más Dinamarca y Suiza. Hay que tener en cuenta que el precio que se paga en España —aunque no esté en el G7— sí es utilizado como referencia por algunos de estos países. Lo que supone esto es que Trump tendrá siempre la potestad de pagar por los medicamentos el precio más bajo que se esté pagando en otros mercados y, como consecuencia de esto, las farmacéuticas podrán retrasar el lanzamiento de medicamentos en países como España, a la espera de negociar precios en mercados más caros. La consecuencia de todo esto será que las personas que necesitan fármacos en España tendrán que esperar más tiempo para acceder a ellos, pero para algunas de estas personas afectadas o de estos

niños y niñas esperar supone un inconveniente francamente importante en términos de salud. La Unión Europea está estudiando aún el impacto de la cláusula de Trump en el mercado comunitario, pero el riesgo de que la publicación del precio pueda retrasar la comercialización de los medicamentos innovadores en España obliga a tomar medidas. Hay que entender que actualmente algunos tratamientos innovadores, como los tratamientos biológicos celulares avanzados, son de máxima importancia para esas enfermedades raras. La semana pasada estuvimos reunidos con personas afectadas y con madres de críos afectados por gliomas u otros tumores infantiles.

La enmienda tiene varios puntos. No me voy a parar en detalle a justificarla porque creo que está suficientemente bien explicada y, como decía antes, posiblemente la explicará nuestro secretario de Estado. Además, ha habido una segunda ocultación sobre uno de los puntos de la enmienda, que leo textualmente. La enmienda dice: Esta regla se aplicará sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 106 de esta ley, así como del acceso que puedan en su caso requerir las autoridades de competencias supervisoras del mercado u otro tipo de actividades inspectoras, de conformidad con su legislación aplicable y en el marco de sus competencias, así como las unidades administrativas integrantes de los órganos colegiados de toma de decisiones en el ámbito farmacéutico y sanitario. Esto quiere decir que la confidencialidad del precio neto y de los acuerdos de financiación no es absoluta y que, aunque esos datos no puedan hacerse públicos de forma general, sí podrían ser accesibles para ciertos organismos cuando los necesiten legalmente y dentro de sus competencias. Dicho de otra forma, la sociedad civil —tanto una organización o una asociación de pacientes como una persona física individual— puede pedir la intervención de alguna de esas autoridades para activar mecanismos de investigación, fiscalización o transparencia para que órganos competentes revisen posibles irregularidades.

Muchas gracias.

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

Se ha incorporado a la sesión el Grupo Euskal Herria Bildu. No sé si querrá hacer uso de la palabra. **(Denegación)**.

Gracias.

Tiene la palabra el Grupo VOX.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias, presidente.

Como cuestión previa, antes de dar nuestro sentido del voto quiero trasladar nuestra oposición a que este tipo de leyes se sigan tramitando como proposiciones de ley. Estamos en contra porque creemos que al final es un uso fraudulento de esa figura. Una ley tan importante como esta debería haberse tramitado como un proyecto de ley para poder tener los informes preceptivos de los organismos públicos y los ministerios oportunos.

Asimismo, me gustaría decir que, en nuestro grupo, en VOX, estamos totalmente en contra de las enmiendas indiscretas en cualquier tipo de ley, proyecto o proposición, enmiendas que —estemos a favor o no de ellas— insisto, no deben emborronar una ley tan importante como esta, que nuestro grupo lleva empujando desde hace muchísimo tiempo.

Dicho eso, ya les avanzo que nuestra posición va a ser la de la abstención. ¿Por qué? Efectivamente, esta iniciativa supone un avance técnico en la evaluación y en la coordinación del cribado, pero al final no resuelve el problema estructural, que es la existencia de diferencias territoriales entre las distintas comunidades autónomas. Claro que, como aspectos positivos, va a haber un refuerzo en la evaluación periódica anual del cribado neonatal, un mayor protagonismo de los órganos técnicos del Sistema Nacional de Salud, una mejora en la formación de los profesionales en enfermedades raras y diagnóstico neonatal —algo que llevamos muchísimo tiempo exigiendo— y, por supuesto, una mayor transparencia en los informes que anualmente se puedan actualizar. Sin embargo —insisto—, esta ley no llega a donde debería, porque en el fondo el modelo va a mantener unos mínimos en cuanto a las patologías que se puedan analizar, pero en la práctica va a seguir manteniendo una alta fragmentación autonómica, y eso va a seguir consolidando las diferencias entre territorios ante el cribado neonatal. Por tanto, nosotros no podemos estar

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 8

de acuerdo con una ley que, aunque signifique un avance, derive en esos diecisiete modelos diferentes de cribado. Me da igual que en un momento dado podamos decir que tenemos una igualdad en mínimos, pues consideramos que deberíamos poder llegar a acuerdos para que la aplicación de algo tan importante como esto sea totalmente igual a nivel nacional, ya que puede significar una gran diferencia para muchos niños y sus familias, que pueden tener problemas gravísimos a futuro. Insisto, el hecho de que exista una cantidad mínima de patologías que se pueda exigir y de que esta varíe según las comunidades autónomas —en unas son cuarenta; en otras, cincuenta; en otras, ochenta, y en otras, trescientas— supone un coste, que, si es necesario, debería asumirse en todas las comunidades autónomas, no solo en las que se lo puedan permitir.

Así que no me voy a extender mucho más. Como digo, creemos que esta ley va a producir avances y va a solucionar algunos de los problemas que tenemos, porque España es uno de los países donde existe mayor diferencia entre el número de enfermedades que se criban a nivel nacional y las que están en los programas de cribado a nivel autonómico, en comparación con muchos países de Europa. Por eso nos vamos a abstener, porque creemos que no llega a solucionar o no llega a profundizar en cómo nos gustaría que este proceso se realizara en el futuro.

Gracias.

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

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

Aprobar esta proposición de ley, que mi grupo presentó en el mes de noviembre, sería un paso más en el esfuerzo y la mejora del programa de cribado neonatal del Sistema Nacional de Salud, por todos conocido como prueba del talón. Es una proposición de ley que nace de la mano de las asociaciones de pacientes hoy presentes en el Congreso, a las que queremos, en primer lugar, agradecer su empuje y su acompañamiento en estos meses. Sin ellas, esta ley no sería una realidad.

Hablamos de un programa preventivo clave para nuestro sistema sanitario, porque permite detectar de manera temprana, en recién nacidos y antes de que aparezcan los síntomas, enfermedades congénitas que son, además, enfermedades raras. El objetivo es tratarlas de manera precoz —dos de cada tres aparecen antes de los dos años— para evitar la muerte infantil prematura, previniendo las discapacidades, mejorando su pronóstico o incrementando la calidad de vida de ese niño o niña y de toda su familia. Estas patologías son un desafío sanitario, porque, aunque minoritarias, en su prevalencia son numerosas y en su mayoría —en un 65%— son graves, crónicas e invalidantes. Por ello, estas enfermedades deben ser una prioridad en la agenda sanitaria de todas las Administraciones. Y ese compromiso no solo lo compartimos los grupos que estamos hoy aquí, sino que ha sido más que evidente en estos ocho años de Gobierno progresista; un compromiso con las personas con enfermedades raras y sus necesidades, en los fondos que se destinan también a la investigación y, por supuesto, en los cribados neonatales, como la principal prueba diagnóstica de estas patologías, de acuerdo con criterios de universalidad.

Señorías, hemos aumentado de manera exponencial las enfermedades incluidas en el programa de detección, pasando de siete a veintiuna desde el año 2024, con el acuerdo de las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad. Ello ha supuesto una mejora importante del programa, que fue incluido por primera vez en la cartera común de servicios en el año 2014, incorporando un listado mínimo común en todos los paneles de detección de los programas territoriales. Aun así —y se ha dicho ya—, existen diferencias importantes entre los programas de las diferentes comunidades autónomas y, por ello, también se propone esta ley. Es necesario avanzar en mayor equidad, respetando tanto el marco competencial como el procedimiento legal y garantista para la actualización del programa, que, como saben sus señorías, requiere de evaluación previa, tanto desde un punto de vista científico-técnico como de coste-efectividad. Y ese es un objetivo específico de esta ley: garantizar su evaluación anual y continuada, de manera que no dependa

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 9

estrictamente de la voluntad política de quien gobierne para permitir mayor agilidad en la actualización del programa.

Además, señorías, quiero señalar que durante la tramitación hemos mejorado y ampliado la norma con las transaccionales y enmiendas aprobadas por los grupos en fase de ponencia, tanto en lo que se refiere a la actualización del documento marco de cribado poblacional, donde, además, quedarán claros los mecanismos de participación —cuestión también muy importante para mi grupo— de sociedades científicas, expertos externos y asociaciones de pacientes y familiares que tanto aportan. Se revisa el sistema de información a fin de garantizar su coordinación y la mejora de los protocolos. Por ello, espero que se refleje hoy el consenso político y social que merecen los cribados neonatales. Hemos escuchado a la sociedad y priorizado el interés general y la salud de las personas, sobre todo de las más vulnerables. Por ello, quiero dar las gracias a todos y a todas, a los diferentes grupos parlamentarios por estar mejorando esta proposición de ley, y al letrado de la comisión, por su paciencia y el trabajo compartido.

En definitiva, señorías, hoy, si aprobamos esta ley, estaremos haciendo mucho más que modificar una norma. Estaremos ampliando oportunidades de vida, reduciendo incertidumbre para muchas familias y garantizando que más niños y niñas puedan beneficiarse de un diagnóstico precoz que marque la diferencia. Porque, cuando hablamos de cribado neonatal, hablamos de personas, de familias y de futuros que merecen toda nuestra protección.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

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

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Gracias, señor presidente.
Señorías, buenas tardes.

En primer lugar, quiero agradecer desde mi grupo parlamentario, el Grupo Parlamentario Popular, a FEDER, a Más Visibles y al conjunto de asociaciones de pacientes y familias el enorme trabajo realizado durante años para que hoy esta proposición de ley esté aquí. Su perseverancia, su rigor y su capacidad de diálogo han sido decisivos. También quiero agradecer a la mayoría de los grupos parlamentarios la disposición mostrada para alcanzar un entendimiento en torno a una ley que es necesaria y que responde a una demanda social real.

Señorías, cuando hablamos de cribados neonatales, hablamos de prevención, de diagnóstico precoz, de evitar secuelas irreversibles y, en muchos casos, de salvar vidas. Pero hablamos también de equidad, de que no sea el lugar de nacimiento el que determine las oportunidades de un recién nacido. Esa es la verdadera dimensión de esta ley.

Dicho esto, no podemos mirar hacia otro lado ante el contexto en el que esta norma se presenta. Ojalá no ocurra con esta ley lo mismo que con otras aprobadas en esta Cámara que después quedan en el denominado congelador de la tramitación real en manos de la presidenta del Congreso. Las leyes no se hacen para exhibirlas, sino para aplicarlas **(el señor Belmonte Gómez: ¡Muy bien!)**, y, en materia sanitaria, la distancia entre anunciar y ejecutar puede tener consecuencias muy graves.

En estos años hemos visto una inestabilidad constante en el Ministerio de Sanidad, con seis ministros en ocho años, cinco del Partido Socialista y uno de SUMAR, y esa sucesión de responsables políticos no ha venido acompañada de una estrategia sólida ni de una capacidad de gestión acorde con la magnitud de los problemas. La única ley sanitaria aprobada bajo el actual mandato ministerial ha sido la de la Agencia Estatal de Salud Pública, y lo ha sido en un contexto de conflicto, sin que ello haya resuelto la crisis de fondo que hoy vive nuestro sistema sanitario, especialmente en relación con el estatuto marco y con el malestar de los profesionales sanitarios, que empeora cada semana y que se podría prolongar en una huelga indefinida a partir del mes de septiembre, con la gravedad que supone para todo el sistema sanitario.

Señorías, esta legislatura está marcada también por la ausencia de presupuestos generales del Estado. Y eso no es un detalle menor. Cuando no hay presupuesto, la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 10

planificación sanitaria se debilita, las comunidades autónomas carecen de certezas y las leyes corren el riesgo de nacer con dudas sobre su aplicación efectiva. Es de lógica, señorías. Ninguna ley, tanto a nivel nacional como a nivel europeo, puede salir adelante sin una memoria de impacto normativo, es decir, sin memoria jurídica, social y económica. Y por este último apunte es tan importante que una norma nazca bien, con garantías y con vocación real de ser cumplida en todo el territorio nacional.

En el Grupo Parlamentario Popular defendemos con claridad los cribados neonatales, porque son una política pública de sentido común. Defendemos un modelo que garantice la universalidad, la calidad y la equidad; un modelo que amplíe el acceso en función de la evidencia científica y no de la arbitrariedad territorial, y un modelo que asegure la coordinación, el seguimiento y la continuidad asistencial. No basta con detectar antes, hay que garantizar después el diagnóstico, el tratamiento y el acompañamiento a las familias. También entendemos que toda la política sanitaria debe tener una base seria de planificación, financiación y evaluación, porque la sanidad no se gobierna con titulares; se gobierna con gestión, con previsión y con responsabilidad. Y eso vale para los cribados neonatales, pero también vale para las listas de espera, para la atención primaria, para la falta de especialistas, para la salud mental y para la protección de nuestros profesionales sanitarios.

En relación con el trabajo de ponencia, quiero subrayar el acuerdo alcanzado en buena parte del texto. Nuestro grupo parlamentario ha podido incorporar nueve de las once medidas presentadas, lo que demuestra que hemos trabajado con voluntad constructiva y escuchando a toda la gente implicada, especialmente a las asociaciones. Y con esa misma filosofía, para lograr alcanzar el objetivo que se había marcado, que no es otro que se apruebe una ley de cribados neonatales en España, defendemos la postura en esta ley. Porque esta ley es necesaria y, a buen seguro, va a ser mucho más que útil, pero también merece ser tratada con altura de miras, con respeto al sector y con exigencia de no convertirse en una mera declaración de intenciones. Que no sea una ley más para la foto, sino una ley que de verdad funcione.

Y voy terminando. Con todo, señorías, hoy lo importante es que esta ley avance; que avance con diálogo, con rigor y con lealtad al interés general, y que, una vez aprobada, no se quede en una buena intención, sino que se traduzca en cribados más eficaces, más homogéneos y más justos en toda España.

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

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

Terminado este punto, pasamos a las votaciones. Es obligatorio hacerlas por voto telemático, después de que ocupen sus sitios.

Pasamos a votar primero las enmiendas vivas.

Votamos la enmienda 9 del Grupo Vasco. La 8 fue retirada.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 36; a favor, 3; en contra, 17; abstenciones, 16.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Queda rechazada.

Votamos las enmiendas de Junts per Catalunya números 14 y 15, que se votan conjuntamente.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 36; a favor, 4; en contra, 31; abstenciones, 1.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Quedan rechazadas.

Votamos ahora las enmiendas del Grupo VOX números 36 a 40. ¿Hay algún problema en votarlas conjuntamente?

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Por separado, por favor.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 11

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Las votamos por separado.
Enmienda número 36.
Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 36; a favor, 2; en contra, 34.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Queda rechazada.
Votamos la enmienda 37.
Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 35; a favor, 2; en contra, 33.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Queda rechazada.
Votamos ahora la enmienda 38.
Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 36; a favor, 2; en contra, 34.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Queda rechazada.
Votamos ahora la enmienda 39.
Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 36; a favor, 2; en contra, 34.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Queda rechazada.
Votamos la enmienda 40.
Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 36; a favor, 2; en contra, 34.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Queda rechazada.
Pasamos a votar ahora las enmiendas del Grupo Popular, que solo tiene la número 35.
Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 36; a favor, 15; en contra, 21.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Queda rechazada.
Una vez rechazadas las enmiendas, votamos ahora el texto del informe.
Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos emitidos, 36; a favor, 33; en contra, 1; abstenciones, 2.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Queda aprobado. **(Aplausos)**.
A la espera de que llegue el compareciente, hacemos un descanso de dos o tres minutos. **(Pausa.—El señor presidente ocupa la Presidencia)**.

COMPARECENCIA DEL SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD (PADILLA BERNÁLDEZ):

- **PARA ACTUALIZAR EL TRABAJO LEGISLATIVO EN LA PRESENTE LEGISLATURA. A PROPUESTA DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/000949).**
- **DE LA MINISTRA DE SANIDAD, PARA DAR CUENTA SOBRE SI TIENE PREVISTO IMPULSAR EN ALGÚN MOMENTO ALGUNA MEDIDA DE UTILIDAD REAL PARA DAR SOLUCIÓN A LAS NECESIDADES DE ESPECIALISTAS EXISTENTES ACTUALMENTE EN TODO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 213/000238).**
- **DE LA MINISTRA DE SANIDAD, PARA EXPLICAR SI TIENE PREVISTO HACER ALGO PARA AVANZAR EN LA PREVENCIÓN Y EN LA REDUCCIÓN DE LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES SANITARIOS, CONSIDERANDO LAS ÚLTIMAS CIFRAS NACIONALES AL RESPECTO OFRECIDAS TANTO POR LOS PROPIOS PROFESIONALES COMO POR LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 213/000267).**

El señor **PRESIDENTE**: Muy buenas tardes.
Vamos a continuar con el orden del día.

Por acuerdo de la Mesa en su reunión con los portavoces del día 16 de junio de 2026, las solicitudes de comparecencia de la ministra de Sanidad para dar cuenta sobre si tiene previsto impulsar en algún momento alguna medida de utilidad real para dar solución a las necesidades de especialistas existentes actualmente en todo el sistema de salud, del Grupo Parlamentario Popular, y para explicar si tiene previsto hacer algo para avanzar en la prevención y la reducción de las agresiones a los profesionales sanitarios, considerando las últimas cifras nacionales al respecto ofrecidas tanto por los propios profesionales como por los cuerpos y fuerzas de seguridad de Estado, también del Grupo Popular, serán subsumidas en la intervención del secretario de Estado.

El debate se desarrollará de la siguiente manera: primero, intervendrá el compareciente; acto seguido, cada grupo parlamentario dispondrá de diez minutos; después, habrá una réplica del compareciente e intervenciones posteriores de los portavoces de tres minutos.

Damos la bienvenida al secretario de Estado, Javier Padilla. Muchas gracias por estar una vez más con nosotros en la comisión.

El señor **SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD** (Padilla Bernáldez): Muchísimas gracias.

Hola a todas y a todos.

Intentaré ser tan breve como sea necesario, pero les digo que responderé a todo lo que me planteen en sus intervenciones, así que también está en su mano.

Quería comenzar con un breve balance cuantitativo de actividad. Llevamos dos años y medio en el ministerio, y hay una métrica muy sencilla, pero con una gran serie temporal para comparar periodos, y en estos dos años y medio el Consejo de Ministros ha visto pasar 162 asuntos de este ministerio. Si no ponemos ninguna comparación, no pueden saber si son muchos o pocos, pero en los seis años y medio del Gobierno del Partido Popular de Mariano Rajoy fueron 139 los asuntos que pasaron por allí. Dentro de esta derivada cuantitativa hay varios elementos que son de especial importancia. Me voy a centrar en el día de hoy en tres bloques: uno es salud pública, otro es profesionales y el tercero y último está relacionado con política farmacéutica. Luego diré un par de palabras sobre el proyecto de ley de organizaciones de pacientes.

