



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

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 78

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 4

celebrada el jueves 14 de marzo de 2024

	<u>Página</u>
ORDEN DEL DÍA:	
Modificación del orden del día	2
Proposiciones no de ley:	
— Relativa a la consecución de avances reales en la prevención y en la reducción de las agresiones a profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000108)	2
— Relativa a la aprobación de medidas de utilidad real para modernizar, reordenar y potenciar la atención primaria y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000110)	6
— Relativa a la consecución de avances reales en la consecución plena de la cobertura sanitaria universal, así como su monitorización y cumplimiento en las diferentes comunidades autónomas. Presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. (Número de expediente 161/000258)	10
— Relativa a la atención sanitaria de los pacientes con linfangioleiomiomatosis (LAM). Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000264)	14
— Relativa a la mejora en la prevención y tratamiento del cáncer del pulmón. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000265)	18

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 2

— Para el fomento de los cuidados paliativos en el proceso final de la vida. Presentada por el Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente 161/000327)	22
— Relativa a la consecución de avances tangibles en el diagnóstico y el tratamiento integral y de precisión de las enfermedades raras en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000371)	26
— Sobre la mejora en la financiación y refuerzo en la contratación de profesionales en el ámbito de la salud mental en el sistema público de salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Republicano. (Número de expediente 161/000074)	29
Votaciones	36
Comparecencia conjunta de don Carlos Egea Santaolalla, coordinador del Grupo de Trabajo Sanitario y de doña Carmen Bellido Cambrón, coordinadora del Grupo de Trabajo, Sostenibilidad, Economía y Empresa de la plataforma de trabajo Alianza por el Sueño, para concienciar sobre los trastornos del sueño y su afectación social en nuestro país. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000027)	37

Se abre la sesión a las tres de la tarde.

MODIFICACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

El señor **PRESIDENTE**: Doy por abierta formalmente la sesión.

Muy buenas tardes a todo el mundo y muchas gracias por estar con nosotros a las tres y poder adelantar la sesión. Esperemos poder salir a las siete.

Nos han solicitado trasladar la proposición no de ley sobre la mejora en la financiación y refuerzo en la contratación de profesionales en el ámbito de la salud mental en el sistema público de salud, del Grupo Parlamentario Republicano, al final de la sesión porque no van a poder estar con nosotros antes, así que si no tienen ningún problema... **(Pausa)**.

Perdón, pero me señalan que el Grupo VOX no puede tener cartelito. Lo siento. **(El señor García Gomis retira de su mesa un cartel en el que se lee: VOX)**. De todas formas, les identificamos **(risas)**, no hay pérdida. No hay pérdida. **(El señor García Gomis: Era por si acaso había dudas, señor presidente, no fueran a votar a favor.—Risas)**.

¿Algún inconveniente en que traslademos la PNL de Esquerra Republicana de la primera a la última de la serie de las PNL? **(Denegaciones)**. Pues así lo hacemos.

Como saben, tenemos una sesión con ocho proposiciones no de ley —intentaremos ver todas las que podamos— y después tendremos una sesión con la plataforma Alianza por el Sueño, que nos va a poner un vídeo para explicarnos y también vienen con una proposición no de ley para que la estudiemos.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A LA CONSECUCCIÓN DE AVANCES REALES EN LA PREVENCIÓN Y EN LA REDUCCIÓN DE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000108).**

El señor **PRESIDENTE**: Sin más prolegómenos, y a menos que el señor letrado tenga algo que quiera que añada, pasamos al primer punto del orden del día, que corresponde a la proposición no de ley número 2, relativa a la consecución de avances reales en la prevención y en la reducción de las agresiones a profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Para la defensa de la iniciativa tendrán cinco minutos, que fue lo que aprobamos el otro día, y tres minutos el resto de los grupos.

Sin más, tiene la palabra la señora Velasco Murillo, si es tan amable.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 3

La señora **VELASCO MURILLO**: Buenas tardes, presidente.

Muchas gracias, señorías, el Grupo Parlamentario Popular presenta, entre sus primeras iniciativas para debatir en esta Comisión, una que afecta a los profesionales sanitarios, independientemente de su categoría profesional —médicos, enfermeras, farmacéuticos, odontólogos, TCAE o personal que trabaja en el ámbito sanitario—, y lo hacemos, además, coincidiendo con el Día Europeo contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios, que ha sido esta misma semana, el 12 de marzo.

Señorías, los profesionales sanitarios son el principal activo del Sistema Nacional de Salud, pero en el ejercicio de su actividad profesional se ven afectados por agresiones de diferente índole. Hablamos de las agresiones que se producen en los centros sanitarios —por desgracia, con demasiada frecuencia—: violencia verbal y física contra el personal sanitario o administrativo que desempeñan sus cometidos con profesionalidad.

Las agresiones, además de ser un problema de violencia en sí mismo, conllevan un deterioro de la relación de confianza entre el profesional sanitario y el paciente y repercute gravemente en la salud y calidad del profesional agredido. Detrás de la violencia contra el personal sanitario existen distintos elementos que pueden precipitar su aparición y que favorecen las situaciones de conflicto en la comunicación personal profesional-paciente, pero también la presión, la falta de recursos y la sobrecarga asistencial. Desde el Partido Popular y el Grupo Parlamentario Popular llevamos años trabajando para frenar las agresiones. Hoy presentamos esta iniciativa porque aún hay que seguir trabajando en este ámbito. Me gustaría recordar otras medidas que están dando buenos resultados, como, por ejemplo, las aprobadas en nuestra última etapa de Gobierno. Es el caso de reconocimiento de los profesionales sanitarios como autoridad, en el año 2014; la reforma del Código Penal para que las agresiones sean consideradas atentados, en el año 2015; la creación de la figura del interlocutor policial, en el año 2017; o la Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud. Estas medidas ayudan, pero no son suficientes, como demuestran los datos al alza que presenta el Ministerio de Sanidad y los observatorios de los consejos profesionales, que avalan la presentación de esta iniciativa parlamentaria.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad comunicaba un dato parcial de agresiones a lo largo de 2023 —9398—, correspondiente a la información que facilitaban no todas las comunidades autónomas. Aún no se cuenta con todos los datos, y datos también conocidos estos días por los propios consejos profesionales. En 2022 fueron 13210 agresiones a profesionales las notificadas, un 5% más que las registradas a lo largo de 2021, suponiendo 20,05 notificaciones de agresiones por cada mil profesionales del Sistema Nacional de Salud. Esto supone casi 5 puntos más con respecto a 2021, año en el que se notificaron un total de 10 170 agresiones en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, suponiendo 15,71 notificaciones de agresiones por cada mil profesionales del Sistema Nacional de Salud. En atención primaria y extrahospitalaria se notifican más que en la atención hospitalaria y los profesionales que más agresiones sufren son los médicos y las enfermeras. Pero es preocupante que muchos de los episodios de violencia sigan sin ser comunicados ni denunciados, por lo que los datos que se muestran en los estudios solo muestran una parte de la realidad.

El Ministerio del Interior, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y las propias comunidades autónomas, ha trabajado en la publicación y difusión de material divulgativo consistente en cartelería y en trípticos e incluso en formación, pero se necesita algo más. También se ha trabajado para poner en marcha en la aplicación AlertCops una nueva funcionalidad específica para los profesionales sanitarios consistente en el botón SOS, cuya activación por el usuario, siendo víctima ante un incidente o situación de emergencia, genera una alerta para la asistencia del cuerpo policial más próximo a su ubicación, pero desconocemos el grado de implementación. Lo que está claro, señorías, es que todo lo que se está haciendo hasta ahora resulta insuficiente y muestra de ello es el incremento de agresiones año tras año. Por eso, las diferentes organizaciones profesionales nos solicitan que se tomen más medidas con el objetivo de conseguir cero agresiones y hacer visibles todas las que hasta ahora son invisibles.

Esta tarde instamos al Gobierno a revisar y mejorar la legislación vigente. El Grupo Parlamentario Popular sigue insistiendo en que nuestro ordenamiento jurídico es insuficiente en el ámbito de las agresiones a los profesionales sanitarios, siendo una prioridad, mientras que no es una prioridad o urgencia para el Gobierno; por el contrario, sí hay urgencia en aprobar una ley que beneficia a corruptos, que choca frontalmente contra nuestra Constitución, la legalidad española, la voluntad de los españoles y el respeto del Estado de derecho. Hoy hace cuatro años de la declaración del estado de alarma y, desde luego, poco tenemos que ver en cuanto a los avances que se han hecho en relación con los profesionales

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 4

sanitarios. Su balance en estos cuatro años es de abandono total a los sanitarios y una ministra de Sanidad que pretende darnos lecciones, como manifestaba ayer en la sesión de control en esta Cámara. En fin, señorías, también instamos al Gobierno a poner en marcha un plan nacional contra las agresiones a sanitarios para trabajar con el objetivo de reducir al máximo las agresiones a los profesionales sanitarios y a todo el ámbito sanitario.

Señorías, espero que por el bien de nuestros profesionales avancemos apoyando esta iniciativa. El Grupo Socialista ha presentado una enmienda y esperamos llegar a algún acuerdo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señoría.

Por el Grupo Socialista, para defender su enmienda tiene la palabra la señora Almodóvar.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Buenas tardes, señorías. La evidencia científica ratifica que las agresiones a los profesionales en el sistema de salud continúan siendo una realidad. Es un problema de gran relevancia que no solo afecta a la integridad física y al bienestar de las personas que desempeñan esa actividad profesional, sino que también provoca una disminución de la calidad y de la cohesión en el sistema de España. La responsabilidad de los ministerios y del Gobierno para hacer frente al problema comenzó en 2017 con el impulso de la Instrucción número 13, dando respuesta policial integral y transversal. Se establecen cauces de comunicación entre las fuerzas y cuerpos de seguridad y los centros sanitarios, dando lugar a la figura del interlocutor policial territorial, una comunicación entre las administraciones, organizaciones y los centros sanitarios. Fruto de estas aportaciones del grupo de trabajo para el análisis y el estudio de las agresiones a los profesionales que fue creado en 2018 por el Ministerio de Sanidad, podemos obtener una perspectiva global de las agresiones y una radiografía del comportamiento de este problema. Afrontamos así sus medidas preventivas y de actuación que nos van a marcar la ruta de trabajo.

Los datos del periodo entre febrero y marzo de 2022 que recogen las comunidades autónomas e INGESA nos indican que, efectivamente, el aumento de 5 puntos en la tasa de notificaciones de estas agresiones de los profesionales es un dato que muestra que desde 2017 hasta 2022 han aumentado las denuncias. Todos los profesionales del sistema sanitario han alzado la voz ante el problema y están cada día más fuertes ante las amenazas y los insultos que reciben. Este aumento de notificaciones se debe a muchas causas y una de ellas es que los profesionales tienen más conciencia del problema, tienen más receptividad, y tienen el respaldo de las administraciones central y autonómica y de las fuerzas de seguridad.