En relación con salud pública, durante esta legislatura uno de los empeños ha sido llevar a cabo los mandatos que estaban aprobados en la Ley 33/2011, General de Salud Pública. Como saben, eran tres principalmente: la Estrategia de Salud Pública, que se

aprobó en junio del 2022; la creación de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, que se aprobó en junio del 2024, y la creación del centro nacional de salud pública, que después tomó forma de Agencia Estatal de Salud Pública en el segundo intento de tramitación parlamentaria durante esta legislatura. A ese respecto puedo decirles que, antes de que termine este periodo de Consejo de Ministros, se hará la designación de sede de la Agencia Estatal de Salud Pública y, de la misma manera, se están terminando sus estatutos; estatutos que he de decir que son notablemente ambiciosos. Si hubiéramos querido hacer una Agencia Estatal de Salud Pública de todo a cien, no les quepa ninguna duda de que ya la tendríamos, pero creo que, afortunadamente, vamos a poder decir que tendremos una Agencia Estatal de Salud Pública totalmente homologable a los referentes de países de nuestro entorno. Pero, además, de la mano de este texto, estamos terminando la tramitación del real decreto que aprueba el Plan Estatal de Preparación y Respuesta.

Estos dos elementos, tanto la Agencia Estatal de Salud Pública como el Plan de Preparación y Respuesta, han tenido cierto auge en términos comunicativos y de debate político recientemente, en el mes de mayo, a raíz de la gestión que se produjo con la crisis del hantavirus con el buque MV Hondius, que vino desde Cabo Verde y que llegó al puerto de Granadilla, en el sur de Tenerife. He de decir que la gestión de todo lo que tiene que ver con la crisis del hantavirus ha revelado, afortunadamente, muchas de las fortalezas que tenemos en nuestro sistema y, sobre todo, un buen hacer en términos de gestión nacional, de gestión y coordinación internacional y también en términos comunicativos. De hecho, creo que una de las mayores muestras de que esto es así ha sido el silencio en términos políticos que ha habido una vez se ha terminado la crisis. La semana pasada se dio por finalizada la cuarentena de los tripulantes y pasajeros españoles que iban en el buque, que estaban cuarentenados ya en sus domicilios, por lo cual podemos decir que esa crisis ya ha terminado.

Leía el otro día en el periódico *The Guardian* un artículo que decía: «Ahora mismo podríamos estar viviendo un desastre por el hantavirus; no es así y les cuento por qué». La explicación de ese «por qué» se fundamentaba —y lo decía de manera muy clara— en el paso adelante que dio el Gobierno de España para que, en vez de estar expandiendo un posible brote por diferentes lugares del mundo, se hiciera una gestión centralizada en un lugar con alta capacidad para ello, evitando con eso generar casos secundarios como los que podrían haberse producido de no haberse controlado a tiempo. Este reconocimiento expreso en un medio extranjero va de la mano de todos los que se produjeron en su momento tanto por la OMS como por la Comisión Europea, el Consejo de Europa y diferentes organizaciones incluido el Papa.

Además, cuando ocurrió la crisis del hantavirus, hubo algunos que intentaron hacer comparaciones con el COVID —entiendo que es normal, porque cada uno tiene los anclajes más recientes que tiene—, sin embargo, el paralelismo más claro seguramente era con la gestión de la crisis del ébola en el año 2014. La gestión de la crisis del ébola sí que generó casos secundarios en nuestro país, y su gestión comunicativa es utilizada en muchas ocasiones como lo que no hay que hacer a la hora de comunicar algo en el ámbito de la salud pública. Afortunadamente, creo que hay aprendizajes compartidos que se han ido acumulando a lo largo de estos años. Esperemos que todo esto genere un cierto poso para las próximas emergencias de salud pública que podamos tener.

Además de esto, que tiene que ver con la generalidad de la salud pública, hay un aspecto concreto que quería comentar porque ha sido objeto de bastante actividad a lo largo de la legislatura —muy concretamente en los últimos meses— y tiene que ver con las políticas de control y prevención del VIH. Como saben, la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea se fijó como uno de los temas fundamentales acabar con el estigma y la discriminación ligada al VIH. Con anterioridad a esto, se firmó el Pacto Social Contra el Estigma y la Discriminación asociada al VIH, y han sido muchas las acciones dirigidas a este fin.

Quería señalar dos elementos que me parecen especialmente relevantes y que en los últimos meses han tenido notables avances. Uno de ellos es la aprobación, a lo largo de este semestre, de la financiación del cabotegravir. El cabotegravir es una profilaxis

preexposición inyectable de acción prolongada. Como saben —además creo que esto fue objeto de debate en una de las comparecencias—, había dos medicamentos de acción prolongada aprobados para la profilaxis preexposición: uno, el lenacapavir, que tiene la posibilidad de una inyección cada seis meses, y el otro, el cabotegravir, que tiene la posibilidad de una inyección cada dos meses. El cabotegravir ya ha sido incorporado en nuestro país a la financiación pública. Además, ha sido el primer país en la Unión Europea en financiarlo —el primero por un día, porque el día siguiente Francia se incorporó también a esta financiación—, lo que nos va a permitir reforzar el modelo de PrEP. Estamos trabajando también con las comunidades autónomas para ver cuál es la manera más adecuada de poder tener cierta capacidad de llevar la PrEP oral —que ahora mismo se dispensa en los hospitales— a las oficinas de farmacia comunitaria, que, desde nuestro punto de vista, es el lugar en el que se podría dispensar, y que así tenga su hueco la PrEP inyectable para las indicaciones aprobadas para su financiación.

El otro elemento, además del de la PrEP, es que ya estamos poniendo en marcha el procedimiento de compra centralizada de preservativos para su dispensación gratuita entre chavales de 16 y 22 años. Para ello estamos en conversaciones con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, con el fin de poder llevarlo a cabo a través de las oficinas de farmacia. Hacerlo a través de las oficinas de farmacia no es algo casual o algo coyuntural, sino que se debe, básicamente, a que pensamos que hay que aprovechar toda la implicación posible a estos centros. Estos establecimientos son centros sanitarios con una enorme capilaridad en el territorio, y cuentan con plena capacidad para ofrecer una atención activa a todos los ciudadanos.

En cuanto al precio seguramente podríamos haber hecho un acuerdo centralizado con una gran superficie de supermercados y haber conseguido un precio unitario más bajo para que la gente simplemente los adquiriera allí. Pero, desde nuestro punto de vista, las prestaciones sanitarias tienen que diferenciarse justamente por poner el valor no solamente en el producto, sino también en el proceso que se desencadena juntamente con ese producto. Por ello, creemos que este convenio que estamos negociando con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos es, sin lugar a dudas, notablemente favorable.

En materia de salud pública, solamente quiero hacer dos matizaciones. Por un lado, el reconocimiento a una la ley cuyo dictamen —emanado de la ponencia— acaban de votar justo antes de que yo compareciera. Y, por otro, felicitarles por los consensos a los que han llegado a ese respecto. Creo que esta ley va a poder garantizar que tengamos un nivel de actualización importante en materia de cribado. Como saben, durante esta legislatura hemos pasado de siete a veintidós en muy poco tiempo, en gran parte gracias a haber podido reforzar, en términos de recursos humanos, a los profesionales que evalúan el área de cribados en la Dirección General de Salud Pública. Creo, por tanto, que esta ley va a suponer un empujón a ese respecto.

El otro elemento que quería comentarles es que estamos trabajando con bastante ahínco para lograr que la ley del tabaco pase por el Consejo de Ministros de manera definitiva antes de que termine el mes de julio. Posteriormente se debatiría aquí, en el Congreso de los Diputados, cuando se inicie el nuevo periodo de sesiones. Eso es lo que quería comentarles en materia de salud pública.

En cuanto a los profesionales, si me permiten, voy a hacer un relato sobre las acciones tomadas en todo su ciclo de vida. Esto es importante, porque, como hemos dicho en alguna ocasión, nosotros gestionamos con las decisiones tomadas hace diez años o más. No podemos activar la máquina de generar médicos, enfermeras o cualquier otro tipo de profesional de un día para otro, sino que son las decisiones en materia de grado de formación sanitaria especializada —y también de retención, pero esas no caen tanto en nuestro tejado— las que posteriormente tienen repercusiones sobre cuál es el número de profesionales y qué tipo de profesionales son los que están disponibles para trabajar en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

A ese respecto, y empezando por las plazas de grado, como saben hace unos años empezamos con la financiación del incremento de plazas de grado de Medicina, hasta

un 15% por encima de la memoria de verificación. Son muchas, casi todas —diría que son todas—, las comunidades autónomas que se han ido adhiriendo en un momento o en otro y casi todas las universidades públicas con facultad de medicina. Estamos trabajando para que, en 2027, no solamente se aumenten las plazas en el grado de Medicina, sino que también se pueda incorporar, en un régimen de cofinanciación con las comunidades autónomas, el incremento de plazas para el grado de Enfermería.

Además de la financiación para el aumento de las plazas de grado, nos encontramos ante un cierto dilema: por un lado, incrementar las plazas *ad infinitum*. Es cierto que teníamos la recomendación o el mandato de los últimos informes de oferta-necesidad de facultativos especialistas en el Sistema Nacional de Salud que recomendaban un incremento de hasta el 15%, pero nos encontramos ante un dilema, en el cual hay que tomar decisiones, porque incrementar las plazas *ad infinitum* nos puede llevar a una situación como la vivida en los años noventa, en los que hubo un desacople entre oferta y demanda, y nos encontremos con la existencia de paro médico, de paro sanitario, cosa totalmente indeseable desde nuestro punto de vista.

Por otro lado, observamos que, en muchas comunidades autónomas, no existe ningún tipo de freno o planificación para la aprobación de incrementos de plaza en las facultades de medicina privadas. Entonces, si no incrementamos el número de plazas de medicina en el ámbito público, lo que estamos generando es una suerte de descremado sociológico profesional, en el cual quien tiene dinero tiene dos posibilidades de acceder —la universidad pública y la universidad privada—, y, sin embargo, las personas que vienen de familias con menor renta parece que juegan con una o dos manos en la espalda. A este respecto, hemos tomado la decisión de seguir con este proceso de financiación. También instamos a las Administraciones en el ámbito de sus competencias a que regulen las plazas de medicina en las universidades privadas. Ya nos encontramos con alguna comunidad autónoma donde el porcentaje de plazas de medicina en las facultades privadas supera al porcentaje de medicina en las universidades públicas, en lo que respecta a los estudios de grado.

En materia de formación sanitaria especializada, dadas algunas afirmaciones, me veo en la obligación de volver a explicar alguna cosa que ya he explicado en algún momento. El proceso de formación sanitaria especializada es un claro ejemplo de carrera de relevos a lo largo de todo el proceso. En primer lugar, porque para poder ofrecer una plaza, esa plaza tiene que estar acreditada, y para que esté acreditada, una comunidad autónoma tiene que pedir que se acredite. Por encima del 95% de las plazas que se ha pedido que se acrediten por parte de las comunidades autónomas han sido acreditadas por el Ministerio de Sanidad en los últimos años. Una vez tenemos las plazas acreditadas, posteriormente, lo que hay que hacer es ofrecerlas, hacer la oferta. El Ministerio de Sanidad ofrece las plazas que se ofertan por parte de las comunidades autónomas. El cien por cien de las plazas que se han propuesto para oferta se han ofertado en las últimas convocatorias.

Cuando se habla de incrementar en mil plazas el número de oferta de formación sanitaria especializada en medicina familiar y comunitaria, por ejemplo, utilizando un número que no parece extraído de los análisis más sesudos como es, por ejemplo, mil —que podría ser diez mil o cien mil dependiendo del número de ceros que quisiéramos ponerle— básicamente tenemos que ver dónde está el cuello de botella. El cuello de botella está en plazas acreditadas. Para eso, en enero del año 2024 —creo recordar— hubo un compromiso por parte del Ministerio de Sanidad —bueno, a lo mejor fue el 9 de febrero de 2024— en un consejo interterritorial monográfico de hacer una actualización del programa oficial de la especialidad, que es donde se rigen las condiciones de acreditación de las plazas. En junio fue aprobado por unanimidad en la Comisión de Recursos Humanos conjuntamente con todas las comunidades autónomas. Sin embargo, salvo Castilla-La Mancha, que creo que hizo un incremento de doce plazas de acreditación, si no me equivoco, prácticamente ninguna otra comunidad autónoma ha propuesto plazas para acreditar de acuerdo con los nuevos criterios de acreditación. Por tanto, quien prometa mil nuevas plazas de medicina de familia tiene que decirnos de dónde las va a sacar y, sobre todo, si las va a sacar a costa de

aligerar y debilitar —utilizando el término, digamos, flexibilizar— los criterios de acreditación, que son los que garantizan la calidad de la formación.

Dicho esto, los informes de oferta-necesidad de facultativos especialistas en Sistema Nacional de Salud nos dicen que las medidas tomadas desde el año 2018, con un incremento del 40% de las plazas de formación sanitaria especializada, especialmente en algunas especialidades como en medicina familiar y comunitaria, nos lleva a doblar la curva de oferta-necesidad e ir alcanzando una situación de equilibrio para el año 2033. ¿Por qué? Porque las decisiones que se toman en 2023 son las decisiones que repercuten en el año 2033. Esperamos no volver a sufrir una situación de meseta o incluso disminución como la que sufrimos en el periodo 2011-2017. En este periodo ya se produjo un ligero incremento.

En cuanto a las plazas, como les digo, ahora mismo estamos en situación de récord; un récord que no depende solamente del Ministerio de Sanidad, sino que depende principalmente del trabajo conjunto con las comunidades autónomas en ese paso de relevos entre la propuesta de acreditación, la acreditación, la propuesta de oferta y la oferta.

Hoy quería anunciarles que, a raíz de unas reuniones con el Govern de la Generalitat de Catalunya, estamos estudiando la posibilidad de que los exámenes de formación sanitaria especializada se puedan realizar en las diferentes lenguas cooficiales del Estado español. Esto sería para el próximo examen cuya orden tiene que publicarse. A lo largo del verano no podrá llevarse a cabo, pero estamos trabajando para que se incluya en la siguiente convocatoria. Teniendo en cuenta que el proceso de formación sanitaria especializada es uno de los más grandes que se producen en el conjunto del Estado, que se pueda llevar a cabo en todas las lenguas cooficiales creemos que es algo que representa nuestra pluralidad lingüística. Además, puede ser una ayuda para aquellos que verdaderamente estén acostumbrados a llevar a cabo sus estudios y cuya lengua prioritaria de uso sea alguna de las cooficiales.

En materia de formación sanitaria especializada probablemente en las próximas dos semanas sacaremos a información y audiencia pública la modificación del Real Decreto 1246/2006, que regula la relación laboral especial de los especialistas en ciencias de la salud; es decir, lo que se conoce como el real decreto de los MIR, PIR, FIR, EIR de formación sanitaria especializada. No puedo adelantarles de momento mucho. Aunque haya algún borrador circulando por ahí, hemos tenido varias reuniones con las comunidades autónomas y también con los sindicatos dentro del ámbito de negociación. Lo que sí puedo decirles es que se abordan algunos elementos como la limitación al máximo de la duración de diecisiete horas de la jornada ordinaria de guardia; la limitación estricta del número de horas semanales, adecuándonos y quedando por debajo del tope que implanta la directiva europea a este respecto; el establecimiento de manera notablemente blindada de los descansos, y, además, la incorporación de unas propuestas bastante ambiciosas en materia de prevención de riesgos laborales, especialmente en todo lo que tiene que ver con la determinación y actuación directa sobre lo que se denominan los riesgos psicosociales en los profesionales en formación. El borrador verá la luz en las próximas dos semanas y esperamos que pueda estar completamente tramitado antes de que termine este año o el primer mes del siguiente.

Pasada la fase de la formación sanitaria especializada hay dos elementos que me quedan por comentar a este respecto: uno relacionado con el estatuto marco y el otro relacionado con el Marco Estatal de Cuidados de Enfermería. En relación con el estatuto marco —lo hemos comentado en múltiples ocasiones—, creo que mañana termina la información y audiencia pública del estatuto marco. Se han solicitado, además, los informes preceptivos a los diferentes ministerios, así como a las comunidades autónomas. Todas las cosas que incluye ya las hemos dicho por activa y por pasiva, así que a mí lo que me queda casi es devolver una pregunta a este respecto. Hay algunos grupos que han intentado diferenciarse del estatuto marco diciendo que ellos lo que creen que hace falta es una regulación específica para la categoría de los médicos. Nosotros siempre hemos dicho que el estatuto marco ha de contemplar el conjunto de las categorías, y reconocíamos la existencia de manera diferenciada de un capítulo específico para aquellos elementos

que son singulares de los médicos, especialmente de los médicos en el ámbito hospitalario, porque en el ámbito extrahospitalario sí que es verdad que elementos como la guardia están mucho más compartidos con otras categorías profesionales.

De la misma manera, también hemos dicho que todo lo que tiene que ver con el desarrollo de la normativa dispuesta en el texto refundido del Estatuto Básico del Empleado Público, del EBEP, se puede desarrollar por parte de las comunidades autónomas mediante la creación de ámbitos de diálogo que sean diferenciales por categorías profesionales. Cuando he escuchado alguna oposición o algún planteamiento por parte de algún grupo parlamentario, como, por ejemplo, que lo que hay que hacer es una regulación específica para los médicos, lo que nunca he escuchado es qué va a contener esa regulación específica, porque las regulaciones contienen cosas. Escindir simplemente lo que afecta a un colectivo sin que tenga una característica diferencial lo que está dentro no tiene ningún valor. Entonces, yo creo que la pregunta a la que hay que contestar es si se está dispuesto a eliminar las guardias de veinticuatro horas; si se está dispuesto a incorporar, por ejemplo, elementos relacionados con la mejora de la incapacidad temporal en estos profesionales; si se está dispuesto a blindar los descansos bajando el tope semanal hasta cuarenta y cinco horas; si se está dispuesto verdaderamente a esos elementos que tienen que ver con la singularidad de esos profesionales y no solamente a poner una cajita separada sin llenarla de ese contenido diferencial que es el fundamental. Lo mismo cabe señalar respecto a otras cuestiones relevantes como temporalidad, etcétera.

A ese respecto nosotros creemos que el acuerdo —independientemente de las dudas o, digamos, minidesacuerdos que puedan surgir a lo largo del camino— que se refrendó con los diferentes sindicatos de la mesa del ámbito así lo dice. Sin ningún tipo de dudas vamos a tener un Sistema Nacional de Salud muchísimo mejor con ese estatuto que sin ese estatuto, y eso es algo de lo que todo el mundo debería ser consciente, y me parece que es muy difícil decir lo contrario. De hecho, uno de los elementos fundamentales que tiene que ver con la prevención de agresiones a profesionales sanitarios es el reconocimiento como autoridad pública de los profesionales estatutarios. Por cierto, no son datos solamente de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y de los profesionales sanitarios; creo recordar que el Ministerio de Sanidad publica todos los años, en coincidencia con el Día Internacional de Prevención de Agresiones a Profesionales Sanitarios, un informe. Además, tiene un trabajo muy cercano no solamente con las consejerías de Sanidad, sino con el conjunto de las diferentes Administraciones de las diferentes comunidades autónomas. Uno de los puntos fundamentales es el reconocimiento como autoridad pública del profesional estatutario. Sin ningún tipo de dudas, creo que esto debería ser totalmente irrenunciable y no puede uno quedarse de lado.

El otro elemento que quería comentar está relacionado con el Marco Estratégico de Cuidados de Enfermería. He de decirles, por un lado, que está próximo a aprobarse un reparto de financiación para que las comunidades autónomas —no estaba previsto inicialmente, pero hemos conseguido sacar una partida para ello— puedan contratar a una persona específica que se encargue del seguimiento de todas las acciones relacionadas con el Marco Estratégico de Cuidados de Enfermería, pero creo que, más allá de ese elemento de financiación, una de las cosas principales que ha aportado el Marco Estratégico de Cuidados de Enfermería ha sido conseguir sistematizar algunas ideas y planteamientos de futuro que a lo mejor no estaban consiguiendo aterrizar de forma concreta. A este respecto, hay un elemento clave: cómo organizamos los cuidados dentro del Sistema Nacional de Salud, no solamente sobre la base del número de personas que tienen que ser atendidas, sino, especialmente, de la complejidad de los cuidados que precisan estas personas. Por ello, la semana pasada tuvimos un evento coorganizado con la OMS para Europa, en el Instituto de Salud Carlos III, con la Comisión Europea, el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud; fue un datatón en el que participaron casi todas las comunidades autónomas, a partir de datos propios, para ver de qué manera podían generarse algoritmos, sistemas y herramientas concretas de organización de los cuidados en el Sistema Nacional de Salud.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 18

Creo que todo el mundo salió entusiasmado de aquella acción y espero que sea la materialización y la herramienta clave para poder operativizar otra de las cosas de las que hay que hablar: la iniciativa legislativa popular de ratios de enfermería. Ahora mismo está en fase de presentación de enmiendas, pero con diálogos bastante avanzados con algunos grupos parlamentarios, y esperamos que pueda salir adelante con esas reformas que hemos planteado, como, por ejemplo, no hablar de ratios, sino de dotación óptima segura de profesionales de cuidados; no hablar solo de enfermeras, sino de enfermería, teniendo en cuenta también a las TCAE; no hablar solamente del ámbito público, sino del público y del privado, e incorporar también no solamente el ámbito hospitalario, sino también el ámbito ambulatorio, que, en cierta manera, incluye los sociosanitarios.

He hablado de enfermería y no solamente de enfermeras porque otro de los elementos que quería comentar tiene que ver con las TCAE. Las TCAE son uno de esos colectivos tremendamente numerosos e importantes dentro del conjunto de nuestro sistema que ha adolecido de una falta de foco en el ámbito regulatorio bastante importante. A este respecto, salió a consulta pública recientemente la modificación del real decreto que regula la formación de las TCAE. Una de las cosas que se propone ahí es la eliminación de la A, no de todo el real decreto, sino solo del nombre de las siglas del título, de forma que sean Técnicos en Cuidados de Enfermería, sin la A de Auxiliares; pero el cambio fundamental es el del número de horas en su formación, que pasa de tener 1400 a tener 2000 horas, equiparándose a los diferentes grados formativos de su mismo rango. Además, he de decirles que el mes que viene publicaremos la encuesta que se ha hecho sobre la situación de las TCAE en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Sobre profesionales, quiero decirles solamente dos cosas muy breves. La primera está relacionada con los diplomas. Esperemos que el diploma de acreditación de tutores se pueda aprobar en el último consejo interterritorial que queda pendiente antes de verano. Esto va a ser un reconocimiento notablemente importante a toda esa labor que se realiza por parte de tutores y tutoras, que son imprescindibles para la formación sanitaria especializada. En los últimos años, diría que casi todas las comunidades autónomas han avanzado hacia modelos en los cuales se incorpora algún tipo de incentivo monetario o no monetario o de ambos tipos. Además, la existencia del diploma va a suponer una mejora en la posibilidad tanto de carrera profesional como de reconocimiento de figuras propias.

Con respecto a esto quiero decirles que han comenzado los grupos de trabajo para tres diplomas específicos en el ámbito de la enfermería: el de educación terapéutica en diabetes, el de perfusionista y el de prevención y control de infecciones. Creemos, además, que estas vías para impulsar los diplomas de acreditación como vía de normativización del conocimiento experto en el ámbito de la enfermería van a ayudar, en cierto modo, a poder ver por dónde va eso que se ha venido en llamar enfermería práctica avanzada en nuestro sistema.

La otra cosa que quería comentarles sobre el ámbito de los profesionales tiene que ver con los biólogos y trabajadores sociales sanitarios. Nosotros, conjuntamente con alguna gente del Grupo Parlamentario Socialista, del Grupo Parlamentario SUMAR —estamos en conversaciones con otros de los grupos parlamentarios que facilitaron la investidura—, estamos trabajando en una propuesta de ley para el reconocimiento de los biólogos y trabajadores sociales sanitarios que trabajan en el sistema sanitario como profesionales sanitarios. Como saben, esta es una demanda largamente extendida y que, además, es fundamental para poder regular algunos elementos, como, por ejemplo, la especialidad de genética clínica de laboratorio, que tiene algunas singularidades que hacen que, sin esto, sea difícil conseguir hacerlo con una solvencia jurídica y un alcance como el que querríamos. Quiero agradecerlo especialmente al Grupo Parlamentario Bildu, que hoy no se encuentra aquí, porque fue uno de los que impulsó que pusiéramos el foco en esto, así que esperamos poder registrarla en los próximos días.

Quisiera terminar estos tres bloques, hablando de política farmacéutica. Como saben, el 15 de diciembre del año 2024 aprobamos la Estrategia de la Industria Farmacéutica, que hace un abordaje de la política farmacéutica amplio desde el ámbito de la investigación, pasando por la producción y la industrialización y el ámbito de acceso y sostenibilidad, que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 19

ha tenido como efecto, entre otras cosas, la aprobación nuevamente del Plan Profarma, que, como saben, es un programa de incentivos fiscales a las empresas farmacéuticas en función de la calificación que obtienen sobre la base de algunos criterios de producción, de respeto al medioambiente, de temas de inversión en investigación y desarrollo en nuestro país, etcétera. Además, tenemos gran implicación con toda la normativa europea, de la cual, además, supongo que les llegarán *inputs* variables de los diferentes grupos de interés, como es el paquete farmacéutico o el Biotech Act. Pero, a este respecto, en política farmacéutica hemos tenido bastante actividad últimamente. Uno de los elementos ha sido la aprobación de la modificación del Real Decreto 1345/2007, que establece o regula de manera bastante avanzada los sistemas de verificación de medicamentos. Esto va a permitir que podamos desterrar el cupón precinto de las oficinas de farmacia y modernizar ese elemento, pero, sobre todo, tiene un rasgo de digitalización de los procesos de verificación muy importante.

Además, se aprobó también el real decreto de precio y financiación de productos sanitarios, que, después de veintitantos años, nos ha permitido actualizar nuestra cartera de servicios en materia de financiación pública de productos sanitarios. Esto es algo que no podíamos hacer y, cuando ha habido situaciones como, por ejemplo, el desabastecimiento de bolsas de orina, hemos tenido que pedir a las comunidades autónomas —esto fue justo en el año 2023— que desencadenaran procesos de compra porque no podíamos incorporarlas de manera centralizada por la ausencia de este real decreto. También está la aprobación del real decreto de evaluación de tecnologías sanitarias. Creo que probablemente este sea uno de los grandes hitos en materia de política farmacéutica, no solamente de esta legislatura, sino de bastante tiempo.

El real decreto de evaluación de tecnologías sanitarias es uno de los elementos fundamentales para poder avanzar en esa garantía de que lo que incorporamos al sistema sanitario verdaderamente aporte un valor añadido. El objetivo es que ese valor añadido se incorpore al sistema sanitario en este camino de doble vía. A este respecto, es un real decreto que mejora la transparencia; que mejora la predictibilidad; que incorpora la participación de profesionales sanitarios, de organizaciones de pacientes y de organizaciones de consumidores, pero que, sobre todo, establece un sistema en tres niveles. En dicho sistema tenemos, por un lado, las oficinas de evaluación, con la Agencia Española del Medicamento y la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; por otro lado, el Grupo de Gobernanza, que es el que, en cierto modo, traduce la información de la evaluación al tercer grupo, que es la Comisión Interministerial de Precios. El Grupo de Gobernanza —que en el real decreto queda reflejado en una disposición transitoria— y la Comisión de Precios son los protagonistas del proyecto del real decreto de precios y financiación de medicamentos, que se encuentra ahora mismo en audiencia e información pública hasta el día 10 de julio de este año. Los reales decretos de evaluación y de precio y financiación vienen a ser la normativización, la reglamentación del proceso completo desde que un medicamento se autoriza o se registra en nuestro país. Ese es el proceso de evaluación, de determinación de cuál va a ser su papel en el ámbito clínico para poder determinar cuáles van a ser los esquemas de financiación.

En materia de financiación, ayer publicamos, si no me equivoco, el tercer informe con datos propios sobre financiación de medicamentos, donde se constata una reducción de setenta días en los tiempos de financiación, pero, sobre todo, un incremento tanto de los registros como de los medicamentos financiados. Además, quiero decir que el 100% de los expedientes que llevan más de treinta meses son expedientes que están en revisión, es decir, expedientes que no han conseguido financiación y entonces se sigue con decisiones posteriores de negociación.

Hay otros dos textos normativos relevantes. Uno de ellos fue aprobado y convalidado en el Congreso, y es una reforma del copago, que introduce una mayor progresividad y, además, introduce topes en población activa, pero que, sobre todo, hace una cosa, y es que la próxima vez que midamos la falta de acceso a medicamentos por motivos económicos, hayan bajado de manera drástica las cifras. Si uno mira cualquiera de los estudios —y las cifras quizás más fiables están en la muestra europea de la Encuesta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 20

Europea de Salud—, se encuentra con que las personas que no pueden acceder a medicamentos por motivos económicos están acumuladas principalmente en población activa con rentas menores a 18000 euros. Pues bien, por un lado, es justamente ahí donde hemos incrementado el número de tramos, pero, por otro, hemos puesto topes de aportación para que justamente esos grupos no tengan problemas de acceso por motivos económicos. Ya se ha incorporado la implementación; ya han entrado en vigor algunos de los elementos, como, por ejemplo, la exención de los pensionistas que reciben el complemento de su pensión, y cuando se produzca la nueva actualización de la base de datos de copago, entrará en vigor el conjunto del sistema. Esto es algo que hemos estado trabajando junto a la Seguridad Social.

El otro texto del que quería hablar es el anteproyecto de Ley de medicamentos y productos sanitarios. Ya ha vuelto del Consejo de Estado, estamos haciendo los ajustes pertinentes y en el mes de julio pasará por el Consejo de Ministros para su aprobación. De los diferentes elementos que cambian, solamente voy a comentarles uno. Aunque ya es pública una versión del texto —porque se ha filtrado—, el documento actual incluye los cambios introducidos por dicho órgano. Simplemente quería comentarles dos cosas. Por un lado, creo que el proyecto de ley es totalmente necesario para dar el paso definitivo que nos permita, por ejemplo, alcanzar hasta los 180 días desde la autorización hasta la financiación, además de aportar otros elementos vinculados no solo al acceso y sostenibilidad, sino también a la industrialización. Pero, además, creo que es fundamental porque responde a lo que necesita cada tipo de medicamento en cada momento: los que necesitan protección en el primer momento, para que entren lo antes posible, con periodos precoces y condicionados de financiación; los medicamentos genéricos ya fuera del proceso de protección, para que entren lo antes posible, consigan volumen y reduzcamos precios, y los medicamentos más antiguos, para que podamos seguir con esa dinámica de incremento de precio en algunos que han quedado por debajo de su precio de solvencia o sostenibilidad para poder garantizar su existencia.

Quiero explicarles que el elemento más polémico del primer texto, que creo que se denominó sistema de precios seleccionados, ha dado lugar a otro sistema, que es el sistema de precios dinámicos, por el que se produce una bajada inicial de precio cuando entra el medicamento genérico y, después, según los medicamentos genéricos vayan aumentando su volumen, irán bajando el precio. El medicamento genérico, que cuenta con un margen de beneficio menor, consigue bajar los precios a expensas de aumentar el volumen de dispensación, el volumen de medicamentos; entonces, vinculamos lograr cifras de volumen con las bajadas de precio. Esa es una de las propuestas que plantearon diferentes sectores, y creemos que es la más equilibrada. Hay algún comentario posterior que se ha hecho desde algún ámbito que también va a ser tenido en cuenta de cara al texto final.

Sobre política farmacéutica, un último comentario. Ahora mismo, vivimos un momento de notable inestabilidad en el ámbito de la política farmacéutica y en cualquier ámbito de debate al que vaya cualquier persona se le repiten tres siglas, MFN, las de *most favored nation*, la cláusula de la nación más favorecida, implantada por el señor Donald Trump. Esta cláusula dice que la fijación de los precios de los medicamentos en Estados Unidos no va a ser consecuencia de ningún tipo de proceso de negociación o de evaluación de tecnologías sanitarias por Estados Unidos, sino que va a ser el resultado del precio más bajo que se produzca en los países del G7, Dinamarca y Suiza y, luego, en otro modelo del *most favored nation*, también incluye a países como España.

Estados Unidos ha decidido hacer un proceso de externalización de su política de fijación de precios. Hace unos cuantos años, Medicare llevaba a cabo políticas de negociación de precios y, entonces, los precios eran mucho más parejos con los precios que teníamos en los diferentes países de Europa. Sin embargo, desde hace unos cuantos años se prohibió a Medicare esa negociación de precios. Ahora, al ver cómo los precios se disparan en Estados Unidos, lo que han decidido es externalizarlo a los países de Europa, en los cuales la fijación de precios se produce tras un procedimiento de evaluación de tecnología y de negociación de precios.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 21

A ese respecto, nosotros hemos defendido siempre que hay que reivindicar las singularidades que tiene Europa: el mercado farmacéutico europeo es mayor que el mercado farmacéutico estadounidense porque hay un mayor número de pacientes y, además, hay un mayor número de personas cubiertas. Estados Unidos tiene una población ligeramente menor a la del conjunto de los países de la Unión Europea y, sin embargo, tiene un porcentaje de personas cubiertas por el sistema aún menor; además, si vemos lo que le cubre a cada uno su seguro, se reduce el número de personas. Ante esta situación, está claro que a nosotros nos toca ver cuáles son las externalidades negativas que puede tener para nuestro país y, por tanto, asegurar al conjunto de nuestros pacientes el acceso. Por eso, yo quería comentarles que una de las enmiendas que se ha aprobado y que está incluida dentro de la propuesta de ley de cribados tiene que ver con la confidencialidad de los precios netos de los medicamentos.

En materia de transparencia, nosotros llevamos a cabo varias acciones, como puede ser, por ejemplo, la publicación de los informes de los medicamentos que son sometidos a decisión de financiación por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. Comenzamos hace casi un año y se han ido publicando de manera frecuente. También estamos publicando los datos propios sobre tiempo de acceso y financiación desde la aprobación por la Comisión Europea. Asimismo, el real decreto de evaluación de tecnología obliga a las empresas desarrolladoras a dar a las oficinas de evaluación los costes de la investigación, el desarrollo y la producción de los medicamentos, para que puedan ser tenidas en cuenta en los procesos de evaluación y posterior fijación de precios como un elemento más dentro de todo lo que hay que tener en cuenta.

Ahora bien, estamos en una situación ahora mismo en la cual la publicación en abierto de los datos de precio neto de los diferentes medicamentos innovadores de manera casi automática podría suponer el retraso en la presentación para su financiación por las empresas farmacéuticas o el riesgo de desabastecimiento en nuestro país. ¿Esto por qué ocurre? Pues esto ocurre por lo que les he comentado con anterioridad. En Estados Unidos es donde se implantan los precios más altos y donde una parte importante de la industria farmacéutica no solamente tiene presiones políticas, sino también comerciales para su desarrollo y comercialización. Por tanto, el hecho de que haya países de nuestro entorno, especialmente España, donde ese precio se publique, hace que algunas de esas compañías tengan un incentivo total y absoluto para retrasar su financiación aquí y, así, poder seguir fijando precios en Estados Unidos y retrasar esa especie de fijación, digamos, en tercera persona por parte de España.

Aquí hay una pregunta fundamental que tienen que hacerse quienes rechazan la confidencialidad de precios: en el caso de que los precios sean transparentes, ¿quién se va a responsabilizar, si existe un retraso en la comercialización de medicamentos innovadores en nuestro país, de la falta de acceso a medicamentos innovadores por parte de nuestros pacientes? Yo se lo digo muy claro. Quien se tendría que responsabilizar de eso sería el Ministerio de Sanidad y, por eso mismo, en el Ministerio de Sanidad, mientras trabajamos la transparencia por otras vías, hemos impulsado una medida para asegurar que no nos va a colocar en una situación de debilidad a la hora de negociar precio y condiciones de financiación con las compañías con las que tenemos que hacerlo. Así que la confidencialidad de precios no es una medida de protección a la industria, sino una medida de protección a los pacientes y las pacientes que necesitan que los tratamientos innovadores estén disponibles para su tratamiento en el caso de que sea necesario. Creo que el hecho de que pueda salir adelante esta enmienda nos protege en un contexto de grandísima inestabilidad y nos permite además compaginarlo con otras medidas de estímulo a la implantación locorregional en nuestro país de nuestra industria de medicamentos, como las que se están llevando a cabo en otros ámbitos.

Para terminar, solamente quiero decirles que hay dos hitos normativos que están también en marcha. Uno trascenderá esta legislatura y llegará al equipo que le toque después, y es la Ley de Salud Digital. Esperamos poner encima de la mesa el borrador del anteproyecto de ley. En el ámbito de la salud digital, como saben, en el seno de la Estrategia de Salud Digital y ahora en todo lo que tiene que ver con la aplicación del

Reglamento Europeo relativo al Espacio de Datos de Salud, hay un trabajo muy cercano con las comunidades autónomas; seguramente sea uno de los ámbitos en los cuales hay una arquitectura de colaboración más singular. Esperamos que sea una ley que no solamente desarrolle las necesidades de uso de datos primarios y secundarios, sino que también consiga reglamentar algunas cosas que ahora mismo tienen una reglamentación precaria.