La figura del interlocutor policial es un punto de contacto permanente en los centros y son muy utilizados a través de sus llamadas telefónicas. La medida preventiva AlertCops, una aplicación móvil creada por el Ministerio del Interior, también da confianza a los profesionales. Y la formación recibida en materia de prevención y autoprotección —4420 profesionales— en 122 actividades. Todas estas acciones ayudan a incrementar la seguridad y a conseguir que se vaya reduciendo la agresividad durante la actividad laboral sanitaria. Aun así, muchas de las agresiones que hoy en día sufren los profesionales no están siendo comunicadas, entre otras causas por carecer de un marco común de protocolos en el territorio. Es fundamental la labor de continuar con la visibilidad de este problema, la concienciación y la sensibilización, reforzando esa prevención y la investigación al objeto de incrementar la seguridad en los centros de trabajo sanitario y sociosanitario.

El Grupo Socialista no puede concebir un sistema sanitario público donde se rompa la relación de mutua confianza entre el paciente y el profesional y por eso hemos dado numerosos pasos para dar seguridad jurídica, formativa y laboral. En este sentido, y para seguir avanzando, como consecuencia de las recomendaciones del informe del Ministerio de Sanidad, hemos presentado una enmienda, que espero que el Grupo Popular tenga en cuenta, relativa a la elaboración de un protocolo de actuación para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con la participación, evidentemente, de todos los agentes implicados, especialmente las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Pasamos ahora al turno de fijación de posiciones, de menor a mayor. Del Grupo Parlamentario Mixto no veo a nadie. El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) no interviene. Del Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu no hay nadie. Del Grupo Parlamentario Junts per Catalunya tampoco hay nadie. Y el Grupo Parlamentario Republicano nos ha llamado diciendo que venían un poco más tarde. Por lo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 5

tanto, por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, el señor Cofiño tiene la palabra por tres minutos.

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

Gracias por poner sobre la mesa un tema tan relevante como el de la figura central de nuestros profesionales sanitarios. Decíamos en alguna otra ocasión que el elemento nuclear de nuestro Sistema Nacional de Salud son las personas; por un lado, las personas afectadas, los pacientes, y por otro, nuestros profesionales sanitarios. Uno de los elementos de máximo cuidado y clave, posiblemente, en la situación actual de nuestro Sistema Nacional de Salud es cómo son las condiciones laborales de nuestros profesionales sanitarios, y un tema relevante como el que se señala en relación con las agresiones de profesionales. Se ha expuesto ya con detalle algunas de las intervenciones que actualmente está realizando el Gobierno. Esto se mantendrá muchas veces en la dialéctica que veremos en la Comisión, pero todo será siempre mejorable, es decir, nunca vamos a llegar a hacer suficientemente bien todo lo que podamos hacer. Cualquier tipo de evaluación crítica de aspectos que consideremos mejorables será necesario, y en varias de las PNL de hoy ponemos sobre la mesa algunos.

Se ha señalado el grupo de trabajo de análisis y estudio de agresiones, se ha señalado el tema de mejorar los sistemas de notificación de agresiones de profesionales, se ha señalado el tema de las instrucciones y las medidas legislativas que hay en marcha, se ha señalado la creación de la figura del interlocutor policial de territorio para mejorar coordinaciones o sistemas de notificación. Hay un elemento clave también que se señalaba y que nunca va a ser suficiente, que es el tema de la mejora en cuanto a la sensibilización de nuestra población sobre la importancia de la riqueza de nuestro sistema sanitario y el cuidado de nuestros profesionales. En el grupo de Sanidad de SUMAR, cuando establecimos un documento de consenso —casi trescientos profesionales trabajaron el documento—, se planteaba como prioridad reconocer y ser conscientes de la riqueza de nuestro sistema sanitario, avanzar en un sistema estatal de salud que cuide a las personas y avanzar también en una sociedad que cuide a nuestro sistema estatal de salud.

Vemos favorablemente la PNL, pero hay un elemento que me gustaría señalar —y pido disculpas por mi bisoñez en las comisiones— en cuanto a las enmiendas. Quisiera poder hacer una enmienda de viva voz, si es posible, con el siguiente planteamiento. En vez de plan, que siempre es una figura superior de planificación, que pudiera tener la connotación de estrategia de atención a las agresiones del personal sanitario. Es un tema técnico menor de planificación, pero, teniendo en cuenta el resto de consideraciones, estamos plenamente de acuerdo en las prioridades y en seguir impulsándolo desde el Gobierno. Pensamos que poder trabajar en ello desde el ministerio en los próximos cuatro años va a ser una oportunidad para el Gobierno.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿Puedo preguntar si ha quedado clara la enmienda *in voce* formulada?

La señora **VELASCO MORILLO**: Luego lo hablamos.

El señor **PRESIDENTE**: Era únicamente por si había que clarificar los términos. Muchísimas gracias. El Grupo VOX tiene la palabra.

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

El tema de las agresiones a los sanitarios es un tema en el que llueve sobre mojado. Nuestros sanitarios llevan años reclamando medidas más contundentes e inmediatas para su protección personal y también para el resto de los usuarios de los centros sanitarios. Los datos arrojados son terribles. En lugar de conseguir que bajen, siguen aumentando; cada año hay más agresiones y cada año son incluso más violentas. Ningún trabajador puede tener miedo de ir a trabajar y muchos de nuestros sanitarios, por desgracia, lo tienen. Tienen que aparcar los coches lejos de su centro de trabajo para que no les rompan los cristales o se los rayen, incluso para no encontrarse con un usuario violento que quiera recriminarles cualquiera de sus acciones y decisiones. Hay sanitarios que tienen que pedir, por favor, ser escoltados hasta sus vehículos o sus casas por miedo a tener cualquier percance por la calle. La sensación de tener que estar mirando a todos lados cuando estás por la calle, amenazas incluso en sus domicilios, miedo a ser reconocidos en algún sitio público y un sinfín de bajas por ansiedad muchas veces es lo que están viviendo nuestros sanitarios en toda España. Y no es una exageración, es la realidad. Esta es la realidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 6

que cualquier persona que se haya acercado a los centros de salud de los diferentes territorios ha podido comprobar en primera persona. Yo quiero acordarme especialmente hoy de Almudena, una enfermera del centro de salud de La Coma, en la Comunidad Valenciana. Ha sido una de las personas que ha vivido con más pánico situaciones de peligro para su vida —amenazas hacia ella y sus compañeras— en uno de los centros de salud con más incidencia dentro de la Comunidad Valenciana.

Hay que adoptar medidas —llámenles planes o estrategias— y tiene que haber una coordinación total con la Subdelegación del Gobierno. No puede ser que las consejerías de los diversos gobiernos regionales y la Subdelegación de Gobierno no atinen a saber de quién es la responsabilidad, si de la Consejería de Justicia, de la de Sanidad, de la Subdelegación, del Ministerio del Interior o del Ministerio de Sanidad. Lo que hace falta es que nuestros sanitarios puedan ir a trabajar de manera segura y que los usuarios estén protegidos. Y la primera línea de defensa que tenemos en muchos centros son nuestros vigilantes de seguridad. Se trata de una figura muchas veces denostada por muchos partidos políticos, pero son la primera línea de protección que tienen los sanitarios en los centros hospitalarios y en los centros de salud. Desde aquí mi reconocimiento tanto para nuestros sanitarios como para nuestros vigilantes de seguridad.

Apoyaremos esta moción, justa y necesaria. Como digo, es necesario. Llámenlo como quieran —estrategias, planes—, pero háganlo ya. No podemos seguir acumulando agresiones y cada vez más violentas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor García Gomis.

El turno lo tiene ahora el Partido Popular para la admisión o el rechazo de las enmiendas.

La señora **VELASCO MORILLO**: Vamos a intentar llegar a un acuerdo, a un texto —ya había trabajado con el Partido Socialista—, y luego lo acercaremos a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

— RELATIVA A LA APROBACIÓN DE MEDIDAS DE UTILIDAD REAL PARA MODERNIZAR, REORDENAR Y POTENCIAR LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000110).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición no de ley número 3, relativa a la aprobación de medidas de utilidad real para modernizar, reordenar y potenciar la atención primaria y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud. Ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra la señora Pastor.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, señor presidente.

Es un honor participar como miembro de esta Comisión y en un tema que consideramos tan relevante. Siguiendo el mandato del artículo 43 de nuestra Constitución, nuestra ley fundamental, son muchos los avances que la España democrática ha hecho para desarrollar y consolidar nuestro Sistema Nacional de Salud, y también para tener una atención primaria con profesionales bien formados, con una amplia cartera de servicios y con un alto nivel de profesionalidad. Todo esto es así y por eso quiero dar las gracias a todos los profesionales de atención primaria y a todas las organizaciones científicas, que tanto han trabajado para que sea así. Pero cierto y verdad es que hoy tenemos algunos problemas que están constatados no solamente por los propios profesionales, sino también por la sociedad en su conjunto. Han dado mucho, dieron mucho en la pandemia y lo siguen dando.

Hay una situación que todas las comunidades autónomas han puesto de manifiesto. A lo largo de estos años se ha puesto de manifiesto y se han llegado a acuerdos, como pasó en abril de 2018 cuando por unanimidad el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud puso sobre la mesa una serie de iniciativas para la mejora de la atención primaria. Aquí, en esta Cámara, en el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, acordamos por unanimidad una serie de medidas para la mejora de la atención primaria, y a instancias de nuestro partido también introdujimos una resolución en el último debate sobre el estado de la nación que fue apoyada por varios grupos políticos: Partido Nacionalista Vasco, Junts y Coalición Canaria, entre otros. Pero, a pesar de ello, muchas de estos compromisos parlamentarios no se han llevado a cabo y, por tanto, es necesario una atención urgente —también una atención estructural, cuantitativa y cualitativa— a nuestro sistema de atención primaria

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 7

para lograr que se produzcan suficientes especialistas bien formados que puedan dar una atención de calidad. Para poder ejercer esas competencias, sin ninguna duda, necesitamos tener más profesionales y por eso hemos planteado esta iniciativa. Por cierto, es una iniciativa que recoge lo que los consejeros de la comunidad gallega y la comunidad del País Vasco aprobaron en su día en un manifiesto, al que también se adhirieron muchas de las comunidades autónomas. Al fin y a la postre, lo que viene a decir es que no nos podemos poner de perfil, que hay muchos temas que tienen que estar por encima de los partidos políticos o del posicionamiento ideológico de cada cual.