El otro hito es el Proyecto de Ley de Organizaciones de Pacientes. Como saben, fue aprobado recientemente por el Consejo de Ministros y pasó ya a la Mesa del Congreso. Ahora mismo se encuentra en la fase de enmiendas. En este texto se ha trabajado juntamente con —voy a arriesgarme a decir las organizaciones, con miedo de que se me olvide alguna— la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, el Foro Español de Pacientes, la Alianza General de Pacientes, la Federación Española de Enfermedades Raras, la Federación Española de Diabetes, la Confederación Salud Mental España y el Grupo Español de Pacientes con Cáncer. Si se me ha olvidado alguna, les pido perdón por adelantado. Creo que es una ley que debería concitar el mayor de los consensos. Nosotros estamos abiertísimos a hablar de las enmiendas desde ayer. Es un texto razonablemente sencillo y recoge los elementos fundamentales de reivindicación del movimiento asociativo, pero, sobre todo, permite regular elementos fundamentales como la participación, el acceso a la información, los diferentes derechos y también las obligaciones de la Administración General del Estado en materia de promoción de la participación y del asociacionismo como elemento importante del Sistema Nacional de Salud.

Así que, a ese respecto, y con el mismo espíritu que han concitado algunas otras leyes, como puede ser la denominada ley ELA o, recientemente, la ley de cribados, que, con sus más y sus menos, también ha sido notablemente favorable, nos abrimos a negociar lo que sea necesario para que esto no solamente salga adelante, sino que verdaderamente no sea una ley del Gobierno ni de este ministerio, sino que sea una ley de las organizaciones de pacientes para que puedan contar con que el consenso, que se puede considerar social, refleje también un consenso en el ámbito parlamentario.

Así que, sin más, quedo ya a sus consideraciones.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Pasamos a las intervenciones.

Empezaremos por el Grupo Parlamentario Popular, que es el que ha solicitado las dos comparecencias.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidente.

Muy buenas tardes y bienvenido una vez más, señor secretario de Estado, a esta comisión.

Empiezo por decirle que no es la primera vez que traslada la vitalidad en la actividad del Ministerio de Sanidad, pero esto no va de números, sino de cuánto han sido capaces de mejorar el sistema sanitario de nuestro país. El Grupo Parlamentario Popular le dice humildemente que no pueden sentirse muy satisfechos de la gestión al frente del ministerio cuando lo que han hecho ha sido generar la mayor crisis sanitaria que jamás habíamos vivido. Esto se refleja a través del barómetro del CIS: la sanidad es el tercer problema para los españoles, detrás de la crisis económica y la vivienda. Además, los pacientes califican su satisfacción con el sistema sanitario con peor nota, como así recoge el último informe del Barómetro Sanitario.

Señor Padilla, presentan una petición de comparecencia para actualizar el trabajo legislativo en la presente legislatura. Nos ha dado buena cuenta de ello, pero ¿es consciente de que están en tiempo de descuento y que los españoles nos están pidiendo que se les dé la palabra? No sé si es consciente. Actualmente, en esta comisión tenemos un amplio marco normativo pendiente: siete proyectos de ley procedentes del Gobierno, dos proposiciones de ley del Grupo Socialista —después de la tramitación de hoy, quedará una—, una procedente del Senado, una ILP y una procedente de comunidad autónoma. Hay un amplio paquete normativo pendiente de tramitar. Además, tenemos iniciativas que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 23

llevan en fase de enmiendas desde mayo de 2024. Su balance real es solo una ley, la de la Agencia Estatal de Salud Pública, cuyo desarrollo, además, está pendiente. Hoy, casi un año después de su aprobación, nos ha dicho que se va a avanzar en ello. Es una pobreza legislativa que en gran parte demuestra la soledad parlamentaria y de apoyos —tampoco veo que los tengan— en el Consejo de Ministros.

Nos vamos a centrar en el estatuto marco. Señor Padilla, no podemos hoy pasar por alto la ley del estatuto marco, porque está generando la mayor crisis sanitaria del país. Son tres los ministros responsables de esta reforma y ninguno ha planteado cuál es la propuesta de modificación y, así, poder trabajar sus modificaciones en coordinación con todos los actores implicados. Empezó mal esta reforma, pero ustedes al llegar al Gobierno la han rematado. Empezaron siendo unos bienquedados —a todos y cada uno de los diferentes sanitarios con los que se reunían les decían lo que querían oír— y sus acuerdos han sido de difícil encaje en la norma. Lo que realmente han hecho bien es generar conflictos entre los sanitarios y hacer imposiciones a las comunidades autónomas sin apenas tenerlas en cuenta. Han sido incapaces de buscar acuerdos con sus propios compañeros médicos, facultativos, y con el comité de huelga. Han engañado, literalmente, a los sindicatos en el ámbito de negociación enviando a Consejo de Ministros un texto que hoy está en fase de audiencia pública —como ha dicho, hasta mañana, día 26— donde han incorporado temas que estaban fuera de su competencia, y ni tan siquiera han sido capaces de negociar con los ministerios afectados. Esto les pasa porque tienen a una ministra más preocupada por ser candidata que ministra y está realmente obsesionada con lo que hace la presidenta de la Comunidad de Madrid, apartándose de las que son sus verdaderas responsabilidades. No se trata de egos, sino de actualizar el régimen jurídico del personal estatutario sanitario, adaptándolo a los cambios organizativos, asistenciales y profesionales del Sistema Nacional de Salud, como así se contempla en el propio Plan Anual Normativo de 2026.

La trascendencia de esta reforma exige que su elaboración se fundamente en amplios consensos institucionales y profesionales que garanticen su viabilidad y sostenibilidad futura. Fue en el año 2003 cuando se elaboró el estatuto marco y, por tanto, hoy es verdad que necesita una actualización. El Grupo Parlamentario Popular está de acuerdo en que se dé un nuevo marco en función de la situación y las mejoras que piden hoy los profesionales sanitarios. Es una irresponsabilidad que el ministerio no tenga en cuenta a las comunidades autónomas, que van a ser quienes asuman materialmente el impacto organizativo, presupuestario y asistencial derivado de cualquier modificación del régimen jurídico del personal estatutario. Su irresponsabilidad se reflejó en el último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, poniéndose prácticamente todas las comunidades autónomas de acuerdo, excepto Cataluña, para decirles que se dejaran ya de tantas chapuzas porque son ellas las que asumen sus irresponsabilidades y están hartas de que les echen la culpa de su incompetencia.

Les hemos pedido por diferentes vías las memorias económicas, técnicas y jurídicas que soportarían esta reforma legislativa, y aún no conocemos tales memorias. Han estado alimentando las huelgas de sus compañeros médicos, que han supuesto más de tres millones de actos médicos suspendidos, que haya pacientes esperando una consulta, una prueba diagnóstica o una intervención quirúrgica, y, al parecer, esto les es indiferente a ustedes. Aparte de perder actividad por la huelga de los médicos, en territorios de su ámbito de competencia tienen cerrados quirófanos por humedades, como es el caso del Hospital Universitario de Melilla. ¿Es conocedor de lo que está pasando en Melilla? ¿Qué soluciones les están dando a los pacientes y a los profesionales? ¿Van a dar soluciones en algún momento a los problemas sanitarios que existen en Melilla? También podríamos hablar de Ceuta, donde están hartos de su abandono.

En realidad, para abordar la complejidad que supone la actualización del estatuto marco, necesitamos más sanitarios y más médicos, como se refleja en su propio informe de necesidades de médicos en España y como han pedido esta Cámara, las comunidades autónomas y también los sindicatos. No es entendible que, por ejemplo, queden hoy fuera de la convocatoria MIR —ha terminado recientemente— cerca de seis mil futuros médicos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 24

Por supuesto, también son necesarias enfermeras. Es una realidad que el número de plazas de formación sanitaria es insuficiente. Su discurso sobre que han incrementado las plazas no se ajusta a la realidad de lo que se necesita. Asimismo, nos ha hablado de lo que supone todo el proceso de la acreditación, de quién es la responsabilidad o de quién deja de serlo, pero aquí estamos pendientes de que se establezca, con el liderazgo del Ministerio de Sanidad, un planteamiento serio para abordar las plazas que necesitamos en nuestro país. Aquí no se trata de echar la culpa a las comunidades autónomas o de que el Ministerio de Sanidad se mantenga al margen. Los pacientes que viven en zonas como la mía necesitan tener un médico que les atienda y no que en su comunidad autónoma no puedan cubrir esa situación. Le pongo un ejemplo. Para Medicina Familiar y Comunitaria el incremento ha sido de treinta y seis plazas en la convocatoria de este año, lo que no resuelve el déficit que ustedes mismos apuntan en su informe —4500— que tenemos en todo el territorio.

Si en su informe apuntan que se necesita un número determinado de profesionales, tendremos que buscar la manera de incorporarlo, y no pongamos aquí excusas sobre si la comunidad autónoma acredita o no las plazas. El déficit genera malestar en los profesionales y a los MIR tampoco les tienen muy contentos. La Asociación MIR España ha exigido la dimisión de la ministra por su responsabilidad política en el proceso de formación sanitaria especializada que hemos vivido. Están trabajando en el próximo. ¿Van a cometer los mismos errores o podemos dar hoy algún ánimo a los futuros especialistas que están estudiando para examinarse? También podríamos hablar de los técnicos superiores. Ustedes hicieron un grupo de trabajo. No sé si hoy está en condiciones de darnos las conclusiones sobre ese grupo de trabajo. ¿Realmente van a hacer algo o no van a hacer nada? Podríamos hablar también del déficit para abordar la situación de la salud mental, que se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país. En esta comisión elaboramos una subcomisión con unas conclusiones que espero y deseo que tengan en cuenta.

Hablemos ahora de emergencias sanitarias y del ébola, que nos decían que lo comparábamos con el COVID: es que ver a Simón, siendo el primero del ministerio, haciendo declaraciones sobre el tema tiene que entender que genera cierta desconfianza en todos los ciudadanos. El ébola avanza rápidamente y la Unión Europea nos está diciendo que tomemos medidas. ¿Realmente van a llevar a cabo la Agencia de Salud Pública? Hoy nos ha hablado de la sede y del estatuto marco, pero ¿cuándo va a ser realmente efectiva? Y ¿para cuándo el plan de preparación y respuestas? Necesitamos este plan. ¿Nos puede indicar cuáles son los problemas para que no esté operativo aún el plan de preparación y respuesta? ¿Van a tener en cuenta las peticiones de las sociedades científicas y van a aprobar el plan de preparación y respuesta ante las amenazas sanitarias?

Termino, presidente.

En fin, hablamos de la modificación de la ley del medicamento. Hombre, lo que hemos visto en esta Cámara es que, si hubiéramos tenido la ley, igual no hubiéramos incorporado temas propios de la ley del medicamento en otras leyes —hoy, por ejemplo—. Ante la urgencia de determinados temas que hagan alusiones a mejoras en el ámbito de los medicamentos, el Grupo Popular estará de acuerdo en facilitar aquellas opciones para que se mejoren. Es urgente que la ley del medicamento tenga ya una salida, desde luego consensuada con todo el sector —lo que demostraron las alegaciones era que había habido poco consenso—.

Por lo tanto, señorías, necesitamos que cambie el rumbo del ministerio. Es necesario que se sientan alineados. Dejen la confrontación con las comunidades autónomas. No les echen tanto la culpa. Están para cubrir las necesidades sanitarias del día a día y necesitan un ministerio fuerte que las responda y no que se mantenga al margen o que se enfrente a ellas. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El Grupo Parlamentario VOX creo que quería intervenir. Tiene trece minutos, los de la réplica incluidos.

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

Señor Padilla, hoy va a ocurrir algo muy sencillo. Ya que usted no se quiere sentar a negociar con los médicos, hoy se va a sentar aquí a escucharlos, y no va a ser por cortesía parlamentaria, sino que los va a escuchar porque este Congreso representa a los españoles, porque los médicos sostienen la sanidad de todos y porque ustedes han abierto un conflicto nacional que no pueden cerrar con propaganda, con premios, con mesas paralelas ni con acusaciones indignas contra quienes llevan años levantando el Sistema Nacional de Salud con su vida, con sus noches y con su salud.

Ustedes han cometido un error de fondo. Han confundido la sanidad pública con su propiedad ideológica. Para la izquierda, la sanidad pública es casi una bandera de partido: la pasean en pancartas, la convierten en lema electoral y la usan como superioridad moral. Si queremos decirlo con ironía, quizás el Sistema Nacional de Salud sea lo más parecido que ha existido jamás a un comunismo que funciona, ya que todos aportan, todos reciben y nadie pregunta cuánto tienes antes de atenderte. Pero ese sistema no funciona por ustedes, no funciona por la ministra Mónica García, no funciona por un secretario de Estado, no funciona por la rueda de prensa y mucho menos por un tuit contra la pública ni funciona por un cartelito de campaña electoral; funciona porque hay médicos que encadenan consultas imposibles, que hacen guardias que ningún político aguantaría, que cargan con decisiones clínicas que cambian vidas y que después de once años de formación, de carrera, de MIR, de residencia, de noches y de sacrificio siguen creyendo que trabajar en la pública merece la pena. Ustedes están destrozando esa convicción.

Usted dice que defiende la sanidad pública, pero trata a los médicos como si fuesen un problema. Dicen que defienden los derechos laborales, pero cuando el trabajador lleva bata blanca parece que esos derechos desaparecen. Dicen que defienden la conciliación, pero mantienen un modelo que exige jornadas incompatibles con una vida familiar normal. Dicen que defienden la salud mental, pero desprecian el agotamiento de quienes sostienen urgencias, consultas, quirófanos y atención primaria. Luego tienen la osadía de llamar a esto avance.

Señor Padilla, no hay sanidad pública sin médicos. No hay listas de espera que se resuelvan sin médicos. No hay atención primaria ni urgencias ni quirófanos ni diagnósticos ni tratamientos ni seguridad del paciente ni continuidad asistencial sin médicos. No hay nada de esto sin médicos. Por tanto, cuando ustedes atacan a los médicos, no están atacando a una élite, están atacando al paciente español.

El problema ya no es solamente el contenido del estatuto marco, el problema es la actitud política con la que ustedes han afrontado este conflicto. El 17 de diciembre los médicos fueron a Madrid y acudieron al ministerio a la reunión que, según denunciaron sus representantes, tenía un orden del día acordado. Fueron a hablar de sus condiciones, a plantear sus reivindicaciones y a negociar, y allí se encontraron con un portazo, con un ministerio que les dijo que no había nada que negociar directamente con ellos, que sus condiciones específicas no merecían una mesa específica, que sus reivindicaciones tenían que diluirse en una negociación generalista, en sindicatos, donde el peso médico es testimonial o insuficiente para abordar una realidad profesional tan singular. Eso, señor Padilla, no es diálogo, sino una puesta en escena. Les hicieron ir para aparentar voluntad de negociación y después les dijeron que la negociación real estaba en otro sitio. Les hicieron sentarse para levantarse ustedes. Les convocaron para vaciar la reunión de contenido y luego salieron a decir que los médicos se habían levantado de la mesa. ¡Qué manera tan vieja de hacer política la de provocar el conflicto, cerrar la puerta y culpar al que se queda fuera!

Los médicos no piden privilegios. Piden ser escuchados como médicos. Piden que se reconozca que sus condiciones laborales son distintas porque su formación, su responsabilidad y su carga asistencial son distintas. Piden que no se negocie sobre ellos sin ellos, que no se firme un marco que afecta a su vida profesional mientras el ministerio presume de consenso con sindicatos que no representan de manera suficiente el corazón del conflicto. Ustedes, en vez de escuchar, han elegido otra estrategia: enfrentar a los médicos con los pacientes. Ese ha sido uno de los episodios más graves de todo este

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 26

conflicto. La ministra Mónica García llegó a pedir que los médicos no tuvieran a los pacientes como rehenes. Esa frase no es un desliz, esa frase fue una línea política, fue un intento deliberado de colocar sobre los médicos la culpa del deterioro de un sistema que ustedes llevan meses gestionando con soberbia. Llamar rehenes a los pacientes en una huelga médica es una acusación gravísima. Es decirle a España que el médico que protesta contra jornadas abusivas, contra esas guardias interminables, contra la falta de reconocimiento y contra el deterioro del sistema está usando al enfermo como escudo humano, y eso, me va a permitir la expresión, es miserable. Si alguien ha protegido a los pacientes en este país han sido los médicos. Son los que los han protegido cuando faltaban recursos, cuando las agendas estaban reventadas, cuando las urgencias están saturadas, cuando las listas de espera crecen y crecen y cuando las Administraciones fallaban y, ahora, cuando esos médicos dicen «no podemos más», ustedes les contestan: Están usando a los pacientes como rehenes. Pues no, señor Padilla. Los médicos no tienen a los pacientes como rehenes, los médicos están intentando evitar que los pacientes se queden sin médicos.

Mientras no se sientan con el comité de huelga médico, mientras les niegan una interlocución propia, mientras repiten que todo debe ir por cauces generalistas, ustedes encuentran tiempo para rodearse de plataformas, actos, premios y discursos en foros de participación de pacientes. Vaya por delante una cosa: los pacientes merecen voz, las asociaciones de pacientes merecen respeto y su experiencia debe ser escuchada. Nadie discute eso, y VOX lo lleva defendiendo hace años, pero una plataforma de pacientes no puede sustituir a los médicos en la negociación de sus condiciones laborales. Una organización de pacientes no puede convertirse en coartada para no escuchar al comité de huelga, ni una mesa de participación puede ser el burladero político desde el que el ministerio torea la negociación real con quienes están en los hospitales.

Lo que indigna a los médicos no es que se escuche a los pacientes, sino que ustedes usen a los pacientes para aislar al médico y que conviertan al paciente en instrumento de presión contra quienes lo atienden. Lo que indigna es que ustedes intentan construir un relato en el que el ministerio aparece como defensor del enfermo y el médico como obstáculo. Eso es falso y, además, es peligrosísimo. Primero, porque, si usted rompe la confianza entre médico y paciente, rompe el último dique que sostiene el sistema. Segundo, porque no ayuda a relajar las tensiones ni a parar las agresiones a los médicos, que siguen creciendo y creciendo. Terrorífica actitud la suya, señor Padilla. La relación médico-paciente no puede ser manoseada por el ministerio, no puede utilizarse para hacer propaganda, no puede convertirse en movilización política contra una huelga ni puede ser el campo de batalla de una ministra que no ha sabido negociar.

Aquí llegamos al fondo del asunto. Ustedes están llevando a los médicos a una conclusión devastadora, y es que la pública ya no les protege. Durante años, el médico español aguantó, y lo hizo por vocación, porque la pública era un orgullo, porque sentía que servía a todos los españoles, porque no había tantas alternativas, porque la sanidad pública era casi una misión. Pero España ha cambiado. Ahora hay sanidad privada, ahora está Europa, los médicos adquieren conocimiento de idiomas y hay más oportunidades. Hoy un médico joven compara sus condiciones con las de otros países. Hoy un médico sabe que no tiene por qué hipotecar su vida entera haciendo guardias para ganar un salario digno. Sabe que no tiene que aceptar que su vocación se utilice como chantaje. Cuando ese médico se va, ustedes lo llaman privatización. No, señor Padilla, privatización es empujar al médico fuera de la pública y luego culpar al mercado de haberle abierto la puerta. La privada no es la vergüenza; la vergüenza es que un médico quiera seguir en la pública y el ministerio le haga la vida imposible.

Y no, esto no va ni contra la enfermería, ni contra los técnicos, ni contra ningún profesional sanitario. Todos merecen respeto, todos merecen condiciones dignas, todos son necesarios, pero respetar a todos no significa negar las diferencias. No da igual estudiar seis años de carrera, preparar el mir, hacer la residencia, asumir diagnósticos complejos, firmar decisiones clínicas, responder civil y penalmente y cargar con la responsabilidad última sobre la vida de un paciente, no da igual, y cuando el ministerio

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 27

actúa como si fuese igual, está mandando un mensaje demoledor a toda la generación: no te esfuerces, no te sacrifiques, no merece la pena. Ese mensaje destruye vocaciones, destruye excelencia y destruye futuro, señor Padilla. Mientras tanto, ustedes hablan de homologaciones, de traer médicos de fuera, de cubrir huecos como sea. Nosotros no estamos en contra de traer un médico extranjero que cumpla estándares rigurosos, que acredite su formación y que se integre si viene a España, pero sí estamos en contra de una política que pretende tapar con soluciones administrativas rápidas el agujero que ustedes mismos han abierto. No se arregla la falta de médicos quemando a los médicos españoles, precarizando al que ya está, convirtiendo la formación, el mérito y la responsabilidad en algo intercambiable. No se arregla la sanidad pública destruyendo la dignidad profesional de quienes la sostienen.

Señor Padilla, usted puede venir aquí con papeles, con gráficos, con frases preparadas, con la palabra diálogo repetida muchas veces y con cuarenta asesores, pero los hechos son tercos: si hay diálogo, ¿por qué los médicos siguen en huelga? ¿Por qué denuncian que no se les escucha? ¿Por qué se firma sin el apoyo de los sindicatos médicos? ¿Por qué se les acusa de tener pacientes como rehenes? ¿Por qué se niega una mesa propia para abordar condiciones propias? Si hay diálogo, ¿por qué cada comparecencia del ministerio aumenta la indignación de quienes deberían sentirse representados? Y usted y la señora Mónica son médicos, que es algo mucho más grave. La ministra Mónica García y usted han querido dar lecciones durante años sobre la sanidad pública; pues hoy van a recibir una lección muy sencilla: la sanidad pública no se defiende contra los médicos, se defiende con los médicos; no se defiende enfrentando a pacientes y facultativos; no se defiende sustituyendo negociación por propaganda; no se defiende llamando privilegio a lo que es justicia; no se defiende usando la vocación como una cadena; no se defiende convirtiendo las guardias en el precio obligatorio de un salario digno, y, por supuesto, no se defiende tratando al médico como un problema laboral y no como el pilar clínico del sistema.

VOX va a defender la sanidad de todos los españoles: la de los pacientes, sí; la de la familia, sí; la de los que esperan una operación, sí —las listas de espera han crecido, y eso que ustedes se lo tomaron como algo personal en el ministerio, pero luego aquello quedó como que es competencia autonómica; como siempre, echando balones fuera de lo que no nos gusta—, y la de quienes necesitan una cita de atención primaria. Pero también va a defender a los médicos, porque defenderlos, señor Padilla, no es defender a un colectivo, es defender al paciente que mañana necesitará que ese médico siga ahí. Por eso, le exigimos tres cosas. Primero, que retire la soberbia y se sienta con los médicos, de verdad, no en una mesa decorativa, no en una reunión vacía de contenido, no en una foto para salir del paso. Segunda, que reconozca la interlocución específica para médicos y facultativos, porque sus condiciones no pueden diluirse en una negociación generalista que no responde a sus reivindicaciones. Tercera, que la ministra Mónica García rectifique sus actuaciones contra los médicos y deje de utilizar a los pacientes como ariete político contra quienes, precisamente, están intentando salvar la calidad asistencial.

Señor Padilla, escúcheme bien: ustedes no están salvando la sanidad pública, la están envolviendo en una pancarta mientras expulsan a quienes la mantienen viva. Esa es la verdad que hoy no pueden esconder. Cuando los médicos pidieron respeto, ustedes les llamaron privilegiados; cuando pidieron negociar, ustedes les cerraron la puerta; cuando avisaron de que el sistema se rompía, ustedes les acusaron de tener a los pacientes como rehenes, y cuando la pública empezó a perder a sus médicos, ustedes vinieron a culpar a todos menos a ustedes mismos. Eso no es un error de comunicación, eso no es un malentendido, eso tampoco es un fallo menor de gestión, es su acta de defunción política, porque nadie puede presentarse como defensor de la sanidad pública después de declarar la guerra moral a los médicos que la sostienen; nadie puede dar lecciones de humanidad después de llamar rehenes a los pacientes de quienes salvan vidas; nadie puede pedir confianza después de haber convertido el diálogo en la foto y en la negociación de mentira. La vocación médica la han convertido ustedes en una auténtica condena.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 28

Señor Padilla, ya que usted no quiso escucharlos en el ministerio, hoy lo ha podido hacer aquí. Los médicos no son sus enemigos, los médicos no son unos privilegiados, los médicos no tienen rehenes, los médicos son la última línea de defensa de la sanidad española, y hoy, señor Padilla, esta última línea ha venido a decirles una cosa a usted y a la ministra Mónica García: no se puede pisotear a los médicos y seguir llamándose defensor de la sanidad pública. Se les ha caído el relato, se les ha caído la pancarta y, después de esto, lo único que les queda es la soberbia, pero la soberbia ni opera, ni diagnostica, ni atiende urgencias, ni salva vidas; los médicos, sí; los mismos médicos que han escrito estas palabras para usted. Como ustedes no tuvieron la decencia y el honor de sentarse a debatir con ellos, hoy le hacen llegar estas palabras que son suyas. Como usted no tuvo la deferencia de sentarse a escucharlos, yo me voy a marchar en solidaridad con todos ellos. Espero que las preguntas que le he hecho —que le están viendo— se las conteste.

Muchísimas gracias. **(Los señores diputados del Grupo Parlamentario VOX abandonan la sala).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Por el Grupo Plurinacional SUMAR, interviene su portavoz.

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

Primero, quiero dar las gracias al Grupo Popular porque no ha permitido que VOX tenga ninguna Consejería de Sanidad, porque si en más de diez minutos hablando con un secretario de Estado de Sanidad lo único que ha hecho es leer una carta de unos cuantos médicos —que en muchas cosas tienen mucha razón, en otras lógicamente no—, pues, muchas gracias, Grupo Popular, por no darles las consejerías de Sanidad. Intenten no dárselas nunca en la vida.

La verdad es que es un placer terminar el periodo de sesiones con el secretario de Estado, con su conocimiento, su evidencia y todo lo que nos ha contado. Lo primero que quiero hacer es pedirle disculpas porque estamos un poquito espesos, pues es una semana un poquito complicada, en la que hemos tenido que escuchar en el Congreso de los Diputados —hoy, por ejemplo, hablando de terapias de conversión— cosas verdaderamente ridículas. Entonces, escuchar a un profesional hablando de lo que sabe, con evidencia, nos cuesta un poquito, pero sin duda alguna es un placer que el final de las sesiones sea con usted.

Yo no me lo he traído preparado, he cogido apuntes y vamos a hablar un poquito de lo que usted ha contado. Usted ha hablado de cómo gestionamos en salud pública. Ha empezado a hablar también de la crisis del hantavirus. Aquí tuvimos la oportunidad de escuchar a la ministra Mónica García hablar de cómo se había gestionado y coordinado desde el Ministerio de Sanidad. Y no sé si lo sabe, pero usted recibió muchos agradecimientos y muchos aplausos, porque mucha gente decía: Hemos descubierto a Javier Padilla. Los que ya le conocíamos sabíamos perfectamente que iba a hacer lo que hizo, es decir, poner en valor a los profesionales del ministerio, poner en valor a Europa, a la OMS y a los organismos internacionales y poner en valor la necesidad de la solidaridad y del buen gobierno. Por eso, aprovecho para darle las gracias por su trabajo y por destacar siempre que solo desde lo público nos salvamos todos. Ha hablado también del VIH, del tema de farmacia comunitaria —eso es muy interesante teniendo en cuenta muchas de las cosas que solemos escuchar aquí—, de la ley de cribados y de esta aprobación del dictamen que hemos tenido hace nada, hace una hora. Aquí quería destacar que lo que queda claro es que cuando en esta comisión queremos legislar, lo podemos hacer; cuando queremos sentarnos, escucharnos y poner a los ciudadanos, al paciente y al sistema delante, somos capaces. Así pues, de nuevo, quiero felicitarlos a todos. Nos queda mucho camino para continuar legislando, que para eso nos pagan los salarios.

En la segunda parte, usted ha hablado de profesionales. Ahí le digo al señor García, de VOX —que se ha ido con esa hiperactuación, rara en él, la verdad—, que no, que los responsables de todo lo que ocurre no son los médicos, son las comunidades

autónomas, que no gestionan como tienen que hacerlo y en muchas de ellas cuentan con el apoyo de VOX.

Usted habla de universidades, y ahí va mi primera pregunta. Es verdad que se habla de universidades públicas y privadas; sé que se han pedido esas plazas públicas y que está habiendo dinero. Quería preguntar sobre las comunidades autónomas. ¿Qué comunidades autónomas están poniendo más empeño en intentar revertir ese auge de la privada en favor de la pública y se están poniendo las pilas? Aunque hay mucha hiperactuación, lo que tengo claro es que en los foros técnicos, como puede ser la Comisión de Recursos Humanos u otras comisiones, las comunidades autónomas trabajan muy bien con el ministerio. Quisiera que nos detallara un poco más ese trabajo que se hace.

No están hoy los grupos pequeños, pero me encargaré de decirles que el examen de la formación sanitaria especializada va a poder ser en su idioma, que es una de sus demandas, porque sin duda alguna les va a alegrar. Además, me va a ayudar a mí también a hacer muchas de las negociaciones que realizamos; así que se lo agradezco mucho.

No voy a hablar del estatuto marco. Solo quiero decirle que muchos profesionales, enfermeras, técnicos superiores y TCAE están esperando el pistoletazo de salida para decir: Yo sí apoyo y sí quiero que el Congreso de los Diputados haga la clasificación como queremos y mejore nuestras condiciones. Por tanto, cuando llegue aquí, tendrá a SUMAR de su lado.

Muchas gracias por hablar del marco estratégico de cuidados. Tengo una duda: si no he entendido mal, se van a aprobar en breve unos fondos para ayudar a que esas directoras de cuidados desarrollen ese marco de cuidados. **(El señor secretario de Estado de Sanidad, Padilla Bernáldez, hace gestos afirmativos)**. ¿Usted cree que las comunidades autónomas van a hacerlo? ¿Usted cree que esas directoras de cuidados, que están ayudando tantísimo a las políticas sanitarias, van a poder tener un respiro e implementar todo lo relacionado con el marco de cuidados? Y, cómo no, en todo lo relacionado con el marco de cuidados también están las técnicas de cuidados. Si no he entendido mal, esa encuesta la presentarán dentro de poco. **(El señor secretario de Estado de Sanidad, Padilla Bernáldez, hace gestos afirmativos)**. Gracias. Nos gustaría mucho conocer esos datos.

Tengo otra pregunta. Usted ha comentado la antigua ILP a la proposición de ley sobre dotación segura. Quiero decirle que aquí estamos trabajando mucho en ello, porque es una ILP y porque los colectivos nos lo han pedido. Y quiero darle las gracias al ministerio porque se ha puesto a disposición de todos los partidos políticos para intentar desarrollarla y estamos avanzando mucho. Ahí quería hacerle una pregunta, porque muchas veces no se limitan al tema de Hacienda o al tema de costes. Sé que el comité de cuidados está haciendo un trabajo excepcional relacionado con los costes, pero quería preguntarle si en el ministerio se ha hecho esa previsión de costes y ahorros. Por ejemplo, si recolocamos a las enfermeras y van a donde se necesitan, qué nos ahorramos, aparte de mejorar la salud. Seguro que hay estudios de muertes e ingresos evitables, pero me gustaría que pudiera darme más datos.

Hay algo sobre lo que hablamos mucho en la comisión, y es que son ustedes hiperactivos, normativamente hablando. **(Risas)**. Quiero destacar que, en lo que queda de legislatura, aquí hay muchas personas que queremos que salgan adelante las normas que ustedes están trayendo, así como las que ya están en la Cámara. Para ello —sé que también le gusta—, por favor, quiero titulares. Cómo hacemos para que entiendan la importancia de las leyes que usted acaba de decirnos. Si puede, le pido tres hitos importantes de la ley del medicamento, de la ley de organizaciones de pacientes y sobre lo que ha hablado de tabaco, de lo que me gustaría que me diera un poco más de detalle. Lo que también estamos explicando a los partidos pequeños es que sí queremos legislar, pero queremos hacerlo de una manera tranquila para que todos podamos aportar. Por tanto, si nos da tres hitos importantes de cada norma, se lo agradeceremos mucho, porque volveremos con mucha energía después del verano para conseguir esas normas.

No puedo dejar de hablar de Gaza, de lo que ocurre internacionalmente. Nos hemos reunido con Unicef y con diferentes ONG. Primero, nos dan las gracias porque España está posicionada donde debe y, segundo, nos preguntan cómo va el tema de las evacuaciones médicas.

Aquí parece que solo hablamos de las confrontaciones y de los profesionales, pero la sanidad es mucho más. Como a mí me gusta hablar de salud, quería preguntarle sobre el tema de la salud y el cambio climático. Aunque muchos se han metido con el presidente por lo del agua y la crema, yo quiero aquí destacar el trabajo que está haciendo el ministerio en relación con la ola de calor y con el tema de los colegios y la climatización. Lo de la Comunidad de Madrid está siendo un verdadero escándalo. Quería hacerle una última pregunta sobre eso: ¿qué está haciendo el ministerio en ese tema del Observatorio de Salud y Cambio Climático respecto al calor que sufren los niños y las niñas?

Usted ha dicho que hablaba de lo 'cuanti' y de lo 'cuali', pero yo aquí quiero destacar que, en el Ministerio de Sanidad, tanto Mónica García como usted lo han dejado claro en todas sus comparecencias, y que todas las organizaciones de pacientes y todos los organismos, así como los sindicatos, también nos lo dejan claro cuando nos reunimos: tanto en 'cuali' como en 'cuanti', este ministerio está más que a la altura. Nos quede lo que nos quede de legislación, ustedes pueden contar con SUMAR y con que lo vamos a dar todo para mejorar la salud de la gente, a través de las normas que tenemos aquí y de las que ustedes nos traigan.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Tiene la palabra el Grupo Socialista.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Muchas gracias, presidente.
Buenas tardes, señorías.

Muchas gracias, secretario de Estado, por su comparecencia. Bienvenido a esta, que es su comisión.

Su comparecencia nos indica que indudablemente la sanidad pública hoy está mucho mejor que hace nueve años. Está mucho mejor porque fue una prioridad del primer Gobierno de coalición, y lo es del actual, así como también es una prioridad de nuestro Gobierno fortalecer y modernizar el Sistema Nacional de Salud. Esta es una notable diferencia respecto a Gobiernos anteriores del Partido Popular y Gobiernos actuales del Partido Popular, de los que no podemos decir que sus prioridades sean la salud pública ni el sistema sanitario público, así como tampoco el fortalecimiento ni la modernización de este sistema.

Nuestro sistema cumple cincuenta años, pero sigue siendo sólido y resiliente. Sus fundamentos le han permitido superar las dos peores crisis que ha tenido que afrontar: la primera, la de los recortes de los Gobiernos del Partido Popular, de más de 3200 millones de euros, y la segunda, la de la pandemia, que se afrontó precisamente con el adelgazamiento producido por esos recortes. Y afrontó estas crisis sin renunciar a sus principios fundadores: un sistema público, universal y gratuito. Es justo reconocer que esto ha sido posible gracias —en català decimos: el pal de paller— a lo que sería la viga maestra del sistema, que no es otra que los profesionales sanitarios, los médicos y todos los demás profesionales de la salud; profesionales que viven en primera persona las tensiones, junto con sus pacientes. Por cierto, las tensiones que vive hoy el sistema son secuelas de los recortes del PP: la saturación de la atención primaria y de las listas de espera, la precarización laboral, las externalizaciones, la fuga de profesionales y, también, el aumento de la desigualdad territorial. Decía que los profesionales afrontan estas tensiones con sus pacientes, pero también afrontan con ellos los cambios que se producen dentro del propio sistema: avances de la ciencia, de las tecnologías sanitarias y de las tecnologías de la información; cambios en el desempeño de las profesiones sanitarias, con la aparición de nuevas especialidades y de nuevos perfiles profesionales; y la aparición de nuevas necesidades, como la de adecuar el entorno estrictamente laboral a los avances de los derechos laborales que se han producido en estos cincuenta años, como son la

estabilidad en el empleo —también ha de venir a este sector—, el salario justo —que también ha de venir a este sector—, el horario coherente con los nuevos derechos en materia de conciliación laboral y las condiciones dignas de trabajo, incluidas las condiciones de prevención y de seguridad.

El Gobierno y el ministerio —si me lo permite, secretario de Estado— son plenamente conscientes de estos cambios y de la necesidad de dar respuesta a ellos. Una respuesta podría ser la conservadora, no hacer nada, preservarse, no salir del espacio de confort y dejar que la sanidad privada resuelva el tema; otra respuesta sería hacer. Esta última es la respuesta de nuestro Gobierno de coalición y del Ministerio de Sanidad. La decisión es hacer, fortalecer y modernizar el sistema. Es una decisión valiente, por la complejidad del propio sistema —marco competencial, principios rectores y sostenibilidad— y, también, por la multiplicidad de agentes que están implicados en estos cambios y en esta respuesta, multiplicidad que va desde los agentes económicos y sectores profesionales de todo tipo a los pacientes. Todos ellos tienen razones legítimas, pero la conciliación de todos estos intereses es muy compleja y no es una tarea exenta de exposición a controversia, controversia que a veces se aprovecha, en términos políticos, por los grupos de la oposición para desgastar al Gobierno más que para buscar soluciones y alianzas para resolver entre todos. Es imprescindible afrontar esta tarea compleja, porque hay que dar respuesta a las necesidades y a los retos y proteger más el derecho a la salud, porque existen amenazas reales, como la privatización de los servicios sanitarios. Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana están a la cola del gasto sanitario público por persona, pero están a la cabeza de la financiación de proveedores sanitarios privados. Hay otra amenaza importante: la discriminación por origen. Es la prioridad política de VOX, prioridad política que se convierte en acción de gobierno en comunidades autónomas de la mano del PP. Son amenazas reales que impactan directamente en los servicios sanitarios. ¿Y por qué impactan directamente en los servicios sanitarios? Porque la gestión de los servicios sanitarios es competencia de las comunidades autónomas; precisamente en las que gobierna el Partido Popular, en su mayoría, es tendente a la privatización, y en las que van a gobernar con VOX, tendente a la discriminación.