Por un lado, hay que garantizar el sistema de elección de plazas mir, que no deje plazas desiertas. Este año se han convocado, en total, 13990 plazas, pero solamente se han puesto 8772 plazas a elección. Además de esto, el sistema de elección conlleva que en muchos casos haya plazas que se queden sin cubrir. Diré más, algunos profesionales pueden no tomar posesión de esas plazas y no se las ofertan a todas las personas que no han obtenido plaza. Por lo tanto, hay que mejorar este sistema. También hay que generar algo tan importante como aprobar esa ley, que ahora será decreto, para mejorar y crear de una vez por todas la especialidad de medicina de urgencias y emergencias, ya que, si no, hay un desplazamiento de profesionales especialistas de una especialidad a la otra. Y hay que ampliar el número de plazas de formación médica especializada en Medicina Familiar y Comunitaria y en Pediatría, por un tema fundamental, porque hay un relevo generacional. Se va a jubilar la generación del *baby boom* y vamos a tener un problema serio. Por lo tanto, cuando se habla de cifras, de cuánto crecemos, lo necesario es que se crezca lo suficiente para cubrir las necesidades de reposición, cuando menos, de todos los profesionales que se están ya empezando a jubilar.

Tenemos que tener un sistema de acreditación de unidades docentes más flexible y más ágil y tenemos que promover la aprobación antes de la siguiente convocatoria mir de la revisión de la normativa de requisitos de acreditación de unidades docentes en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, que entre otras medidas deberá mantener abierta la convocatoria para que dicha acreditación sea posible permanentemente. Y una vez que el sistema de acreditación y el programa formativo de la especialidad estén reforzados y permitan acreditar un mayor número de plazas, hay que realizar la convocatoria de plazas mir, estimando la necesidad de ampliación urgente de mil plazas formativas anuales de esta especialidad. Es decir, un plan extraordinario de formación para acometer estas necesidades.

Voy terminando ya, con su permiso, señor presidente.

Hay tres elementos que me quedan por señalar: hay que desarrollar los instrumentos que permitan que el Sistema Nacional de Salud planifique esta oferta formativa en el futuro, a mi juicio, con más rigor, y poner en marcha de forma real un registro estatal de profesionales; así como implementar un plan de acción de atención primaria que tenga dotación económica y, sobre todo, que haga frente y facilite el desarrollo competencial del médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; y, por último, a partir de la consecución efectiva de todas estas medidas que planteamos, porque hay muchas más cosas que poner en marcha desde el punto de vista cualitativo; hay que impulsar un gran acuerdo nacional, a mi juicio, de medidas de choque para afrontar los problemas relacionados con esta especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, que es la que sustenta en buena medida nuestro Sistema Nacional de Salud, ese sistema que ha de ser equitativo, que ha de llegar a todos los ciudadanos con independencia de donde vivan, que es universal y que recoge nuestra Constitución. Por eso, si me permite, señor presidente, yo hoy he votado en contra de la ley de amnistía porque creo que va en contra de ese principio de igualdad de los españoles.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Para defender su enmienda, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario VOX, el señor García Gomis.

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

Sabemos que las competencias actualmente están cómo están, y nosotros siempre vamos a abogar por que se dé una solución integral, puesto que, al final, el problema de la atención primaria no es un problema de una región o de una provincia, es un problema a nivel nacional; y, como sabemos, los accesos mir son nacionales y son las puertas de entrada de nuestros sanitarios.

La situación actual en atención primaria en España es grave, muy grave. Las diversas administraciones regionales competentes no la han sabido paliar ni poner freno, y nos hemos encontrado una generalización en toda la nación de una atención primaria en una situación muy grave, que cada año se va agravando; y esto se constata con los datos que estamos viendo. Tenemos una atención primaria saturada, que la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 8

pandemia todavía tensionó mucho más, con unas inversiones que no terminan de llegar, con centros de salud que todos ustedes saben que se presupuestan año tras año, pero nunca se ejecutan: hay centros de salud en España que se han llegado a presupuestar dieciséis años seguidos y no se ha puesto ni la primera piedra; y así es difícil poder atender a la ciudadanía. Nos encontramos con una población envejecida, una población que necesita tener cada vez más un mayor acceso a la sanidad. Nos encontramos, también, con que lo primero que hace falta es ampliar plazas mir, poder cubrirlas y que no queden desiertas. Necesitamos más profesionales sanitarios; y necesitamos, sobre todo, retener a aquellos que estamos formando, que ven fuera de España puestos de trabajo más apetecibles y que, muchas veces, no quieren acceder a las plazas que les son asignadas. No podemos seguir exportando talento, porque esto va en detrimento de nuestro sistema asistencial y en detrimento de los ciudadanos.

Tenemos que crear un marco sanitario nacional del siglo XXI, detectando las carencias, tipificando los mapas poblacionales y los requisitos sanitarios que necesita nuestro sistema sanitario. Necesitamos proyectar un mapa de especialidades sanitarias acorde con lo que nuestro sistema sanitario demanda actualmente y demandará a no mucho tardar. Sobre todo, hace falta poner en valor un sistema de atención primaria, que es la mayor puerta de entrada que tenemos a nuestro sistema sanitario. No es de recibo que haya quince días de espera para que nos vea nuestro médico de cabecera; que nuestro médico atienda a sesenta, setenta u ochenta personas el mismo día, y muchas veces, tienen que verlas de mala manera o incluso por teléfono, y no puede asistir a todos; o que en mitad de la consulta, un médico de cabecera se tengo que marchar a una urgencia, porque es el único médico capaz de poder atender esa urgencia, teniendo que esperar, muchas veces, los usuarios durante mucho tiempo, no solamente ante los retrasos que puede acumular, principalmente, la atención primaria, sino también por esa salida.

Señores y señoras, nos encontramos ante un caso que se agrava, al que no se pone solución. Hacen falta centros de salud; hace falta un plan, una estrategia, un marco; pero, sobre todo, necesitamos actualizar, de una vez por todas, nuestra atención primaria, y, ante todo, poner en valor el trabajo: un médico no puede atender sesenta, setenta u ochenta personas en un mismo día; los médicos no se merecen esa situación, y los pacientes tampoco.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor García Gomis.

Empezamos el turno de fijación de posiciones, de menor a mayor. ¿Interviene el Grupo Parlamentario Mixto? Me parece que seguimos sin su asistencia.

¿Interviene el Grupo Parlamentario Vasco?

La señora **VAQUERO MONTERO**: Arratsalde on. Muchas gracias.

Tal y como se ha dicho aquí, faltan profesionales, sobre todo médicos de familia y pediatras. Por lo tanto, nosotros vamos a pedir la votación por puntos en esta proposición no de ley, y vamos a votar a favor de los cinco primeros puntos.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu no está. El Grupo Parlamentario Junts per Catalunya tampoco está. ¿El Grupo Parlamentario Republicano? (**Denegación**). No interviene.

Por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR sí hay intervención.

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

La atención primaria es la que conforma nuestro Sistema Nacional de Salud. Si tuviéramos una buena red de hospitales, tendríamos un buen sistema hospitalario; pero lo que da esa identidad y configuración al Sistema Nacional de Salud es la atención primaria. Es un modelo que surge de experiencias pequeñas en diferentes países y conforma todavía nuestro país. La semana pasada, hubo una jornada en el ministerio con expertos de la OMS de varios países y, pese a las dificultades y la crisis en la que estamos ahora mismo en nuestro país, identificaron que todavía tenemos buenos indicadores en cuanto a trabajo en atención primaria. Es un modelo general que está en crisis, es un modelo que no se ha cuidado por diferentes motivos desde hace tiempo, hemos tendido hacia un modelo más hospitalario centrista y menos fascinado por lo que es el modelo y el trabajo en Atención primaria. Pero algo que también hay que tener en cuenta es que no toda la atención primaria en nuestro país es exactamente igual, ni mucho menos. Cuando a veces se generalizaba la gestión de la pandemia, la gestiones de la misma atención primaria en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 9

nuestro país han sido muy diferentes en algunas comunidades autónomas. Esto nos pasa mucho en Asturias, donde, a veces, parece que todo lo que pasa en el resto del país se extrapola a lo que puede ocurrir en Asturias, y es diferencial. Considerando, insisto, y volviendo a lo que decía antes, que todas las situaciones son mejorables y que nuestra atención primaria en Asturias es mejorable, también hay que tener en cuenta que las gestiones son diferentes.

La proposición no de ley aporta puntos interesantes de reflexión. Hay un cuento bonito de Galeano, que cito muy rápidamente, porque creo que tiene sentido para la defensa que voy a hacer de esto: El pastor Miguel Brun me contó que hace algunos años estuvo con los indios del Chaco paraguayo, él formaba parte de una misión evangelizadora. Los misioneros visitaron a un cacique que tenían prestigio de muy sabio. El cacique, una persona quieta y callada, escuchó sin pestañear la propaganda religiosa que le leyeron en lengua de los indios, y cuando la lectura terminó, los misioneros se quedaron esperando. El cacique se tomó su tiempo. Después, opinó: Eso rasca, rasca mucho y rasca muy bien. Y sentenció: Pero rasca donde no pica.

La proposición no de ley, insisto, tiene algunos puntos totalmente acertados, pero el elemento fundamental de por qué no tenemos plazas ahora mismo en atención primaria no es porque no tengamos más creación de plazas mir, sino porque se nos están yendo personas, y porque muchas personas se nos han ido mucho tiempo. Yo me fui en el año 1997 de la atención primaria, porque las condiciones de trabajo en mi comunidad autónoma no eran buenas, aunque tuviéramos muy buenos sueldos. Un compañero de Madrid, Daniel García Blanco, dice: Ya hace tiempo que no uso la bata en consulta. Nunca me gustó mucho llevarla, porque marca unas distancias que creo excesivas, pero llegué a entender que para algunas personas que venían al centro de salud era un símbolo de profesionalidad, de tomarse en serio el trabajo de cuidado, así que acepté llevarla. Pero, desde hace unos meses, siento que lo que hago en consulta no mantiene las condiciones mínimas que merecen quienes acuden a una consulta médica; no es serio ni profesional, ni son cuidados dignos, y no porque no quiera, sino porque no puedo. Por eso, me siento un fante si me pongo la bata. Formo parte de un turno de tarde en el que, de ocho puestos médicos, hay cuatro sin cubrir desde hace meses, y otras dos compañeras están de baja de larga duración debido a la sobrecarga. Esas decisiones han consistido no solo en no ponerse la bata, sino incluso en colgar la bata y dimitir. Ahora mismo, el elemento fundamental que tenemos que poner de relieve —insisto—, aunque haya que acreditar unidades docentes, aunque haya que mejorar la planificación de plazas, es mejorar las condiciones de nuestros profesionales en atención primaria.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Ahora, es el turno del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **MORENO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes, presidente, señorías. Muchísimas gracias.

Permítanme antes de nada presentarme: a quien no me conozca, soy Isabel, alcaldesa de un pequeño municipio de la sierra de Cádiz, de El Gastor; y hoy voy a ponerle voz, a través de esta proposición no de ley que nos trae el Grupo Popular, en un tema fundamental como es la atención primaria. Lo hago para poner voz a esos millones de personas que estamos hartos y estamos viviendo la gestión del Partido Popular en Andalucía. Esta PNL, en algunos aspectos, nos parece que es insuficiente y pobre, en un tema tan importante como es la mejora de la atención primaria en nuestro Sistema Nacional de Salud, pero me centraré sobre todo en las soluciones que ha puesto sobre la mesa el Partido Popular en Andalucía.