Como decía, a las comunidades autónomas les corresponde realizar la gobernanza en materia de gestión de servicios, para garantizar la accesibilidad, la equidad, la calidad y la financiación suficiente para que la sanidad sea una prioridad también en los presupuestos de las comunidades autónomas —no vale exigirle solamente esta prioridad al Gobierno de España, también debe exigirse a los Gobiernos de las comunidades autónomas—; también les corresponde garantizar la prevención y promoción de la salud. Son sus competencias, son sus responsabilidades, para eso están creadas y para eso se las otorgan las leyes. Al Gobierno, ¿qué le corresponde? Pues garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en condiciones de igualdad y en condiciones de equidad. Lo hace con proyectos de ley como la universalidad, la gestión e integridad de los servicios sanitarios, que esperamos que apoyen los grupos que ahora mismo dicen que quieren que se tramite, y lo hace buscando fórmulas de sostenibilidad del propio sistema para que siga siendo público, universal y gratuito, sin renuncias a nuestro modelo de financiación, basado en impuestos y en una fiscalidad justa y progresiva. Es un modelo basado en la solidaridad económica y no solamente económica, porque es la solidaridad la que permite poner al paciente de cualquier tipo, a cualquier paciente, en el centro del sistema, sin supeditar el derecho a la salud ni a la renta; ni a su edad, como ocurrió con las residencias en Madrid, ni a su diagnóstico, como ocurrió con el hantavirus. Eso no es solidaridad; no es solidaridad, ni es defender el derecho a la salud. Es un sistema de financiación que permite mantenernos sin copagos en los servicios sanitarios, como los que aplican modelos de seguros sociales basados en las cotizaciones, como ocurre en Francia o en Alemania, donde existen copagos de servicios por atención primaria, hospitalaria, pruebas diagnósticas, etcétera. Nuestro modelo es de servicios sanitarios gratuitos; servicios que, por cierto, el Gobierno ha ampliado, tanto en el primer Gobierno como en el segundo de coalición, incorporando en la cartera nuevas atenciones como la de la salud bucodental, el Plan Veo, la ampliación de los cribados neonatales o la inclusión en la cartera de las CAR-T, inclusión progresiva.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 32

En la misma línea, en farmacia, el objetivo del Gobierno de coalición, primero y segundo, de este ministerio, ha sido seguir eliminando los copagos farmacéuticos para los pacientes pertenecientes a colectivos más vulnerables y también aplicar una fiscalidad, un pago más justo, una progresividad, como tenemos ya en el proyecto que está en esta Cámara. Hay que garantizar también los medicamentos. El secretario ha explicado ampliamente la nueva ley, para la que pedimos ya el apoyo de los grupos, porque es imprescindible dar acceso a los medicamentos más innovadores a todos los pacientes, y además hacerlo con un plazo que sea adecuado, soportable; que no sea un plazo amplio para su autorización y que no vayan quedando personas en el camino esperando el medicamento. Esto es a lo que está llamada la nueva ley, para la que, reitero, pedimos el apoyo.

Nos gustaría que el secretario ampliara información sobre especialidades, porque estamos seguros de que hay muchas novedades en esta materia y de que hay muchos profesionales y pacientes que también están interesados.

Finalmente, secretario, nuestro grupo parlamentario reconoce el trabajo del Gobierno de coalición, reconoce el trabajo del ministerio, de la secretaría, y nos sentimos orgullosos de este trabajo.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Tiene la palabra el secretario de Estado.

El señor **SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD** (Padilla Bernáldez): Muchísimas gracias.

Voy a ir por partes. Comienzo con el Grupo Popular. Hay una cosa que nunca dejaré de fascinarme, que es tener que venir al Congreso a explicarle al legislador cuáles son las competencias que tiene cada uno de los niveles institucionales. Pero entiendo que, dadas algunas de las afirmaciones, es así. Cuando se pregunta a los pacientes cuál es su valoración y su preocupación sobre el sistema sanitario, lo normal es que el paciente no haga una valoración sobre la ordenación de la legislación farmacéutica, por ejemplo, que es competencia del Ministerio de Sanidad, o sobre cómo está actuando en materia de sanidad exterior, sino que hable sobre cómo funciona su centro de salud o el hospital al que tiene que ir, y esa es una competencia de las comunidades autónomas.

Me hablaba del barómetro sanitario, pero, claro, es que la media nacional de personas que estaban insatisfechas con la asistencia sanitaria que se les prestaba en su comunidad es del 20,2%; en Andalucía del 30,2%. Entiendo que yo no estoy gestionando la asistencia sanitaria en Andalucía. Pero es que, luego, ha habido una frase que me ha resultado tremendamente curiosa, y es cuando hablaba de sus vecinos, la gente que vive donde usted, que puedan tener una respuesta de su médico o no sé qué. ¡Que lleva treinta y nueve años gobernando el Partido Popular en su comunidad! ¡Treinta y nueve años! **(La señora Velasco Morillo: ¡Menos mal! ¡Menos mal!)**. Pues, si sus vecinos no se sienten bien atendidos con los treinta y nueve años que lleva gobernando el Partido Popular y tienen que venir a buscar quien les ayude desde fuera, creo que es, al menos, como para hacérselo mirar.

Hablaba usted de pobreza legislativa. Claro, el problema es que uno tiene su base de datos con lo que hizo cada uno de los Gobiernos en las últimas ocho legislaturas, y me parece muy duro que usted no hable de la pobreza legislativa del Gobierno de Mariano Rajoy durante siete años. La única aportación sustantiva que hizo la señora Ana Mato a nuestro acervo legislativo fue el Real Decreto Ley 16/2012, que se cargó la universalidad y que todavía estamos restituyendo, que incorporó el copago en la población pensionista y que recuperó, además, el modelo de aseguramiento, desligándonos del modelo históricamente reconocido como Sistema Nacional de Salud, con atribución del derecho en vinculación a la residencia. Esa fue la no pobreza legislativa de un Gobierno como el de Ana Mato. También podemos hablar de la capacidad legislativa que supuso ese real decreto de troncalidad, que al final acabó siendo tumbado, o de la reforma de la ley del aborto para cercenar los derechos de las mujeres en nuestro país. Creo que no son ustedes quienes pueden hablar de gran actividad legislativa en ningún caso, porque son

un claro ejemplo de don Tancredo parlamentario cuando tienen ustedes el Gobierno: quedarse quietos esperando que así no haya ningún tipo de cambio a ese respecto. La señora Dolors Monserrat, por ejemplo, que gobernó también durante dos años y pico, sacó un real decreto de ley en el que metió alguna cosa por ahí, un proyecto de ley que ni siquiera llegó a consustanciarse como un proyecto de ley, ¡y siete reales decretos en más de dos años! En fin.

Más allá de la parte legislativa, además, saben que tenemos una parte regulatoria muy importante: reales decretos, como el de evaluación de tecnologías sanitarias, o el Real Decreto 180/2026, de universalidad, tienen un alcance, en términos materiales, tremendamente amplio, sin necesidad de que tengan carácter legislativo.

Hablaba usted, y también lo comentaba el portavoz de VOX, de generar conflicto, incapacidad de generar acuerdos, etcétera, y hacía un poco de batiburrillo con algunas cosas de las que creo que le falta una parte de información. Ha habido una cosa curiosa, y es que habla de la necesidad de ponerse de acuerdo, de escuchar al comité de huelga, etcétera. Yo no sé si ustedes saben que nosotros, hace unos meses, habíamos llegado a un acuerdo con el comité de huelga, un acuerdo que se iba a refrendar en una reunión con las comunidades autónomas, y el día antes de que esa reunión con las comunidades autónomas se produjera —ya estaba convocada y hubo que desconvocarla— algo ocurrió, no sabemos qué, porque no se me dio ningún otro tipo de comunicación y el comité de huelga se levantó. ¿Saben por qué nosotros no podemos proponerle más cosas a ese comité? Porque ya estaba dado todo lo que pedían. Esto ya no va de lo que se incluye. Esto ya va de otra cosa, va del «quien pueda hacer, que haga», va de ese tipo de cosas. Pero siéntense con alguno de los miembros del comité de huelga y pregúntenle, díganle que les enseñe cuál es el papelito de propuestas que nosotros les habíamos puesto encima de la mesa. El portavoz de VOX me reclama que me siente con los médicos, interlocución específica con los médicos. ¡Si es que esa es una de las cosas que se planteó! Eso se planteó en concreto, con redacciones concretas, con propuestas concretas de materialización que el comité de huelga aceptó supeditándolo a cómo iba la reunión con las comunidades autónomas, pero se levantaron antes de que esa reunión siquiera pudiera tener lugar. Así que, bueno, creo que hay una parte de información que les falta. Hay otra parte de información que no les falta y que, simplemente, aquí cada uno se hace un poquito su composición de lugar y ya está.

Dice usted que es un ministerio irresponsable y que no tiene en cuenta a las comunidades autónomas. Aquí estamos un poco ante el caso de las competencias del Schrödinger, porque las comunidades autónomas firman un documento en el que se dice que el estatuto marco es una competencia exclusiva del Ministerio de Sanidad, exclusiva estatal, pero, en el momento en el que se quiere regular cualquier cosa, dicen que se están invadiendo competencias de las comunidades autónomas y que no se puede hacer. A mí me gustaría saber cómo una persona que firma un día una carta que dice que las competencias del estatuto marco son exclusivas a nivel estatal, al día siguiente se sienta a negociar en su comunidad autónoma para ver si pueden eliminar las guardias de veinticuatro horas. O es una competencia exclusiva estatal o es una competencia de las comunidades autónomas, pero lo que no puede ser una cosa es exclusiva de un lado y, a la vez, exclusiva del otro. Aquí, alguien se tiene que poner de acuerdo, porque, si no, lo que están haciendo es mentir sin ningún tipo de problema a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios, a ver si cuela. Y eso es lo que creo que está pasando. Evidentemente, son competencias compartidas; competencias cuyo marco regulador —la palabra marco está ahí por algo— se implanta dentro del estatuto marco, pero, como desarrollo material, tiene que recaer en las comunidades autónomas. Hay comunidades autónomas que se han puesto a hacer su trabajo y han llegado a acuerdos. Por ejemplo, en Asturias llegaron a acuerdos con los profesionales en cuestiones relacionadas con los residentes, la jornada laboral, etcétera. También en Cataluña y en La Rioja, y no sé si en Galicia. En definitiva, son varias las comunidades autónomas, de diferentes signos políticos, que mantienen negociaciones sobre muchas de las cuestiones que se plantean

como reivindicaciones en el ámbito del estatuto marco. Así que tienen que aclararse si la cosa va para un lado o va para el otro.

En cuanto a los más de tres millones de actos médicos suspendidos, nos encontramos ante el fenómeno conocido como el acto médico de Schrödinger. Hace dos meses, en plena situación de huelga, la Comunidad de Madrid anunció una reducción de las listas de espera. Tendría que explicarnos cómo, porque mientras los días pares se afirma que las listas de espera han aumentado, los días impares se sostiene lo contrario. Esto es como cuando uno coge un teleobjetivo y hace una foto de lejos, que parece que las personas están muy juntas. Lo mismo sucede cuando la señora Ayuso habla de las listas de espera y se pone a hablar de lo ocurrido durante los últimos tres meses. Pero, señora Ayuso, cuando usted llegó se encontró con entre 600 000 y 700 000 personas en listas de espera y hoy hay más de un millón. No puede ser que la huelga actúe con efecto retroactivo. Espero que no tenga ese efecto.

En relación con las plazas de Formación Sanitaria Especializada, señalaba usted que no debemos culpar a las comunidades autónomas. No se trata de buscar culpables, pero cada uno tendrá que asumir las competencias que tenga. Si yo ahora mismo cojo y me pongo a acreditar plazas de las comunidades autónomas que las comunidades autónomas no me han dado, lo normal es que me lleven al Constitucional. Lo que no van a hacer es decirme: Muchísimas gracias, ministerio, por hacerse cargo de esto, independientemente de quien tenga las competencias, dijo nadie nunca. Evidentemente, si la competencia es suya, tendrán que hacerse cargo de ella. De la misma manera, nosotros les hemos dicho: si nos planteáis acreditar plazas, estudiaremos si pueden acreditarse más allá de las ya existentes, y si tenéis dudas sobre si una plaza es acreditable —algo que he dicho personalmente tanto en la Comisión de Recursos Humanos como en la Comisión Técnica Delegada de Recursos Humanos—, si cumple los criterios, decidnoslo. Las analizaremos pormenorizadamente y veremos de qué manera, si existen dificultades para cumplir alguno de los criterios, podemos compensar esos elementos que pudieran no cubrirse. Vamos a estudiarlas pormenorizadamente, una a una, sin ningún tipo de problema. ¿Sabe cuántas comunidades gobernadas por el PP nos han llamado para que revisemos esas plazas? Pues todas las que usted sabe son las que nos han llamado.

Me decía también si podríamos hablar de Ceuta. Me parece bien, vamos a hablar de Ceuta. **(La señora Velasco Morillo: Y de Melilla).** Y de Melilla, por supuesto. ¿Sabe usted quién es el mayor empleador de Ceuta y de Melilla? INGESA. ¿Sabe cuál fue el último periodo de nuestra historia reciente, desde la creación de INGESA, en el que disminuyó el número de profesionales en atención primaria en Ceuta y en Melilla? Entre 2011 y 2018. El otro día, un senador de su partido me formulaba una pregunta sobre Ceuta. Me sorprendió, porque fue consejero de Sanidad de Ceuta precisamente durante el periodo en el que más disminuyó el número de profesionales. Y viene a preguntarnos si hemos aumentado o no hemos aumentado las plantillas. ¿La OPE más amplia de la historia para profesionales sanitarios en Ceuta y Melilla? La del año pasado. ¿Y sabe cuál será la siguiente más numerosa? La que vamos a convocar, que va a pasar por encima y se convertirá en la mayor.

Hemos reducido la temporalidad por debajo de las cifras previstas, hemos bajado las externalizaciones hasta situarlas por debajo del 5% y hemos realizado inversiones muy superiores a las que estaban proyectadas. Y no estamos hablando únicamente del nuevo hospital de Melilla; estamos hablando también, por ejemplo, de la resonancia magnética en Ceuta, que pudo ponerse en funcionamiento una vez superadas las denuncias presentadas por los operadores privados, que sabían que la implantación de una resonancia pública supondría la internalización de esas pruebas. Además, está prevista la incorporación de un nuevo equipo de resonancia magnética de 3 teslas, junto con un TAC espectral; la puesta en marcha de la nueva unidad de hemodinámica; el inicio de las interrupciones voluntarias del embarazo en Ceuta y los trabajos para que también puedan realizarse dichas interrupciones en Melilla. Y hay otro dato: el presupuesto de INGESA ha aumentado un 70% respecto a 2018. ¿Sabe cuánto aumentó entre 2011 y 2015? Tengo la cifra a mano porque fue precisamente el dato que utilicé el otro día para responder a un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 35

compañero senador que me planteó esta cuestión. Aumentó un 11 %. Por tanto, estamos hablando de un incremento del 70 % del presupuesto en Ceuta y Melilla.

Estamos en una situación en la que no podemos aplicar los criterios de difícil cobertura en Ceuta y en Melilla porque, sencillamente, no se cumplen. Convocamos una OPE y, afortunadamente, se presenta un número de aspirantes muy superior al de plazas ofertadas. Creo que este es un dato del que debería alegrarse todo aquel al que le preocupe lo más mínimo la situación sanitaria de Ceuta y Melilla. Afortunadamente, los puestos no pueden considerarse de difícil cobertura porque se están cubriendo. Y si no fuera así, existe un real decreto para actuar en ese supuesto. Pero la realidad es que no se cumplen los criterios porque los puestos ya no son de difícil cobertura.

Luego están las infraestructuras: centros de salud, servicios de urgencias, atención primaria, etcétera. Pero, sobre todo, estamos hablando de profesionales. Cuando el Gobierno de coalición asumió la gestión de INGESA, la temporalidad superaba el 70 %. Ahora va a situarse por debajo del 10 % y, por cierto, por debajo de la que presentan muchas comunidades del conjunto del Estado. Además, durante esta legislatura, el número de médicos de atención primaria se ha incrementado en más de un 2,5 % y el de médicos de atención hospitalaria en más de un 10 %. Y también se ha conseguido frenar un fenómeno que podría resultar preocupante: la fuga de profesionales. De hecho, tengo aquí mismo los datos de Ceuta.

Datos de Ceuta. En relación con las comisiones de servicio, mucha gente podría pensar: me saco una plaza en propiedad en Ceuta y después me voy a otra comunidad autónoma. Pues bien, se han ido tres personas de Ceuta en comisión de servicio y han venido doce procedentes de otras comunidades autónomas. Uno de los motivos de esa atracción tiene que ver, entre otras cuestiones, con las condiciones salariales. Según un informe del Sindicato Médico Andaluz, nada sospechoso de elaborar informes *ad hoc* para el Ministerio de Sanidad, Ceuta y Melilla son los territorios donde los médicos perciben los salarios más elevados. Además, el informe contempla cuatro o cinco escenarios salariales distintos y en absolutamente todos los médicos de Ceuta y Melilla aparecen como los mejor remunerados. Y yo añado que así debe ser, porque se trata de territorios con singularidades específicas que justifican que el incentivo salarial sea tremendamente adecuado.

Además, en materia de cobertura de plazas hemos tenido cero vacantes de Formación Sanitaria Especializada en los años 2024, 2025 y 2026. Podríamos preguntar, por ejemplo, en Castilla y León cuántas vacantes tuvieron en 2024. Y hay otro dato: en Ceuta la retención de residentes que finalizan su formación ha sido del 100 %, y en Melilla, del 66 %. Puede preguntar a sus compañeros de la Comunidad de Madrid cuántos de los residentes que han terminado Medicina Familiar o Pediatría se han incorporado a la atención primaria tras la última convocatoria de contratos que han realizado. Por tanto, evidentemente, podemos hablar de Ceuta y de Melilla. Podemos ir a Ceuta y a Melilla. Yo he estado en ambos territorios y he visitado todos los servicios relacionados con estas cuestiones.

Ha habido algo de su intervención, señora portavoz del Grupo Popular, que me ha llamado mucho la atención. Ha dedicado apenas treinta segundos a hacer un poquito de *name-dropping* de categorías profesionales y ha hablado como si no existieran más categorías dentro del Sistema Nacional de Salud. Es algo verdaderamente sorprendente. De una intervención de diez minutos, como quien se pone a citar filósofos para quedar muy guay en una charla, ha dedicado los últimos treinta segundos a mencionar a la enfermería y a los técnicos, para que pareciera que le importan algo dentro de su acción política, porque tampoco tiene mucho que tirarnos a la cabeza a ese respecto. Por eso ha optado por soslayar la cuestión. Insisto, es su elección y no hay mucho más que comentar al respecto.