En cuanto a los famosos mir, primero, quieren cubrir la atención primaria con estos profesionales, pero lo que pretenden es ahorrar costes; o sea, que no están haciendo nada, porque, por otro lado, vuelan cientos de millones hacia la sanidad privada en Andalucía y explotan a trabajadores, a estos médicos de formación que estamos en distintos lugares de España, con unas condiciones laborales precarias, y en el Grupo Socialista no lo vamos a permitir, porque hay que dignificar a estos trabajadores sanitarios. Por tanto, con todo el respeto a la experiencia de nuestros mir, que tienen una gran formación, que necesitan de un tutelaje de doctores que supervisen y que, además, les den garantías para hacer diagnósticos, no sé lo que pretende el PP en Andalucía, si dejar a su suerte a los mir y cubrir la falta de médicos de atención primaria a través de estos profesionales mir. Por tanto, el desconocimiento de la realidad de la atención primaria que vivimos en nuestros pueblos es un extremo insostenible. La población rural, como la mía, cuenta con muchas personas envejecidas, con unas enormes patologías graves y, por tanto, señorías, eso no es para darle una responsabilidad enorme a alguien que no le corresponde. Las zonas rurales y también otras zonas no rurales tienen una casuística muy especial, que debe ser abordada con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 10

mayor seriedad. Por tanto, queremos que se aborde la atención primaria desde una PNL muchísimo más profunda y que abarque a todos los problemas que hoy tenemos en la atención primaria.

El médico de la atención primaria es el primero que no cumple solamente una función sanitaria, sino que es también social, conoce la vida personal de nuestros ciudadanos, de nuestros vecinos y de nuestras vecinas, empatiza y les da certidumbre. Con esta solución de cubrir con plazas mir esa inestabilidad, no se les está dando certidumbre a nuestros pacientes, a nuestros vecinos o vecinas. Por ello, no podemos tratar este tema de una forma baladí como se trae esta PNL, y nuestros grandes profesionales de la sanidad merecen nuestro respeto y nuestro apoyo y, sin duda, tenemos que darles dignidad. Por tanto, demos respuesta, como se merecen a nuestras ciudadanas y nuestros ciudadanos.

Así pues, nuestro voto va a ser desfavorable. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene ahora el turno el Partido Popular para aceptar o rechazar enmiendas. Señora Pastor, tiene la palabra.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Hay una enmienda presentada y la vamos a trabajar a lo largo de lo que queda de la sesión.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias a usted, señora Pastor.

— RELATIVA A LA CONSECUCCIÓN DE AVANCES REALES EN LA CONSECUCCIÓN PLENA DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, ASÍ COMO SU MONITORIZACIÓN Y CUMPLIMIENTO EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO PLURINACIONAL SUMAR. (Número de expediente 161/000258).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 4.º, proposición no de ley relativa a la consecución de avances reales en la consecución plena de la cobertura sanitaria universal, así como su monitorización y cumplimiento en las diferentes comunidades autónomas, del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

Señor Cofiño, tiene la palabra, por cinco minutos.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Ahora mismo, la cobertura sanitaria universal es un principio defendido por diferentes fundaciones internacionales de distintos ámbitos. En el año 2011, hay una investigación de la Rockefeller Foundation en el sentido de valorar cómo impacta, en términos de disminuir la mortalidad, conseguir una cobertura sanitaria universal; y otras entidades, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas o un informe de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2007, plantean cómo los sistemas nacionales de salud tienen que reorientarse hacia una cobertura universal, con protección de todas las personas en los territorios y, además, sistemas nacionales de salud que vertebran la atención primaria de salud. En el año 2003, hay una resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas que plantea estos mismos términos de reconocimiento de la cobertura sanitaria universal, búsqueda de que todos los países logren estos objetivos en pocos años y el tema de cómo el acceso tiene que ser sin discriminación alguna para todas las prestaciones que se puedan desarrollar desde los servicios de salud en términos de prevención, promoción, curación o rehabilitación. Actualmente, la situación que tenemos de cobertura sanitaria universal ha sido denunciada por diferentes organizaciones civiles, entre otras, la Red de Denuncia y Resistencia al Real Decreto 16/2012, por Yo Sí Sanidad Universal y por Amnistía Internacional.

Desde la creación del Sistema Nacional de Salud en el año 1986, diferentes normativas ampliaron, de forma sucesiva, el acceso a la atención sanitaria a toda la población, pero el Real Decreto 16/2012 supuso un retroceso significativo y un cambio profundo en la configuración del sistema sanitario y de su cobertura poblacional, en tanto que vinculaba el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a la contribución a la Seguridad Social y se limitaba, por tanto, el acceso de las personas extranjeras, tanto de aquellas sin permiso de residencia como de algunas que sí lo tenían.

Hay un real decreto posterior, el Real Decreto 7/2018, que proclama la restitución de la universalidad, aunque no logra recuperar la lógica previa al año 2012, y mantiene algunas situaciones expresadas por los colectivos que antes mencionaba en cuanto a discriminación, como, por ejemplo, la distinción entre ser titular de derecho y tener acceso a asistencia según sea la situación administrativa; la consolidación de la exclusión de las personas ascendientes que llegan a España a través de un proceso de reagrupación

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 11

familiar; la exigencia de acreditar la imposibilidad de exportación del derecho a la asistencia sanitaria del país de origen; o la falta de contundencia en la defensa del derecho, que ha facilitado casos de exclusión en personas, además, lógicamente, con más vulnerabilidad, como menores, mujeres embarazadas o atención de urgencia. Diferentes colectivos señalan, además, otro elemento clave, que es cómo la expresión de esta normativa en las diferentes comunidades autónomas ha generado desigualdades y una importante inseguridad jurídica, según cómo ha sido la interpretación y la aplicación en diferentes comunidades autónomas; un elemento determinante para saber que es importante que tengamos buenas y mejores normas, pero que, en algunos casos, la aplicación de ellas es tan importante como tener una buena norma.

Por otra parte, y esto es un elemento que se ha generado muchas veces como una aseveración falsa y claramente xenófoba o racista, está el tema de cómo incorporar o plantear que la incorporación de todos los grupos de población y de coberturas a población inmigrante irregular puede generar un incremento del gasto sanitario. Hay evidencias disponibles en múltiples publicaciones que plantean que ni la población sanitaria ni la población inmigrante irregular ni, incluso, el envejecimiento poblacional, que podría ser otro elemento que argumentaran algunos grupos en los próximos años, generan un incremento en el gasto sanitario. La población inmigrante no consume más recursos. Tenemos un grupo de investigación en nuestro país liderado por el doctor Ruiz Gimeno, en Aragón, que tiene dos publicaciones muy interesantes, una del año 2016 y otra del año 2021. La del año 2016, con población inmigrante global y población irregular, y la de 2021, con población inmigrante regular, donde se verifica que, bajo las mismas condiciones sanitarias, el uso del sistema sanitario de población inmigrante en situación irregular es mucho menor que el de población autóctona o que el de población migrante en situación regular. Desde el año 2012, además, es muy importante porque el escenario de evaluación es el escenario de tener plenas condiciones de acceso al sistema sanitario universal. Por mencionar un solo ejemplo, en los estudios se señala que el gasto farmacéutico anual en población autóctona es de 317 euros frente a 69 euros en población inmigrante regular y de 8 euros en población inmigrante irregular. Estos estudios están verificados además por diferente información que se plantea en otros países europeos, como pueden ser Alemania o Luxemburgo.

La propuesta que hacemos es, cumpliendo la normativa vigente, aceptando la enmienda que nos presentaba el Grupo Popular de tener en cuenta la consideración de la Comisión de Reconstrucción Social del año 2020 y, amparados en ese marco de consenso, impulsar lo más rápidamente posible una modificación legislativa para garantizar el pleno acceso de la población a una cobertura universal en los términos señalados en mi exposición.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para la defensa de su enmienda, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Cavacasillas Rodríguez.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Gracias, señor presidente. Muy buenas tardes a todos.

Ya les anuncio que en el Grupo Parlamentario Popular vamos a ceñirnos a lo que se aprobó en julio de 2020, correspondiente a las propuestas sanitarias del dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica y que, por cierto, el grupo del que procede usted también votó a favor.

Pero es necesario comentar una serie de aspectos que están presentes en su PNL, porque pueden generar confusión y conducir —de no aclararnos— a la demagogia. Le recuerdo que la OMS, cuya definición real de cobertura sanitaria universal no es exactamente la que presentan en su texto, sitúa a España como el octavo país del mundo con mejor asistencia sanitaria, y que el Ministerio de Sanidad, cuya ministra actual pertenece a su partido político, dice que todos los españoles tienen derecho a la asistencia sanitaria, así como los extranjeros con residencia legal. Y la Ley General de Sanidad establece la universalidad de la cobertura como una de las características básicas del sistema español al determinar que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población. Pero ahondando en su PNL, uno de los estudios que ha comentado, el estudio de investigación de 2011 de Moreno-Serra & Smith, no observamos dentro de él a España entre los 153 países desarrollados o en vías de desarrollo, y aunque son ciertos los resultados que comunica —fundamentalmente aquellos sobre la reducción de mortalidad, por ejemplo—, se les ha olvidado incluir que para que esto se produzca tiene que ser a través de un aumento del gasto sanitario público de cada país.

No hay falta de crítica política del Partido Popular a la alusión al Real Decreto Ley 16/2010 en su PNL, otro ejercicio de falta de memoria, ya que se les ha olvidado incluir el contexto en el que se aprobó dicha

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 12

normativa: en plena crisis económica, con la nefasta gestión política del Gobierno socialista de Zapatero y con la presión continua de la Unión Europea a nuestro país, al que estuvo a punto de intervenir si no llega a ser por la buena gestión política del Partido Popular en aquellos momentos. También hay críticas al Real Decreto Ley 7/2018, pero les recuerdo que en ese momento ya estaban ustedes en el Gobierno en coalición con el Partido Socialista. Lo que sí les digo es que las comunidades autónomas cumplen con la ley vigente en cada momento y, por tanto, con la Dirección General de Cartera Básica de Servicios; no las culpabilicen de esta situación que demandan cuando saben que eso no es así.

En definitiva, y centrándome en sus peticiones, quiero manifestar lo siguiente: uno, no hay una urgencia para la modificación del sistema normativo español en cuanto a la cobertura sanitaria universal. Esta petición se debería realizar buscando un diálogo y un consenso entre todos los agentes implicados: las organizaciones, las asociaciones, etcétera, y que puedan ser escuchados también en esta Comisión de Sanidad. Dos. El sistema sanitario español siempre tiene en cuenta la atención a las situaciones de vulnerabilidad, así como las de mayor urgencia, y es responsabilidad del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones la definición tanto de persona ilegal como de reagrupación familiar, y no del Ministerio de Sanidad. Y, del tercer apartado, quiero comentarle que ustedes hablan, así lo ha hecho ahora mismo y de manera gratuita, de xenofobia, pero generan un ataque sin precedentes en este punto a las unidades sanitarias administrativas, culpabilizándolas a ellas, y por ende a sus trabajadores, de no garantizar un adecuado acceso al sistema sanitario, sabiendo que eso no es así. Deberían retractarse y retirar este punto de su petición.