Ha hecho un comentario al hablar de la crisis del hantavirus. Ha mencionado el ébola y después el COVID, y ha dicho: Claro, ¿cómo no nos va a recordar al COVID si vimos a Fernando Simón? ¿Sabe usted cuándo se hizo conocido Fernando Simón para el gran público a nivel nacional? Durante las ruedas de prensa sobre el ébola. Y ocurrió porque,

en su primera comparecencia, la señora Ana Mato hizo tal ridículo que hubo que apartarla para que no volviera a hablar en público, ya que lo único que estaba consiguiendo era generar una alarma social a lomos de unos niveles de ignorancia vergonzosos. Eso dio lugar a que Fernando Simón se hiciera cargo. El señor Fernando Simón, afortunadamente, es un técnico encomiable que dirige un equipo que tenía cuatro personas en 2020 y que hoy, creo recordar, cuenta con más de veinte. Y cuando hablamos de la Agencia Estatal de Salud Pública, también hablamos del trabajo que se ha realizado con los equipos de vigilancia durante estos últimos cuatro años. Hablamos de una persona que ha sido esencial no solamente en la gestión de situaciones como el hantavirus o en la mejora de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de nuestro país, sino también en cuestiones de alcance global tan importantes como el acuerdo internacional sobre pandemias o las negociaciones actuales sobre el PABS. Así que lo mínimo que se le puede exigir a esta Cámara cuando se refiere al señor Simón es un mínimo de respeto. **(Aplausos)**.

Hablaba usted de la agencia, de la sede y del estatuto marco. La agencia no tiene un estatuto marco; lo que tiene es un estatuto de funcionamiento, que se aprueba mediante real decreto. En cuanto a los plazos, hemos dicho que la sede estará antes de verano y que el estatuto estará listo antes de finalizar el año. Y lo mismo ocurre con el Plan de Preparación y Respuesta. Por cierto, ¿sabe cuál ha sido una de las cuestiones que ha retrasado ese plan? Puede preguntar a sus consejeros qué opinan de la Comisión de Coordinación Asistencial, que debía ser uno de los elementos fundamentales de la estructura de los órganos de gobernanza del Plan de Preparación y Respuesta y que tumbaron en uno de los consejos interterritoriales. Ahora estamos trabajando para redefinir esa cuestión, porque algunos no querían que existiera un ámbito desde el que coordinar las respuestas en materia asistencial, a pesar de que se trataba de un elemento fundamental e indispensable. Y lo que vamos a hacer, básicamente, es aplicar una política de hechos consumados y atribuir esas funciones a la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial, porque son funciones que no se pueden dejar de lado.

Y, en relación con la ley del medicamento, creo que, afortunadamente, los textos evolucionan. Le pediría que hablara con los diferentes actores del sector y les preguntara qué opinan hoy de la ley del medicamento, porque convendría que actualizara esa valoración.

Sobre la *performance* del señor García, diputado de VOX, como no está presente tampoco voy a poder contestarle. Lo que sí puedo decir es que parece que hay quien se habría quedado mucho más contento si hubiéramos cogido el estatuto marco y lo hubiéramos dejado donde ha estado durante veintitrés años: metido en un cajón, bien cerradito y sin que nadie dijera nada. Resulta curioso que algún sindicato que no se ha preocupado durante veintitrés años de poner encima de la mesa el debate sobre las guardias de veinticuatro horas justamente ahora haga de esa cuestión su principal caballo de batalla. Y eso cuando se encuentra con un texto que elimina las guardias de veinticuatro horas y que solo incorpora una excepcionalidad a petición de las comunidades autónomas —esto lo repetiré cien veces—, muy especialmente de las gobernadas por el Partido Popular: mantener las guardias de veinticuatro horas si se cumplen tres criterios. Y esos criterios de condicionalidad los hemos tenido que incorporar nosotros porque, insisto, en las reuniones con las comunidades autónomas, especialmente con las gobernadas por el Partido Popular, la propuesta era dejar el Estatuto Marco tal y como está. Esos tres criterios son: la voluntariedad, el informe favorable del Servicio de Salud Laboral y la negociación previa en la mesa sectorial. Sinceramente, creo que hay pocos elementos en el ámbito de los derechos laborales que estén sometidos a un nivel de filtros como ese. Así que sí, le digo que no me cabe ninguna duda de que lo que nosotros no queríamos era dejar este asunto metido en un cajón cuatro años más. Queríamos ponerlo encima de la mesa, abrirlo en canal. En lugar de taparnos los ojos, la boca y los oídos, preferíamos abordarlo sin ningún tipo de duda.

Dicho esto, reuniones con el comité de huelga ha habido hasta la saciedad. Reuniones tanto formales como a nivel del director general, además de contactos prácticamente

continuos para intentar ver si existía alguna posibilidad de acuerdo. Y acuerdos ha habido; acuerdos que luego han sido —como he dicho anteriormente— metidos en un cajón sin dar ningún tipo de explicación y, además, sin que mediara ninguna interacción. Sobre todo, porque lo que se trasladaba en el ámbito de la negociación bilateral era totalmente distinto de lo que después se decía. Así que sí, evidentemente nos hemos sentado con los médicos y, por supuesto, ha habido propuestas específicas de interlocución. No hay más que preguntar a cualquiera de los sindicatos cuáles han sido las propuestas concretas que se les han planteado. Todas ellas bajo el auspicio del texto refundido del Estatuto Básico del Empleado Público, EBEP, y con posibilidad de aplicación desde el día siguiente; ni siquiera con anterioridad, desde el día siguiente. Y, por supuesto, no existe sanidad pública sin médicos; sin médicos y sin ninguno de los demás profesionales que la integran. Pero, desde luego, no existe sin médicos.

Estaría bien que el señor de VOX, cuando hable por él y no por lo que le escriben, explicara a quien le ha escrito ese discurso cómo es posible que, cuando en la Comunidad de Madrid se planteó eliminar las guardias de veinticuatro horas, decidieran votar en contra. O por qué, cuando se presentaron propuestas para mejorar la financiación de la atención primaria y contratar a un mayor número de profesionales, decidieron también votar en contra. Tendría que explicar por qué VOX, en todos los lugares donde se ha votado sobre la eliminación de las guardias de veinticuatro horas, nunca se ha posicionado a favor de eliminarlas. Y, de repente, les ha entrado un furor legislativo a este respecto que, desde luego, bienvenido sea. Propondremos a la compañera de la Comunidad de Madrid que vuelva a llevar esta cuestión al Parlamento, a ver si ahora, de repente, se animan, igual que parece que también se anima el Partido Popular.

Y querría decirles, tanto al señor de VOX como a quien le haya escrito el discurso que ha leído, que señalen una sola vez en la que yo haya llamado privilegiados a los médicos. Una sola vez. Una sola vez en la que yo... Perdón, señora Velasco, la miro a usted porque usted se ha quedado. **(Risas)**. Es por no mirar a una silla vacía, que queda muy ridículo. Que nos señalen una sola vez que yo haya llamado privilegiados a los médicos. Una sola vez; una manifestación pública a ese respecto. Porque, si no, sale muy barato lo de calumniar. Y, además de barato, es profundamente falto de elegancia.

Sobre lo que decía la señora Recas acerca del mayor o menor empeño de las comunidades autónomas en el incremento de plazas en las facultades, yo creo que, en términos generales, las comunidades han ido asumiendo estos fondos. Ha habido alguna que se ha incorporado más tarde, como fue el caso de Extremadura. La Comunidad de Madrid, sin embargo, no ha incorporado a todas las facultades o al menos no lo ha hecho todos los años. Ha habido ejercicios en los que algunas de sus facultades más importantes se han quedado a la zaga, mientras que las facultades privadas sí estaban haciendo incrementos muy importantes de plazas. Si uno mira la gráfica de evolución de las plazas públicas y de las privadas en la Comunidad de Madrid, se aprecia claramente que, a partir de 2022 o 2023, cuando comienza la financiación, se produce un salto. Hasta entonces había un crecimiento más pausado, pero después se observa un salto importante gracias a una financiación que, además, no responde a una competencia directa nuestra. Lo que hemos hecho ha sido poner fondos del Estado —tanto el anterior Gobierno de coalición como el actual— para impulsar ese incremento. En lo que sí ha habido un aumento en los últimos cinco años, hasta producirse el sorpasso, ha sido en las plazas de las universidades privadas.

Sobre el estatuto marco y el resto de los profesionales, yo creo que, de manera general y sin singularizar ninguna categoría, hay una mejora global, sin ningún tipo de duda. Eso es algo que en los diferentes ámbitos de interlocución es notablemente reconocido por los distintos actores.

Comentaba lo del MECE. Sí, en efecto, se van a transferir fondos a las comunidades autónomas y esperamos que todas las asuman. Dentro del Comité de Cuidados en Salud hay una colaboración muy notable y plural, con profesionales de todas las comunidades autónomas. Hay comunidades de todo signo político que están haciendo un trabajo maravilloso. De hecho, en el datatón de la semana pasada participó mucha gente de

diferentes lugares con una capacidad de liderazgo muy importante. Y creo que aquí también hay que romper una lanza a favor de las directoras de cuidados, que se están implicando de manera muy notable.

Comentaba también la encuesta sobre las TCAE. Todavía no podemos decir mucho porque estamos terminando el informe antes de hacerlo público, pero sí puedo adelantar algunos datos. Contamos con más de treinta mil respuestas válidas, una vez filtradas aquellas que, por sus características, no tienen utilidad. Ya hemos identificado algunos factores específicos asociados a una mayor sensación de *burnout* y disponemos de datos que podemos comparar con otros informes, como el informe MeND de la Organización Mundial de la Salud. Creo que Tomás Zapata, de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, estuvo aquí presentando algunos de esos resultados en la Comisión de Sanidad. Por ejemplo, que alrededor del 50% de las TCAE refieren un bajo bienestar psíquico o que se observan tasas elevadas de síntomas compatibles con depresión en niveles moderados y unos niveles de síntomas de ansiedad por encima de la media. Esos son algunos de los datos que ya tenemos, aunque creo que podremos explicarlos mejor durante la tercera semana de julio.

Sobre lo que comentaba de la ILP, el análisis de costes es, evidentemente, fundamental en cualquier texto normativo, muy especialmente en los que vienen de Gobierno, aunque también en el resto. Digo especialmente en los que vienen del Gobierno porque tenemos la obligación de incorporarlo en la memoria de análisis de impacto normativo, como comentaba antes el portavoz adjunto del Grupo Popular en su intervención sobre cribados. Pero quería señalar que, dado que la iniciativa legislativa popular —hoy ya proposición de ley— aborda esta cuestión desde la perspectiva de la seguridad del paciente, el análisis no puede limitarse únicamente a calcular cuántos profesionales más habrá que contratar. También hay que preguntarse cuál será el efecto sobre la salud y qué impacto tendrá ese efecto en términos de hospitalizaciones potencialmente evitables, de mortalidad potencialmente evitable y prevenible o de eventos no deseados relacionados con la seguridad del paciente que puedan derivar posteriormente en complicaciones con un importante coste para el sistema. A este respecto existe muchísima bibliografía internacional, estudios que muestran disminuciones de la mortalidad y de los reingresos. El más reciente, por ejemplo, es un estudio realizado en el Reino Unido que habla de una reducción de costes superior a 2500 libras por cada año de vida ajustado por calidad. Y, además, si el análisis se hace no solo desde la perspectiva del empleador, sino desde una perspectiva más amplia, el resultado es de coste-ahorro, es decir, estaríamos devirtiendo positivamente sobre el conjunto del Estado. Creo, además, que los cuidados son uno de esos ámbitos del Sistema Nacional de Salud en los que las inversiones tienen un efecto multiplicador. No solo mejoran directamente la salud, sino que también repercuten en la productividad laboral, en la capacidad de prestar cuidados a terceras personas, etcétera. Por eso seguimos defendiendo que la intervención que se deriva de la ley es altamente coste-efectiva, potencialmente coste-ahorro y que, además, se trata de una ley meramente procedimental. Es decir, una ley que sienta las reglas del juego para poder calcular cuántos profesionales necesitamos en un lugar y en otro.

Respecto a los tres hitos de la ley del medicamento, diría que el primero es la aceleración de los tiempos de financiación, estableciendo cauces más rápidos y ágiles. El segundo sería una entrada más rápida de los medicamentos genéricos y biosimilares, lo que supone un ahorro potencial de una cantidad muy elevada de millones de euros que posteriormente pueden reinvertirse. Y el tercer elemento del que hablaría sería la actualización de las funciones de los distintos profesionales, preservando al mismo tiempo los mecanismos de coordinación. Creo que uno de los elementos más sustantivos es la creación de los comités de coordinación farmacoterapéutica, que sientan en el mismo ámbito a los prescriptores y a los dispensadores para que, con el paciente en el centro, puedan mejorar el seguimiento de los tratamientos.

De las organizaciones de pacientes hablaría, sobre todo, de que tengan un ámbito de definición propio; del refuerzo de las obligaciones del sistema con las organizaciones de pacientes en materia de información, pero también de financiación y de otros elementos,

sobre todo, de todo lo relacionado con la participación, una participación que, además, entiende que las organizaciones de pacientes tienen singularidades y reconoce que las de enfermedades raras deben tener un huequecito específico para poder abordar sus necesidades de manera selectiva.

Sobre la ley del tabaco, incluso me quedaría solo con una idea: espacios libres de humo. Creo que es una de esas leyes claras en las que, básicamente, si hay que convertirla en un plebiscito, se trata de decidir si estás a favor de los pacientes que están pidiendo que esto se aplique o si estás a favor de Philip Morris, que está haciendo *lobby* para que no se aplique. Al final, es una votación de botón verde o botón rojo: uno o el otro.

Comentaba lo de Palestina sin poder concretar el día, así que tengo que decirle que hay una nueva evacuación en marcha y que se sigue trabajando en ello junto con las organizaciones internacionales.

Sobre lo que comentaba de salud y cambio climático, justo ayer pensaba que probablemente una de las mayores aportaciones del ministerio durante toda esta legislatura haya sido la transformación de los sistemas de medición y alerta de las altas temperaturas para vincularlos con su efecto sobre la salud y no solamente con una media o una desviación estadística respecto de las temperaturas habituales. No son lo mismo 28 grados en Cantabria que en Écija, y haber cruzado esos datos con la mortalidad diaria para identificar qué variaciones de temperatura y con cuántos días de acumulación suponen puntos de inflexión en esa mortalidad diaria ha permitido, posteriormente, decir que, a igualdad de temperatura, a lo mejor en Asturias hay que adoptar medidas diferentes de las que hay que tomar en Murcia. Creo que es una aportación que, en términos metodológicos, sin lugar a dudas, tiene un gran valor.

Comentaba también lo de los fondos de climatización, capitaneados por el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. El Consejo de Ministros aprobó recientemente fondos destinados, precisamente, a la climatización. También hay que señalar que ha habido acciones relacionadas con la adaptación al cambio climático y la mejora de la eficiencia energética de los centros de salud, que se han llevado a cabo con cargo a los fondos del Plan de Atención Primaria a lo largo de todos estos años, en este caso sí, dependientes de nuestro ministerio.

Sobre lo que comentaba la portavoz adjunta del Grupo Socialista acerca de la prioridad, he de decir, además, que creo que este ministerio también se ha sentido muy priorizado como parte de la acción de Gobierno. Creo que, conjuntamente, dentro del Gobierno de coalición, hemos podido sacar adelante un gran número de textos y de iniciativas, no solamente textos. Por ejemplo, la reforma del copago habría sido impensable sin una priorización muy importante y una colaboración estrecha con ministerios como el de Hacienda. De hecho, el real decreto ley sobre el copago es una norma en coproposición con el Ministerio de Hacienda. Del mismo modo, el empuje que ha tenido este país en materia de salud global no habría sido posible sin un interés muy expreso tanto del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación como de la propia Presidencia del Gobierno. Creo que, a ese respecto, hay varios elementos de prioridad política que sí han quedado bien representados.

Hablaba de estabilidad en el empleo. Creo que a nadie se le escapa que la sanidad sigue siendo el principal ámbito con un déficit de estabilidad en el empleo. La estabilización es un procedimiento que depende de las comunidades autónomas, pero sí es cierto que, con el último texto incorporado al borrador del estatuto marco —por cierto, incorporado a propuesta del Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública—, estamos también con esa colaboración interministerial de Schrödinger, en la que los ministerios incorporan propuestas, pero luego dicen que no se les ha preguntado. Pues bien, esta es una redacción específica propuesta por ese ministerio. Creo que supone una transformación total y absoluta de lo que viene siendo el régimen de temporalidad en el estatuto marco. De hecho, me parece que ha tenido bastante poca visibilidad para lo que realmente implica, porque, básicamente, supone que se acabó la temporalidad en el empleo en el Sistema Nacional de Salud.

Comentaba una cosa que me parece fundamental y que ya he dicho. Ante los grandes retos hay dos opciones: una es no hacer nada y la otra es mancharse las manos, salga bien o salga mal. Creo que la modificación de todo lo relacionado con la jornada es un claro ejemplo de ello. Cualquiera podría haber aguantado cuatro años más sin decir ni mu sobre eliminar las guardias de veinticuatro horas; sobre reducir la jornada semanal máxima de cuarenta y cinco horas, primero a cuarenta y dos y después a cuarenta; sobre ampliar los colectivos con exención de guardias, o sobre implantar también la exención de turnos nocturnos para las personas que trabajan a turnos cuando superen una determinada edad, como ya ocurría con las guardias, pero no existía para quienes trabajaban a turnos. Todo eso se podía haber dejado en un cajón sin ningún problema, pero creo que, si algo podemos decir, es que no hemos apartado la cara de ninguno de los asuntos que nos han planteado.

Una cosa más, ya casi para terminar. La penúltima, sobre especialidades. Creo que ya estamos en condiciones de sacar a información y audiencia pública el real decreto de genética médica y estamos intentando terminar, porque tiene mucha más dificultad técnica, el de genética de laboratorio. Pero esos dos ya estarían en condiciones de sacarse. Como saben, con el de medicina de urgencias y emergencias ya se ha dado todo el pistoletazo de salida. En el de enfermedades infecciosas hubo un defecto de forma en la solicitud, por lo que se ha vuelto a registrar, y en estos meses habrá que dilucidar con las comunidades autónomas —donde ni mucho menos hay unanimidad al respecto— en qué queda finalmente ese asunto. Y también se ha estado trabajando en el ámbito de enfermería, en la especialidad de cuidados críticos y emergencias. En principio, salvo que se me escape algo, eso sería todo. Pero lo primero que va a salir va a ser el borrador del real decreto de genética.