Como le he dicho al principio, nos ceñimos a lo aprobado en el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, en el cual se reafirman, además, los principios básicos que corresponden a la sanidad pública, entre ellos la universalidad; el trabajo conjunto entre la Administración central y las comunidades autónomas; el derecho de las personas ascendientes, reagrupadas o cualquier cambio necesario para garantizar el acceso universal a la atención sanitaria como un derecho subjetivo de todas las personas.

Para finalizar, en el Grupo Parlamentario Popular defendemos lo acordado en este dictamen que hemos comentado y les recordamos que, como partido político, estamos para gestionar políticas que mejoren nuestra sociedad, la defensa de nuestro país, el uso adecuado del gasto público y el correcto funcionamiento de nuestras instituciones.

Muchísimas gracias. **(Aplausos.—La señora Pastor Julián: Muy bien).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Empezamos los turnos de menor a menor a mayor, por tres minutos.

El Grupo Parlamentario Mixto no está. ¿El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)? **(Pausa)**. No interviene. El Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu no está.

El Grupo Parlamentario Junts per Catalunya sí está. Señora Calvo.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Lo siento, es que acabo de llegar, teníamos reunión de grupo.

Solamente comentar al respecto que Cataluña ya tiene legislación en matèria de garantía de la cobertura sanitaria universal i que una legislació estatal envaeix clarament les competències de Catalunya; per tant, no hi podríem estar d'acord.

Solamente quiero comentar al respecto, que Cataluña ya tiene legislación en materia de garantía de la cobertura sanitaria universal, Cataluña ya tiene esta normativa y, por tanto, una legislación estatal invadiría claramente las competencias de Cataluña y no podríamos estar de acuerdo.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Es el turno del Grupo Parlamentario Republicano. **(Pausa)**. No interviene.

Por el Grupo Parlamentario VOX, la señora De Meer.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Nosotros estamos claramente en contra de esta iniciativa, pensamos que es una irresponsabilidad. Creemos además que la izquierda tiene un problema muy profundo con negar la existencia permanente de las comunidades nacionales y que los servicios deben estar prioritariamente para las comunidades nacionales. No es lo que hizo la izquierda a lo largo de la historia; es esta izquierda de ahora, que si antaño era una izquierda que protegía o intentaba proteger las comunidades nacionales y se enfrentaba

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 13

a los movimientos globales, ahora se ha convertido en una especie de adalid del globalismo en todos sus ámbitos, y uno de ellos es precisamente convertir los hospitales públicos en España en los hospitales del mundo. Creo que es de sentido común, y la mayoría de los españoles lo comparten así, que mientras haya 819 000 personas en España en listas de espera para acceder a cirugías y mientras la media de consulta de especialista sea de 87 días en algunas comunidades autónomas, como en Canarias, donde la media es de 150 días para consulta de especialista, es de sentido común que no tenemos que ser los hospitales de África. Creo que cualquier ciudadano de Ceuta sabe perfectamente lo que sucede con la ginecología y la obstetricia en los hospitales de Ceuta y Melilla, que los hospitales de Ceuta y Melilla no tienen que ser los paritorios de Marruecos. Al mismo tiempo, pensamos que nuestros hospitales públicos tampoco deben convertirse en el Imsero de los ingleses que se jubilen en España.

Insisto, no podemos perder la perspectiva nacional y la prioridad nacional. Desgraciada o afortunadamente, el Ministerio de Sanidad de nuestro país es el Ministerio de Sanidad de España y de los españoles. Ya nos gustaría —ojalá— ser la salvación de todos los ciudadanos del mundo y de todos los que necesitan atención médica del mundo, pero la justicia social empieza en casa, tiene unos recursos limitados y deben ser prioritariamente para nuestros conciudadanos; esto es patriotismo elemental y, además, sentido común. Pero es que además se genera una grave hipocresía, porque se da la casualidad de que en nuestro país es muy difícil acceder a un hospital público cuando estás cambiando de comunidad autónoma; o, por ejemplo, siendo funcionario, cuando te hacen elegir entre tener un seguro privado o acceder a la sanidad pública, y no tienes el carné correspondiente de la sanidad pública cuando tienes que acceder a un recurso público que tienes más cerca y, sin embargo, como funcionario, has escogido la otra póliza. Es decir, existe esta discriminación para los propios nacionales al no existir una tarjeta sanitaria única y, sin embargo, vamos a ampliar toda esta cobertura a personas que ni siquiera sabemos quiénes son ni qué vienen a hacer a nuestro país.

Insisto en que nuestra opinión es que tenemos un serio problema con la prioridad nacional en nuestro país, que debe ser abordado de una vez por todas con sentido común.

Muchísimas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por su intervención.
Es el turno de palabra del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **MARTÍN RODRÍGUEZ**: Gracias, presidente. Buenas tardes, señorías.

En primer lugar, vamos a avanzar nuestro voto favorable a esta proposición no de ley, cuyo objetivo es avanzar en la consecución plena de la cobertura sanitaria universal, porque nosotros, el Grupo Parlamentario Socialista, estamos y siempre hemos estado por la defensa de la universalidad de la sanidad pública. Por eso, ya en la anterior legislatura, el Consejo de Ministros, en su reunión del 14 de junio de 2022, aprobó el proyecto de ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de establecer medidas que consoliden la equidad, la universalidad y la cohesión en el sistema, incorporando aquellas que minimicen las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás, y que refuercen la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma integral las necesidades de salud ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.

El pasado mes de mayo, como todos sabemos, con la disolución del Congreso y del Senado se paralizó su tramitación. La pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto algunas debilidades del Sistema Nacional de Salud, debilidades que se han convertido en retos que debe afrontar este Gobierno, porque en el Grupo Parlamentario Socialista entendemos que se debe facilitar el desarrollo de unas políticas públicas aún más eficaces y eficientes y así poder abordar de forma integrada las necesidades de protección de la salud de la población para conseguir tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente. El antes mencionado proyecto de ley ya suponía un fortalecimiento del sistema sanitario público, y establecía como fórmula de gestión preferente de la prestación de los servicios sanitarios y socio-sanitarios la gestión directa de carácter público. También suponía ya ampliar el derecho a la prestación de salud con fondos públicos y asumiría la atención de personas con ascendientes extracomunitarios reagrupados por sus hijos o hijas con nacionalidad española, personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares, personas extranjeras solicitantes de protección internacional y víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 14

Se trata de una política de ampliación de derechos que beneficia a la salud individual y a la colectiva. Nos hace mejores como país, minimizando desigualdades en salud. El Real Decreto Ley 7/2018 supuso ya un cambio de modelo en la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, porque la titularidad del derecho de asistencia pasó de basarse en la condición de asegurada o beneficiaria a hacerlo en la condición de persona ciudadana. Así, todas las personas en nuestro país que no estén autorizadas o registradas como residentes tienen derecho a la protección social. Ahora se trata de homogeneizar este derecho en todo el territorio. También se blinda la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud para que no puedan introducirse nuevos copagos. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es un instrumento esencial para la equidad. Por esto, los socialistas y las socialistas defendemos una sanidad pública de cobertura universal y de calidad que garantice el acceso a las prestaciones sanitarias a toda la ciudadanía y en todo el territorio de nuestro país con equidad.

Por ello, seguiremos trabajando para tener servicios públicos sanitarios de calidad, que cuiden y protejan a todas las personas para que puedan llevar una vida plena y hacer frente a las enfermedades vivan donde vivan y tengan los recursos que tengan, porque en eso consiste tener un potente Estado de bienestar como el que hemos construido los socialistas en España, porque la sanidad de calidad y universal es una obligación, no una opción.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para aceptar o rechazar enmiendas, el señor Cofiño tiene la palabra. ¿Acepta o rechaza la enmienda del Partido Popular?

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Estamos de acuerdo con quitar el término «urgente» y con incluir la mención a la Comisión de reconstrucción.

El señor **PRESIDENTE**: Hay que presentar el escrito del texto para que pueda figurar en acta. Muchas gracias.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Perdón, se me olvidaba decir que en relación con las unidades administrativas también estaba modificado. Nuestra intención era reforzar el papel que tienen las unidades administrativas, porque en muchos casos el hecho de que no recibieran buenas o correctas instituciones hacía que existiera disparidad en su funcionamiento. Ya tienen el texto de la propuesta modificada.

El señor **PRESIDENTE**: No lo tenemos. Lo digo por si hay dudas. No tenemos el texto. Muchísimas gracias.

— RELATIVA A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES CON LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS (LAM). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000264).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto quinto del orden del día. Proposición no de ley relativa a la atención sanitaria de los pacientes con linfangioleiomiomatosis. No vale hacer trampas y decir LAM. **(Risas)**. Así que espero que todos los ponentes pronuncien la palabra entera.

Tiene el turno de palabra el Grupo Parlamentario Socialista para presentar su proposición no de ley.

La señora **CASTILLA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, presidente.

Muy buenas tardes, señorías. Las enfermedades raras abarcan a más de 7000 condiciones. Algunas son tratables, mientras que otras plantean importantes desafíos terapéuticos. En Europa, más de 30 millones de personas sufren alguna enfermedad rara y en España son más de 3 millones de personas. A pesar de los esfuerzos de investigación, alrededor de 4000 o 5000 enfermedades raras carecen de tratamiento específico o tienen tratamientos menos efectivos. Estas condiciones impactan no solamente en la vida del paciente, sino también en la de su familia y en su entorno más cercano. Y tienen otra característica: como son síntomas que muchas veces coinciden con otras enfermedades, a veces —incluso en un 20% de ellas— se tardan diez años en llegar al diagnóstico de la enfermedad rara.

La complejidad y la baja frecuencia de las enfermedades presentan desafíos para los sistemas de salud, requiriendo una integración a múltiples niveles para abordar estas condiciones de manera efectiva y priorizar la atención centrada en el paciente. El Sistema Nacional de Salud tiene una estrategia de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 15

Enfermedades Raras aprobada en 2009, revisada en 2014 y que ahora está siendo objeto de evaluación para empezar a centrarnos en las desigualdades en salud y en mejorar la vida de las personas afectadas y sus familias, incluyendo a los pacientes que padecen linfangioleiomiomatosis, en adelante, LAM.

Es una enfermedad pulmonar progresiva que nos afecta principalmente a las mujeres, sobre todo en edad fértil. La fisiopatología se presenta por un crecimiento anómalo de células musculares lisas atípicas que compiten con las células sanas del tejido pulmonar con la consecuente pérdida funcional, que lleva a una insuficiencia respiratoria de los pacientes. Los síntomas más frecuentes son: disnea respiratoria progresiva, neumotórax espontáneo, angiomiolipoma renal, tos seca y hemoptisis. A su vez, puede ser de dos tipos: esporádica y asociada a una enfermedad llamada esclerosis tuberosa, porque las pacientes que tienen esta enfermedad tienen un riesgo de entre un 31 y un 40% de desarrollar LAM. La etiopatogenia, es decir el origen, no está clara; se asocia a las hormonas femeninas y también a algún tipo de alteración genética, como vemos en la esclerosis tuberosa. Como he mencionado anteriormente, el diagnóstico suele ser tardío, una media de dos a cinco años, porque tienen sintomatología que puede ser compatible con cualquier otro tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tipo disnea o asma. La LAM no tiene un tratamiento curativo, pero sí tiene intervenciones farmacológicas que pueden aliviar la sintomatología respiratoria y mejorar la calidad de vida de los pacientes, aunque no en todos los casos. En los casos más graves, la última alternativa es el trasplante pulmonar.

El Ministerio de Sanidad está trabajando en evaluar, como hemos dicho antes, la estrategia de enfermedades raras en nuestro país. Sin entrar en el procedimiento para la designación de los CSUR, hay que reseñar que una de las áreas que se ha abierto recientemente a través de su grupo de expertos es la de Neumología y Cirugía Torácica. Nos consta que se dará traslado de la necesidad de que existan CSUR en el Sistema Nacional de Salud para las pacientes con LAM.

También somos conscientes de que desde la acción estratégica en salud se ha establecido como línea prioritaria la investigación en enfermedades raras —en el trienio 2020/2023 ha habido 482 proyectos en investigación de enfermedades raras—, pero queda mucho por hacer, es verdad. Por ello, proponemos la necesidad de seguir impulsando, investigando sobre el conocimiento de las enfermedades poco frecuentes, como la LAM, y sus causas, incorporando la perspectiva de género —la perspectiva de género en este caso es fundamental— en la investigación de aquellas enfermedades raras más prevalentes en las mujeres para conocer el origen y el tratamiento eficaz. En otro orden de cosas, proponemos seguir fomentando la financiación pública de la investigación sanitaria para la realización de ensayos clínicos de enfermedades raras o poco frecuentes. Todas estas propuestas tienen como objetivo último mejorar la atención que reciben las pacientes en la actualidad y seguir impulsando la investigación en el ámbito de las enfermedades raras para contar con más oportunidades de tratamiento y curación en el futuro.

Quiero agradecer de corazón a las pacientes y a sus familiares que nos hayan hecho llegar las demandas, pero me van a permitir ustedes, compañeros, señorías, que mande un mensaje muy cariñoso en especial a Clara, a Silvia, a Marta, a Inma y a Meritxell, que hoy nos acompañan y están viendo cómo hacemos nuestro trabajo. El honor de la política es ayudar a las personas que sufren.

Por todo ello, pido el apoyo del resto de los grupos a esta proposición no de ley. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, para defender sus enmiendas, empezamos por el grupo Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Nuestra enmienda es muy sencilla, solamente es una modificación en un punto, en cuanto a estudiar la designación en el Sistema Nacional de Salud de centros, servicios y unidades de referencia para la atención a personas afectadas. Es una modificación.

Respecto a la propuesta, quiero señalar, muy brevemente también, que este tipo de procesos muestra muy bien la importancia de tener un sistema sanitario integrado, en el que tengamos procesos de diagnóstico precoz, procesos de atención y procesos de rehabilitación. También es muy importante todo lo vinculado a la investigación. Un elemento clave es la atención integral, que hemos señalado y señalaremos posiblemente luego, cuando hablemos de salud mental. También son muy importantes la coordinación de los diferentes niveles de dispositivos asistenciales sanitarios y la coordinación con los dispositivos sociales.

Asimismo, hay que pensar en algo que hablamos esta semana en la proposición de ley en relación con la esclerosis lateral amiotrófica, y es que hay que tener en cuenta que no nos importa tanto cuál sea el diagnóstico clínico como que sea cual sea el diagnóstico que pueda tener una persona se garantice que el proceso y el tratamiento sean los mejores disponibles.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 16

Por último, otro elemento clave es pensar que, en aquellos procesos de enfermedades raras en los que haya técnicas diagnósticas o avances terapéuticos, vamos a tener que trabajar de forma intensa para poder garantizar la regulación del precio de estas técnicas diagnósticas o terapéuticas.

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, es el turno del Grupo Parlamentario VOX para presentar su enmienda.

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

En VOX llevamos ya años denunciando sistemáticamente que las denominadas enfermedades raras son una de las asignaturas pendientes de nuestro Sistema Nacional de Salud. Hemos presentado en esta Cámara diversas iniciativas para, sobre todo, intentar revertir la infrafinanciación en la investigación y mejorar la atención integral a los enfermos que padecen en la actualidad muchas de estas dolencias.

Por supuesto, nosotros vamos a apoyar cualquier iniciativa que se presente para mejorar, en este sentido, la situación en la que se encuentra en la actualidad una enfermedad como la LAM, exactamente igual que haríamos para cualquiera de las otras muchas enfermedades raras que se padecen en la actualidad, porque nosotros estamos convencidos de que, como representantes de todos los ciudadanos, sin excluir a ninguno, tenemos la obligación moral de que cada mejora que se consiga en inversión para investigación o en atención a los enfermos de una de estas enfermedades debería plantearse de igual manera a otras muchas que también llevan años olvidadas o marginadas por los poderes públicos.

Por esta razón, queremos instar a las señorías del Partido Socialista a que no se limiten únicamente a esta, sino que presenten en esta Cámara iniciativas similares para otras enfermedades raras que necesitan las mismas ayudas que nos solicitan hoy para la LAM. Y se lo pido a los miembros del Grupo Socialista porque cuando sus votos han sido necesarios ya nos han dejado a todos muy claro que el bienestar de los enfermos no parece que baste para que salgan adelante estas iniciativas. Por desgracia, el *Diario de Sesiones* de esta Cámara está lleno de ejemplos de ello. El último se ha representado hace tan solo unos días, y ha sido el caso de las ayudas para los enfermos de ELA. Al inicio de esta legislatura, hace unos meses, con el voto de todos ustedes, el Grupo Socialista bloqueó esta proposición de ley para mejorar la vida de los enfermos de ELA y sus familias, una proposición que presentó VOX y que suponía un pequeño gasto para el Estado, y lo hicieron alegando que la razón para denegar esta ridícula ayuda de 38 millones de euros era que, al parecer, eso iba a suponer una disminución de los ingresos presupuestarios que este Gobierno no se podía permitir en estos momentos; 38 millones de euros, que me imagino que es más o menos lo que el señor Koldo y sus secuaces se han gastado estos últimos años en juergas, desmanes y mariscadas. **(Aplausos)**. Eso sí, unos meses después, hace unos días —de hecho, el martes—, después de haber dejado en este tiempo, en estos meses tan preciosos a todas las familias sin ayudas, resulta que votan ustedes a favor de otra ley igual, muy parecida, y todo por la única razón de que el partido proponente no es VOX. Y lo mismo está sucediendo con la ley de los medicamentos huérfanos, que hemos presentado nosotros, en la que esta vez, con la excusa de 78 millones de euros, los afectados por estas enfermedades raras se van a quedar sin acceso a unos medicamentos que para ellos marcan la línea entre la vida y la muerte.

Nosotros, como ya les he dicho, sí vamos a apoyar esta proposición que presentan ustedes, porque para nosotros los enfermos y sus necesidades sí que están muy por encima de cualquier otra consideración, como puede ser quiénes son y quiénes no son los que presentan una iniciativa en esta Cámara. Pero sepan que ustedes, con su obsesión de anteponer en todo lo que hacen su sectarismo e interés personal ante cualquier otra consideración, ya han perdido toda autoridad moral para intentar convencernos de que su objetivo último realmente es el bienestar de los ciudadanos. Cada vez —no tengan duda— más españoles son conscientes de ello y no tengan tampoco la menor duda de que se lo van a hacer saber a ustedes en cuanto tengan la oportunidad de hacerlo.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Grupo Parlamentario Popular.

La señora **TORRES TEJADA**: Gracias, presidente.

La linfangioleiomiomatosis es, como tantas otras, una enfermedad muy poco frecuente y de causa desconocida. En España se estima que la LAM afecta en torno a doscientas mujeres, muchas de ellas sin

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 17

un diagnóstico acertado de la enfermedad. No tienen tratamiento curativo, solo alguno que ralentiza la enfermedad, cuando hace efecto, porque por desgracia no siempre es así. Aunque en mayo de 2015 la agencia estadounidense del medicamento aprobó un primer tratamiento para esta enfermedad, desde entonces aún seguimos esperando a que las agencias europeas y española den el paso que les corresponde.

El trasplante pulmonar es la única alternativa para las pacientes con insuficiencia respiratoria avanzada, aunque solo para algunas, porque, por desgracia, no todas logran vencer la enfermedad así. Esto requiere una correcta valoración previa de la paciente para poder entrar en una lista de espera que le garantice un trasplante con éxito. Además, la lista de espera no funciona de una forma tan sencilla, porque no siempre la primera persona en la lista es la primera en recibir trasplante. Y luego hay que tener en cuenta el tiempo medio de espera en España para los trasplantes, que suele ser, como mínimo, de seis meses. Más les vale a estas pacientes tener recursos o vivir cerca de uno de los siete centros hospitalarios capaces de realizar trasplantes en España, es decir, cerca de Barcelona, A Coruña, Madrid, Valencia, Santander o Córdoba, porque este tipo de operaciones obliga a los pacientes y a sus familiares a trasladarse a estos sitios por largos periodos de tiempo. Es necesario aumentar la investigación. Gracias a los avances realizados, principalmente en el extranjero, y a las organizaciones de los pacientes se está logrando avanzar mucho en la búsqueda de soluciones para estas enfermedades, por ejemplo, hasta para poder saber cuán importante es en su día a día tener una alimentación adecuada.

Como saben, hemos presentado una enmienda que esperamos que acepten. La presentamos con la intención de mejorar y reforzar esta PNL, que en principio se había quedado como una descripción de la enfermedad y poco más. En el Partido Popular estamos convencidos de que hoy es un buen momento para exigir que se garantice que al menos exista una unidad de referencia para la LAM en España. Asimismo, debemos comprometernos a avanzar en la investigación, en los diagnósticos y tratamientos, así como en el conocimiento de la enfermedad, y debemos impulsar la creación de un registro nacional de LAM para avanzar en el conocimiento de la incidencia y prevalencia en España. No tenemos tiempo que perder, pues la función pulmonar de estas mujeres disminuye tres veces más rápido que la de una persona sana.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Empezamos los turnos de menor a mayor. El Grupo Parlamentario Mixto no está. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, EAJ-PNV.