Quería comentar una cosa. Se habla de prioridades y se habla también de las comunidades autónomas. Sabemos que la financiación es una financiación no finalista. Ha habido incrementos notables en la financiación autonómica y las comunidades autónomas pueden decidir destinar esos recursos a una cosa o a otra. Creo que hace tres semanas publicamos el último informe de la estadística de gasto sanitario. Hay grandes variaciones entre comunidades. Además, nunca he sido especialmente partidario de fijarse únicamente en uno de los indicadores, ya sea el gasto sanitario por habitante, el porcentaje del presupuesto total o el gasto sanitario como porcentaje del producto interior bruto. De hecho, en su momento presentamos una propuesta de ley en la Asamblea de Madrid para establecer unos indicadores combinados que integraran esos tres elementos. Pero hay comunidades autónomas que aparecen en los últimos lugares se mire por donde se mire. En ese sentido, el informe es muy claro y cada cual puede comprobarlo.

De lo que sí quería hablar es de una cuestión que sí es, muy concretamente, competencia nuestra: las transferencias finalistas. Cuando se aprueba alguna medida, muchas veces se oye por parte de la oposición o de alguna comunidad autónoma de signo político de la oposición aquello de: sí, no sé qué, no sé cuántos, pero esto va sin financiación. Entonces uno se va al año 2018 y piensa que seguramente lo dicen porque en 2018 el Partido Popular abría el grifo del dinero y destinaba hondonadas a financiar la estrategia de enfermedades raras o cualquier otra estrategia que saliera del ministerio. Pero resulta que en 2018 las transferencias a las comunidades autónomas fueron de un total de 34,9 millones de euros; el año pasado fueron 379,4 millones de euros, once veces más de lo que se transfería entonces. Once veces más. Y hablamos de cero euros de fondos europeos, cero. Estamos hablando únicamente de fondos procedentes de los presupuestos generales del Estado. De 34,9 millones a 379,4 millones. Creo que hay que reconocer que, a lo largo de la legislatura, ha habido un incremento de once veces en los fondos que se transfieren específicamente a las comunidades autónomas para que los destinen a actuaciones finalistas, además, con un abanico bastante amplio de acciones financiadas y con una flexibilidad también bastante amplia por parte de quienes evalúan esas acciones. Lo único que puedo decir es que espero que en los próximos años estas partidas queden estructuralizadas, porque ya llevamos unos cuantos años trabajando con este modelo. Está claro que el COVID supuso un incremento inicial, pero después hemos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 41

conseguido consolidar con fondos propios esta dinámica de transferir partidas presupuestarias a las comunidades autónomas para la implementación de planes concretos: de 34,9 millones a 379,4 millones. Creo que este es un avance notablemente positivo. Lo hacemos, además, en colaboración con las comunidades autónomas y, de hecho, este año seguimos trabajando en esa misma línea.

Sin más, muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor secretario de Estado.

Comenzamos con el Grupo Parlamentario SUMAR. **(Denegación)**.

¿Por el Grupo Parlamentario Socialista? **(Pausa)**. Si quiere intervenir, tiene tres minutos.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Un minuto solamente para agradecer y desear que ojalá en otras comparecencias —que las habrá— se puedan tratar otros temas, porque vemos que se habla mucho de que faltan profesionales, pero las plantillas son de acuerdo con los avances que va habiendo en ciencia y en tecnología y en procedimientos más eficaces. No podemos valorar. A veces oímos decir aquí a los grupos que hacen falta equis profesionales. ¿Y qué han tenido en cuenta para decir que hace falta eso y no otra cosa, teniendo en cuenta que todo evoluciona y avanza, afortunadamente?

Hay dos aspectos en los que nos parece que quizá el ministerio podría incidir un poco más, porque forman parte de su estrategia. En primer lugar, reforzar la cultura corporativa como instrumento de cohesión del propio sistema, porque, aunque no son enfrentamientos entre profesionales, a veces se utilizan políticamente como si lo fueran. Por lo tanto, un refuerzo de esa cultura corporativa seguro que redundará en bienestar de profesionales y pacientes. Y, en segundo lugar, fomentar la prevención en la salud y el autocuidado como una herramienta más, casi como un tratamiento prescrito antes de llegar al servicio.

Termino animándole a seguir defendiendo la salud pública, universal y gratuita, que es una prioridad, aunque no sea tendencia. La tendencia parece que es más la sanidad privada, obtener beneficio y discriminar a las personas. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidente.

Señor secretario de Estado, la verdad es que después de escucharle nos queda claro que para ustedes en España no estamos pasando por una crisis sanitaria en estos momentos, además una crisis sanitaria que ustedes han generado como consecuencia de la mala tramitación o de las negociaciones del estatuto marco. Se pongan como se pongan, es así. Estamos percibiendo una verdadera crisis sanitaria, y es que los más de tres millones de actos clínicos que tienen nombre y apellidos —o sea, que pertenecen a personas— están generando un verdadero problema en nuestro sistema sanitario. Al parecer, no lo quiere reconocer, pero esto es así.

En mi grupo mostramos el máximo respeto a todas las categorías profesionales. Hay una diferencia entre el tiempo de su intervención y el mío —y tengo que agradecer la benevolencia del presidente—, y a mí no me da tiempo a abordar cada uno de los problemas que tienen los médicos, los facultativos, las enfermeras, los técnicos sanitarios, los técnicos en cuidados, los psicólogos, los farmacéuticos, en definitiva, cada una de las profesiones sanitarias que necesitan ayuda del ministerio y necesitan que en el estatuto marco se reconozcan aquellas reivindicaciones que están planteando. Le he preguntado cuáles son las conclusiones del grupo de trabajo de los técnicos superiores sanitarios, pero ha dicho nada.

Paso a la huelga de los médicos. Claro que hemos hablado con los médicos en huelga y sabemos perfectamente qué es lo que piden. Entendemos que en el estatuto marco habrá que contemplar la singularidad de los profesionales médicos y facultativos, y para eso hay que escucharlos. Lo que hemos visto es que ya pasan de ustedes y han pedido reuniones al propio presidente del Gobierno. Pero, después de lo que hemos escuchado en alguna sesión de control en respuesta a preguntas del presidente de mi

partido, lo que hemos visto es que Sánchez no tiene ni idea de sanidad. ¿Qué podemos esperar por parte del Ministerio y del presidente del Gobierno como respuesta a la crisis sanitaria que estamos viviendo en este país? Nada. Esto es lo que está pasando y, mientras tanto, los pacientes están sufriendo las consecuencias. Y las comunidades autónomas demasiado hacen para soportar todas las situaciones que están viviendo en el día a día, porque claro que son las responsables de la gestión, pero necesitan la ayuda del ministerio y necesitan más recursos y más profesionales sanitarios. Para eso piden la ayuda del Ministerio de Sanidad. Lo que es un claro ejemplo es que en el último consejo interterritorial le dieron la espalda, le dijeron que no estaban de acuerdo con su política sanitaria y que, por favor, querían acuerdos, pero lo que estamos viendo hasta ahora es que automáticamente pasan de ellos.

No vemos que usted reconozca que hoy no tenemos ninguna respuesta para resolver este bloqueo, ni tampoco hoy salimos de esta comisión viendo alguna luz para salir de esta terrible crisis sanitaria que estamos viviendo. Así vamos por mal camino, porque el sectarismo, la ideología y el enfrentamiento no resuelven los problemas de los pacientes ni de los profesionales ni de la industria farmacéutica.

Hablando de Melilla, la realidad que usted ha contado no es la que hemos vivido parte de los miembros de la Comisión de Sanidad, los de mi grupo parlamentario, con los profesionales de allí; hoy nos ha contado una realidad totalmente paralela a la que hemos vivido allí. Necesitan profesionales sanitarios, ¡claro que los necesitan! Y hay una situación que tienen que mejorar, tienen una infraestructura en un hospital nuevo que está teniendo problemas y que hoy en día tiene los quirófanos cerrados. ¿Qué respuesta van a dar a esto? ¿Qué respuesta van a dar a los pacientes y a los profesionales? Ceuta y Melilla son su responsabilidad y necesitan amparo por parte del Ministerio de Sanidad, que no les den la espalda. Ya le digo que la realidad que hoy nos está contando usted no tiene nada que ver con la que hemos vivido los miembros de esta comisión de mi grupo parlamentario.

Finalizo. Ha hablado de las transferencias finalistas. No intente tapar la situación de lo que necesitamos —abordar una verdadera financiación sanitaria para las comunidades autónomas— con lo que son las transferencias finalistas. Es un debate que está pendiente de abordar y necesitamos esa verdadera financiación para las comunidades autónomas. Como les decía, las comunidades autónomas necesitan al ministerio para resolver el tema de los profesionales sanitarios, necesitan más profesionales sanitarios, y para llegar a un acuerdo tienen que ir con una predisposición al acuerdo, no con una predisposición al enfrentamiento. No se entiende que, por un lado, dejemos seis mil médicos sin formación, porque tenemos un número de plazas limitadas, pero, por otro lado, homologuemos treinta mil títulos de médicos. O sea, es que hay discursos y cifras que, la verdad, no casan para nada, y así difícilmente vamos a resolver la situación sanitaria, que solo se aborda desde el entendimiento, desde la humildad y desde la intención de buscar acuerdos, y no desde el enfrentamiento, el sectarismo y la ideología. Así, señor secretario de Estado, no vamos a ningún sitio, y así no vamos a conseguir que en este país mejoremos la situación sanitaria por la que estamos pasando.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Señor secretario de Estado.

El señor **SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD** (Padilla Bernáldez): Muchísimas gracias.

Sobre lo que comentaba la portavoz adjunta del Grupo Socialista sobre el refuerzo de la cultura corporativa, yo creo que hay que diferenciar los artefactos que se generan desde arriba, con unos u otros intereses, del trabajo cotidiano. Creo que en el ámbito del trabajo cotidiano la grandísima mayoría de los equipos funcionan de manera cohesionada entre las diferentes categorías. Yo siempre he dicho una cosa cuando me hablan de sus compañeros, y es que para mí mis compañeros son todos los profesionales del sistema sanitario, muy especialmente, además, los de atención primaria, que es donde yo tengo ese elemento de identidad, con independencia de la carrera que hayan estudiado. Yo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 43

siento que mi enfermera —digo mi enfermera porque es con la que formaba dupla en el centro de salud— es mi compañera, por supuesto que sí; siento que mi compañero no es solamente el que ha estudiado la misma carrera que yo, aunque trabaje en otro ámbito totalmente distinto. Creo que hay también que tener en cuenta que justamente esas sensaciones de adhesión en parte de los equipos se producen de abajo a arriba y por eso también separaría, porque creo que el impacto de eso es muy relativo.

A la señora Velasco le preguntaría cuáles eran sus declaraciones cuando hubo ciento veintidós días seguidos de huelga en atención primaria en la Comunidad de Madrid. Entiendo que estaba preocupadísima, estaba muy preocupada y llamaba todos los días al ahora compañero senador del Grupo Popular para decirle que habían desencadenado una crisis sanitaria sin ningún tipo de precedente, porque era la huelga sanitaria más larga de la historia del Sistema Nacional de Salud. Como le he dicho, yo creo que en la última de las negociaciones hemos puesto encima de la mesa un acuerdo, y que se salió de la reunión diciendo que, si la reunión que iba a haber con las comunidades autónomas iba bien, todo estaba solucionado. No es que les tire la pelota a las comunidades autónomas, porque se levantaron —o ni siquiera se sentaron— y hubo que desconvocarla. Yo le pregunto: ¿les han enseñado ese acuerdo a ustedes los miembros del comité de huelga? ¿Les han enseñado la redacción concreta de ese acuerdo? Porque básicamente es un reconocimiento expreso de que haya ámbitos concretos de negociación y de diálogo sobre la base del EBEP para categorías concretas.

Dice que reconozca la singularidad. Hay un capítulo entero que además se desarrolla a partir de las primeras peticiones que se hicieron a este respecto, lo que pasa es que hay un poco de movimiento de portería en el cual, cuando uno va a chutar la portería, se la quitan y dice: No, no, no, pero es que ahora tiene que ponerse aquí. O sea, lo que no tiene sentido es que si se llega a acuerdos que posteriormente no haya refrendo de esos acuerdos, bien por incapacidad de quien llega al acuerdo o bien porque simplemente no quieren llegar a ese acuerdo. Entonces, al menos no hagan pensar que va por ahí el asunto.

Me dice lo del grupo de trabajo de técnicos superiores, y entiendo que se refiere al grupo de trabajo para valorar el desarrollo de un grado de imagen en los técnicos superiores de radiodiagnóstico, porque considerar que eso es el grupo de trabajo de técnicos superiores... Tampoco tenía muy claro a qué se refería, porque no es un grupo de trabajo con técnicos superiores, sino que es un grupo de trabajo entre los diferentes miembros de las comunidades autónomas del grupo de la Comisión de Recursos Humanos; es un subgrupo. Si no da tiempo a tenerlo antes de verano, estará justo después, porque había ya un borrador bastante avanzado de recomendaciones para la elaboración. Básicamente, queda delimitar cuál es el alcance del grado a ese respecto. Además, la conformación de ese grado fue una propuesta de la Comunidad de Madrid. Nosotros propusimos, además, incorporar también el laboratorio, pero la parte de radiodiagnóstico está muy avanzada.

Usted decía: Las comunidades autónomas demasiado hacen, y yo añado: Sí, algunas sí, evidentemente; pero no todas, algunas. Y dice que necesitan más recursos, más profesionales. Ya, bueno, pero, a ver, ¿de qué manera quiere usted que el Ministerio de Sanidad cree plazas nuevas si las comunidades autónomas no le proponen qué plazas tienen que crear? Yo, por ejemplo, trabajaba en el centro de salud Isabel II, en Parla. ¿Voy yo y digo que dos plazas más en Isabel II? ¿Y quién las va a pagar? La Comunidad de Madrid. ¿Y quién tiene que contratarlos después? La Comunidad de Madrid. ¿Y quién les tiene que formar? La Comunidad de Madrid. ¿Y usted quién quiere que las designe? ¿El Ministerio de Sanidad? Es que eso no tiene ningún tipo de sentido. Lo que tendrán que hacer las comunidades, justamente las que piden que haya un incremento de plazas, es ver dónde van a ponerlas. E insisto, les hemos dicho cien veces que, si no saben dónde acreditar plazas que consideran que necesitan, que nos lo digan, que lo vemos con ellas. Como si hay que coger cada uno de los centros de salud y su descripción para ver en cuáles sí se podría verdaderamente generar esa acreditación y en cuáles no, pero no hay ni una propuesta del Partido Popular para sentarnos a verlo así, ni una. Entiendo que es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 44

porque si lo hacen se acaba un poco el mantra. Lo que sí ocurre es que mientras dicen esto nos enteramos de que el Hospital de Torrejón pide disminuir el número de plazas de residentes para poder ahorrar costes. **(La señora Velasco Morillo sonrío)**. Y se ríe porque sabe que es verdad, porque es un discurso poco coherente. No puede ser que, mientras se dice que hay que aumentar las plazas, llegue el niño bonito de la sanidad madrileña y diga: Pero a mí bájamelo que no quiero gastar tanto en esto. Eso no tiene ningún tipo de sentido y, sobre todo, no es coherente con el resto.

Me dice lo de abandonar el confrontamiento. Hombre, que me lo digan ustedes, que me lo digan ustedes que tuvimos ayer a su portavoz haciendo las delicias, hablando de las familias, etcétera, etcétera... Creo que lo del abandono del confrontamiento es algo que primero tiene que empezar en casa, ¿no?

Y sobre Melilla, a lo mejor me matan por decir esto, pero cuando quieran vamos juntos a Melilla. **(La señora Recas Martín: ¡Yo voy también!)**. Cuando quieran, yo los acompaño, a Ceuta y a Melilla. **(La señora Velasco Morillo: Si ya hemos estado)**. Sí, sí, yo también. Y no solo he estado, sino que hablo con muchísima frecuencia con nuestra gente que dirige el asunto allí. Cuando quieran, vamos, porque no vaya a ser que alguno de los que le dijo alguna de esas cosas fuera también el que dijo que había habido una profesional que había hecho una guardia de cuarenta y ocho horas cuando era mentira. A ver si alguna información está un poco averiada, porque a lo mejor hay que poner a todo el mundo encima de la mesa para que las informaciones sean verdaderamente falsables. Yo vi a gente del Partido Popular difundiendo que había habido en Melilla una persona que había hecho una guardia de cuarenta y ocho horas. A mí no me llamó nadie del Partido Popular para preguntarme si era verdad, pero yo llamé al gerente, y el gerente no solamente me dijo y me mostró que no era verdad —el gerente es médico de urgencias—, sino que me dijo que antes de que eso hubiera ocurrido habría hecho él la guardia. Así que, antes de alimentar la máquina del bulo, tal vez es mejor ir a la fuente directa. Y en relación con ir a la fuente directa, ya paso de preguntarle a la secretaria de Sanidad de su partido si quiere reunirse con nosotros, porque se lo he dicho por activa y por pasiva, así que entiendo que no quiere, entre otras cosas porque es mucho más difícil salir de una reunión y seguir diciendo lo mismo que antes de la reunión cuando ya te han explicado algunas cosas.

Sin más, creo que estamos en un momento en el que, sin lugar a dudas, podemos señalar unos cuantos hitos de notable notoriedad. Creo que no hemos hablado de universalidad, pero yo siempre lo he dicho. Para mí, el elemento vinculado con la universalidad valía de por sí una legislatura, incluso haber creado una mesa, que va a tener su primera reunión dentro de unos días, para poder poner juntas a las comunidades autónomas. Por cierto, hay una comunidad autónoma del Partido Popular que ha rechazado sentarse en la misma mesa que las organizaciones sociales y de migrantes para valorar la universalidad, pero hay otras que sí. He de decir que hay comunidades autónomas del Partido Popular que están aplicando el real decreto de manera excepcional, de la misma manera que hay alguna otra —y no empieza por eme y acaba por de— que está haciendo todo lo posible para que no se aplique. Pero, eso de por sí creo que ya supone un legado, sin duda.

No hemos hablado tampoco del Plan Veo, al que hemos tenido que aumentar casi un 50% su financiación porque ha conseguido tener tanto éxito como para que vayamos a conseguir llegar a casi 700 000 niños y niñas en el conjunto del Estado.

Hay muchas otras cosas de las que hablar que, si quieren, nos vemos en septiembre y las hablamos. Si quieren una comisión extraordinaria en julio, la ponemos **(rumores)**, pero como ustedes quieran.

Muchísimas gracias y muchas gracias al presidente. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, tomamos la palabra al secretario del Estado para la comisión en julio. **(Risas)**.

Muchísimas gracias por haber estado con nosotros hoy. Tomamos nota de al menos la ley de medicamentos, la ley de salud digital y...

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 599

25 de junio de 2026

Pág. 45

El señor **SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD** (Padilla Bernáldez): La de salud digital es más larga.

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, es más larga. De tabaco, lo primero, y de la ley de medicamentos y la de pacientes, que es la que hemos traído para ver si conseguimos en otoño meterle mano.

Muchísimas gracias a todo el mundo.

Se levanta la sesión.

Eran las seis y diecisiete 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-599