La señora **VAQUERO MONTERO**: Arratsalde on.

Únicamente quiero decir que, como toda enfermedad rara, lo necesario es, entre otras cosas, la atención, pero también la investigación y que haya centros de referencia, porque es importante que haya un número de personas enfermas para poder tener un criterio y poder seguir investigando en este tipo de enfermedades. Por lo tanto, nosotros vamos a votar favorablemente esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias. El Grupo de Euskal Herria Bildu ha salido.

El grupo popular Junts Per Catalunya... Perdón, Grupo Parlamentario Junts per Catalunya.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Sí, gràcies. Bé, també podem ser populars, no? No del Grup Popular, però populars.

A Catalunya la LAM està considerada una malaltia pulmonar minoritària... **(Fallo técnico que impide escuchar la intervención durante unos instantes)**. Per tant, doncs, tenim una certa experiència des de Catalunya, afortunadament, amb l'atenció a la LAM.

En general, hem de dir que estem molt d'acord que cal invertir en prevenció de malalties rares com és aquesta malaltia, per millorar el diagnòstic precoç. A més, aquesta PNL remarca que és essencial mantenir el suport econòmic per a altres malalties poc freqüents. I també un punt a destacar en positiu és que contempla l'aplicació de perspectiva de gènere en la investigació clínica d'aquesta malaltia, ja que les dones en edat fèrtil, com s'ha comentat, són les més afectades.

Per tant, el nostre vot serà favorable, tot i comentar que, si això acaba formant part d'algun codi normatiu, que no sigui una PNL, sinó que formi part d'algun codi normatiu, sí que hauré de tenir molta cura a l'hora de revisar que es respectin les competències autonòmiques, però serà un vot favorable.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 18

Gracias.

Bueno, también podemos ser populares, ¿no? No el Grupo Popular, pero populares, sí.

En Cataluña la LAM está considerada una enfermedad minoritaria... **(Fallo técnico que impide escuchar la intervención durante unos instantes)**. Por lo tanto, tenemos una cierta experiencia desde Cataluña, afortunadamente, con la atención a la LAM. En general, tenemos que decir que estamos muy de acuerdo en que hay que invertir en prevención de enfermedades raras, como lo es esta, para mejorar el diagnóstico precoz. Además, esta PNL enmarca que es esencial mantener el soporte económico para otras enfermedades poco frecuentes. También hay un punto a destacar en positivo, y es que contempla la perspectiva de género en la investigación clínica de esta enfermedad, ya que las mujeres en edad fértil, como se ha comentado, son las que están más afectadas.

Por eso nuestro voto va a ser favorable, aunque queremos comentar que, si esto acaba formando parte de algún código normativo que no sea una PNL, sino que forme parte de un código normativo, tendremos que tener mucho cuidado a la hora de revisar que se respeten las competencias autonómicas. Pero, en cualquier caso, ahora nuestro voto es favorable.

El señor **PRESIDENTE**: Gràcies.

Ahora le toca el turno al Grupo Parlamentario Republicano. **(Denegación)**. No interviene.

Entonces, le corresponde al Grupo Parlamentario Socialista para aceptar o rechazar enmiendas.

La señora **CASTILLA ÁLVAREZ**: El Grupo Parlamentario Socialista, que está en lo que tiene que estar, evidentemente, que es en velar por la salud de los ciudadanos y las ciudadanas, ha tenido a bien hacer una transaccional. El texto lo tengo aquí y lo haré llegar a la Mesa a la mayor brevedad posible. Por supuesto, se ha enriquecido la PNL, y lo que nos importa realmente es aliviar el sufrimiento de estas pacientes que, francamente, lo están pasando muy mal.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

— RELATIVA A LA MEJORA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL PULMÓN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000265).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos, por lo tanto, al punto 6, que es la proposición no de ley relativa a la mejora en la prevención y tratamiento del cáncer de pulmón, del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Muchas gracias, presidente.

Buenas tardes, diputados y diputadas, señorías. Buenas tardes también y un saludo para María Ángeles y para Paloma, que son representantes de la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón, que nos están siguiendo desde la sala que está en el piso inmediatamente superior y que han querido venir a acompañarnos. Es un honor que lo hagan de esta forma en esta Comisión. También quiero enviar un saludo a Bernard Gaspar e Inma Escriche, que son presidente y vicepresidenta de la asociación y que también nos estarán siguiendo. Y sobre todo, quiero hacer un reconocimiento en nombre de mi grupo, aunque creo que es en nombre de todos, a la labor que realizan cada día los pacientes, las familias, los profesionales sanitarios y los investigadores para visibilizar y vencer el cáncer de pulmón.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica, el cáncer de pulmón es el cuarto más frecuente en España. En 2023, se estima que fueron detectados más de 31 000 nuevos casos de cáncer de pulmón en nuestro país. Su prevalencia a los cinco años es relativamente baja, debido a la alta tasa de mortalidad; una tasa con tendencia ascendente, especialmente entre las mujeres, durante los últimos veinte años en nuestro entorno europeo. En nuestro país el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer.

Actualmente, el 80 % de los cánceres de pulmón se diagnostican tarde. La evidencia científica ha demostrado que la detección precoz a través de cribados poblacionales en determinados cánceres, como son cervix, mama o colorrectal, mejora el pronóstico de la enfermedad y alarga la esperanza de vida. El objetivo de la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista en esta Comisión es conseguir este mejor pronóstico, más esperanza de vida y mejor calidad de vida para los pacientes de cáncer de pulmón. El cribado de este cáncer sobre la base de los datos científicos y los avances tecnológicos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 19

disponibles en la actualidad puede ser una buena herramienta, según la recomendación de 9 de diciembre de 2022 del Consejo de la Unión Europea, basada en el nuevo enfoque de la Comisión sobre cribado de cáncer.

El Gobierno ya ha iniciado un proceso de evaluación de la evidencia y eficacia del cribado del cáncer de pulmón. El 17 de octubre del año pasado, 2023, se decidió, en el acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la creación de un grupo de trabajo a su efecto. Se están dando los pasos necesarios para poner en marcha un programa piloto de cribado de cáncer de pulmón con la ayuda de los expertos clínicos y las sociedades científicas. También se han incorporado a la prestación farmacéutica nuevos medicamentos para este tipo de cáncer y nuevas indicaciones de medicamentos ya financiados para el cáncer de pulmón. Y se avanza en investigación. El Instituto de Salud Carlos III ha concedido más de 10 millones de euros en setenta y dos proyectos de investigación sobre cáncer de pulmón. El instituto cuenta con un programa de investigación sobre tumores del tracto respiratorio y dentro del Programa de Investigación Clínica de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas hay una unidad específica de investigación clínica de cáncer de pulmón.

Por lo tanto, nuestro Gobierno está implicado y se ocupa en la causa del cáncer de pulmón, y nuestro grupo parlamentario quiere sumarse a esta implicación y a esta ocupación en la lucha contra el cáncer de pulmón. Por ese motivo, presenta esta proposición no de ley, para seguir trabajando en este programa piloto, para seguir en la prevención del cáncer de pulmón, para abordar sus causas —entre ellas es muy importante el tabaquismo y, por eso, el Gobierno está a punto de presentar el plan de abordaje del tabaquismo—, para seguir con la investigación y, sobre todo, para que se pueda llegar a evidencias que permitan implementar este cribado entre la población de riesgo de cáncer de pulmón.

Esperamos poder llegar a un acuerdo con los grupos que han realizado las enmiendas para entre todos poder dar los pasos para mejorar la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas pacientes de cáncer de pulmón. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, para la defensa de enmiendas, empezamos por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Gracias por la presentación de esta PNL.

En los más de veinte años que estuve en salud pública, tuve la suerte de trabajar en la red de cribado de este país, cuando era una red que solamente la formaban los profesionales que coordinaban los programas de cribado de las diferentes consejerías y todavía el ministerio no había asumido esa ponencia de cribado. Por ello, creo que es muy importante lo que se plantea en la presentación de la PNL, que el ministerio tenga un espacio de coordinación, una ponencia de cribado para poder trabajar en esas líneas de cribados de cáncer y en otras líneas, como por ejemplo los cuidados de hipoacusias, en cuya implementación fuimos pioneros en Asturias. Es muy importante porque a veces hay un pensamiento en el sentido de que siempre es posible hacer una detección precoz que garantice un buen tratamiento y una buena supervivencia. Los programas de cribado poblacional lo que garantizan es tener una buena evaluación, una evaluación rigurosa de que determinadas intervenciones con técnicas de diagnóstico precoz van a garantizar el poder acceder a un buen tratamiento que mejore la supervivencia.

Este es un tema que se ha discutido mucho en algunos cribados, como el de cáncer de mama, y supone una rigurosa evaluación de qué técnicas diagnósticas de cribado utilizar y qué tipo de programas. Los programas de cribado poblacional garantizan también la evaluación, que no es un tema menor, es decir, que tengamos datos de evaluación, que no salgan de forma irregular y que sean poblacionales, es decir, que no sean hechos de forma oportunista, sino que sean hechos para una población con unos criterios determinados, sean población de riesgo, población general o población de un grupo de edad.

Nuestra propuesta en cuanto a la enmienda es tener claro este trabajo de vincularlo a la ponencia de cribado del consejo interterritorial. Hay un muy buen grupo de trabajo en el ministerio ahora mismo para seguir avanzando en este sentido y es posible seguir generando evidencias y buenas prácticas evaluadas y ordenadas en nuestro país en técnicas de prevención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Le toca ahora al Grupo Parlamentario VOX.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 20

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

El cáncer de pulmón es sin ninguna duda el más devastador y complejo de todos los cánceres a los que nos tenemos que enfrentar en la actualidad. Su complejidad es tal que dentro de la patología de lo que conocemos como cáncer de pulmón coexisten muchas enfermedades diferentes, como EPOC, enfisema y enfermedades intersticiales o coronarias, y el curso que sigue cada una de ellas puede ser radicalmente distinto según la persona que lo padece y el tipo de tumor que se manifieste; de ahí la importancia de un tratamiento personalizado. Como consecuencia, estamos hablando de un cáncer cuya supervivencia global a cinco años apenas alcanza el 13% y que cada año acumula más muertes él solo que, por ejemplo, la suma de los cánceres de mama y colon juntos. Ante un problema de esta magnitud, tan complejo y con tantas aristas, el Partido Socialista nos presenta hoy una proposición no de ley que no llega ni a dos folios, página y media, y que lo único que hace es instar al Gobierno a estudiar el programa de cribado en población de riesgo y a seguir impulsando la investigación en terapias innovadoras, que, aunque son necesarios, son insuficientes.

Señorías, yo no sé si es que están ustedes muy ocupados con todo lo que pasa en su partido o que, a lo mejor, en esta Comisión, como no hablamos de amnistía ni de corrupción ni de mordidas, hacemos las cosas de forma un poco relajada. Creemos que traer a esta Cámara un tema tan relevante como el cáncer de pulmón se merecía algo más de lo que ocupa página y media y haber tratado la problemática con la complejidad y con la implicación que realmente tiene. Porque la realidad es que existe un infradiagnóstico en esta enfermedad debido no solo a la necesidad de más cribados, sino porque, además, y esta es una de las claves, es fundamental garantizar la igualdad y la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y a los tratamientos. La realidad es que, les guste o no les guste, el acceso a tratamientos oncológicos innovadores en nuestro país se va retrasando e incluso no está disponible según sea tu código postal, según la comunidad autónoma o según la provincia donde vivas. **(Aplausos)**. Lo primero que este Gobierno debería hacer es garantizar un acceso equitativo a los tratamientos innovadores y no, como en los últimos años, que haya habido pacientes en ciertas provincias o en ciertos municipios que, en algunos casos, tuvieron que esperar 611 días para acceder a este tipo de terapias.

¿Y qué pasa con las listas de espera que alargan los tiempos de diagnóstico en una enfermedad que, como he dicho, el tiempo corre en su contra? De eso tampoco hablan ustedes en su proposición. Tampoco mencionan que el Gobierno debería impulsar el desarrollo del diagnóstico molecular y la importancia de crear una especialidad de genética clínica y su aplicación, por supuesto, en todo el territorio nacional. Tampoco hablan del programa Cassandra, un programa innovador de cribado de cáncer de pulmón, que incorpora la tomografía de baja dosis de radiación como herramienta de cribado. Y así podría seguir y seguir porque este tema da para mucho más que dos folios, pero ya no tengo mucho más tiempo.

Nosotros no vamos a votar en contra de esta proposición, no; vamos a votar a favor, porque no vamos a oponernos a nada que tenga que ver con combatir el cáncer de pulmón, aunque sea algo tan básico y escueto como lo que presentan ustedes. Es más, hemos presentado una serie de enmiendas que, sinceramente, creo que mejoran bastante su proposición. Porque a nosotros sí nos preocupa esta enfermedad. Lo que no acabo de entender es que, teniendo ustedes el boletín del Estado, no pongan en marcha directamente estas medidas, en vez de limitarse a presentar una iniciativa como esta, de página y media, que, en nuestra opinión, ni los enfermos que la sufren, ni los investigadores, ni los sanitarios que luchan contra ella, ni siquiera esta Cámara se merecen. A lo mejor es porque, en el fondo, ustedes no tienen mucha voluntad de hacerlo.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Grupo Parlamentario Popular.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Muchas gracias, señor presidente.

En el preámbulo de esta intervención, quiero decirles que el Partido Popular siempre estará aportando y aprobando aquellas propuestas en beneficio de la salud. En este caso, es una propuesta que va dirigida a mejorar el pronóstico del cáncer de pulmón, una patología que, por su mortalidad, más de veinte mil personas al año en España, es un tema que nos debe ocupar y en el que debemos ser y vamos a ser positivos y propositivos.

Por eso, hemos enmendado esta proposición no de ley. Ahora bien, me sorprende que sea el Grupo Socialista, el que sustenta al Gobierno, el que presente esta proposición no de ley con el mismo párrafo en el punto 1, que decía: la invitación de la Comisión Europea del pasado 9 de diciembre del año 2022.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 21

Yo vería razonable, por parte del grupo que sustenta al Gobierno, que se hubiera presentado hace un año, pero dieciséis meses después de aquella invitación-recomendación de la Comisión Europea, me parece que va un poco tarde. Lo digo porque esto no se conoció solo el 9 de diciembre de 2022; previamente ya se conocía en qué dirección iba esa recomendación de la Comisión Europea.

En este tiempo —lo mencionaba el portavoz de VOX—, se ha puesto en marcha el programa Cassandra, impulsado desde la SEPAR, y en comunidades diversas, Cataluña, Madrid, Aragón y Andalucía, que está a punto de dar resultados. Por tanto, me sorprende que el Grupo Socialista sea quien presente esta iniciativa y me suena a un autoelogio, utilizando el refranero español, aquel refrán que decía: Alabanza en boca propia es vituperio. Pues creo que este autoelogio que se hace es ofensivo porque demuestra un retardo en la acción del Gobierno socialista y de SUMAR. Y la única acción pública derivó en que, el pasado mes de agosto, se filtrara una noticia diciendo que el Ministerio de Sanidad podría rechazar esta propuesta de médicos, pacientes, sociedades científicas y de la propia Comisión Europea sobre el plan de diagnóstico precoz o cribado del cáncer de pulmón. La razón no puede ser economicista, estamos hablando de vidas humanas y de calidad de vida de muchas personas.

Voy concluyendo. Nuestras enmiendas van dirigidas a mejorar la PNL, como les he dicho al principio. En primer lugar, la principal causa del cáncer de pulmón es el tabaco. Mientras no haya medidas reales y ciertas que disminuyan el consumo de tabaco podremos hacer diagnóstico precoz, pero no haremos una política de prevención adecuada del cáncer de pulmón. Por eso, pedimos un punto 1, en el cual se hable de implementar políticas que conduzcan a la cesación del hábito tabáquico.

En segundo lugar, pedimos aprobar en consenso y en colaboración con las comunidades autónomas, con las sociedades científicas y los pacientes, garantizando la equidad de todos los ciudadanos, estos programas de cribado en igualdad para todos los españoles en el acceso a los mismos, con independencia del lugar de residencia.

Y, en tercer lugar, el programa de cribado habla únicamente del TAC de baja radiación, pero sabemos que hay estudios avanzados, todavía no con evidencia demostrada, pero que en poco plazo estará demostrado, que son los estudios complementarios con biomarcadores, bien sea con anticuerpos, con células tumorales circulantes, con células circulantes libres de ácidos nucleicos, etcétera, porque van a mejorar la elección de la población a la cual hacer el cribado. Actualmente, se habla de aquellas personas de cincuenta o cincuenta y cinco años hasta setenta con un consumo de tabaco IPA superior a 30. Esos son los criterios que se están aplicando en países como Reino Unido, como Estados Unidos y algún otro, pero, seguramente, con estos cribados complementarios con biomarcadores, podremos ajustar aún mucho más la población a la cual hacer los estudios de cribado.

Asimismo, creo que hay que apoyar también la investigación, y sobre esta base hemos presentado la enmienda. Sin duda, estamos abiertos, como le he comentado a la portavoz, a una transaccional para poder incluir todas las demandas de SUMAR, Partido Socialista, Partido Popular y VOX, porque creo que, en un tema como el cáncer de pulmón, lo mejor sería que saliera por unanimidad. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Pasamos ahora al turno de menor a mayor para fijar posición.

Los voy a nombrar, simplemente, para que pueda figurar en acta. El Grupo Mixto no está. El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) no interviene. El Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu no está.

Grupo Parlamentario Junts per Catalunya.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Molt breument, per dir que votarem a favor d'aquesta proposició no de llei, que, si li serveix a algú, la decisió que vaig prendre fa trenta anys de deixar de fumar ha estat una de les millors de la meua vida i, si això li serveix a algú, doncs ho repeteixo.

I que entenem que és positiu que s'estigui enfocant aquesta PNL, orientant un tema que preocupa molt la societat de cara al cribratge. Considerem que és molt positiu, per tant, incrementar aquest cribratge per a tots els tipus de càncer per tal de prevenir-los i minimitzar-ne els efectes, però, en particular, veiem com de fonamental és aplicar el cribratge d'aquest augment que hi ha hagut respecte al càncer de pulmó.

Tot i això, volem destacar una vegada més que és vital mantenir el respecte a les competències autonòmiques que sempre reclamem, que entenem que aquesta PNL està ben orientada en aquest sentit.

Muy brevemente, para decir que vamos a votar a favor de esta proposición no de ley, que, si le sirve a alguien, la decisión que tomé hace treinta años de dejar de fumar fue una de las mejores de mi vida, y si esto le sirve a alguien, pues lo repito.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 22

Entendemos que es positivo que se esté enfocando esta PNL hacia un tema que preocupa mucho a la sociedad relacionado con el cribado. Consideramos que es muy positivo incrementar el cribado para todos los tipos de cáncer y minimizar los efectos. En particular, vemos que es fundamental aplicar el cribado en este aumento que ha habido respecto al cáncer de pulmón. Aun así, destacar una vez más que es vital mantener el respeto a las competencias autonómicas, que siempre reclamamos y entendemos que esta PNL está bien orientada en este sentido.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El Grupo Parlamentario Republicano no interviene.

Por lo tanto, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista para admitir o rechazar enmiendas.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Muchas gracias.

Estamos trabajando en un texto y quiero agradecer a todo el mundo las aportaciones. También, hubiéramos celebrado que otro grupo lo hubiera presentado, hubiéramos hecho lo mismo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

— PARA EL FOMENTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PROCESO FINAL DE LA VIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VOX. (Número de expediente 161/000327).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 7.º, proposición no de ley para el fomento de los cuidados paliativos en el proceso final de la vida, del Grupo Parlamentario VOX, que tiene la palabra.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

El doctor Eduardo Bruera, director del Departamento de Medicina Paliativa de la Clínica Anderson, el mayor centro de cuidados paliativos en Estados Unidos, dijo en una ocasión, en una entrevista, que España jugaba en segunda división en cuidados paliativos. Decía que esta disciplina se podía describir con tintes quijotescos, y lo declaraba literalmente: Y digo yo que los cuidados paliativos son una especialidad quijotesca, porque donde uno ve un molino de viento en un tumor de páncreas o en una insuficiencia cardíaca, el médico paliativista ve un arquitecto de cuarenta años con dos hijos, que está sufriendo porque no va a verlos crecer. Sin duda, hay un contenido quijotesco, sí, y justamente por ello es una responsabilidad moral de nuestros líderes apoyarlo.

España, como tantos especialistas han corroborado, sobre todo especialistas paliativistas, juega en segunda división. No solo en segunda división, en el caso de Europa tiene el puesto número 31 de 51 naciones. Está por debajo de naciones como Albania o Hungría en cuidados paliativos y en excelencia de estos cuidados. Hay que avanzar en algo tan elemental como en la dignidad de todas las personas que quieren seguir viviendo.

Muchas veces cuando alguien desea la muerte, en la mayoría de las ocasiones no quiere morir, quiere escapar, quiere huir. En muchísimas ocasiones de lo que quiere huir es de una soledad o de un sufrimiento insoportable. Pensamos que es una responsabilidad moral por parte del Gobierno, por parte de los poderes públicos, por parte de las administraciones, facilitar en ese final de las vidas ese acompañamiento. No es lo mismo morir solo que morir acompañado, de ahí ese cuidado emocional, psicológico, físico, espiritual también, y ese cuidado paliativo fundamentalmente también en el sufrimiento.

Toda la tecnología sanitaria, toda la tecnología farmacéutica disponible para poder paliar el sufrimiento de tantas personas que están al final de sus vidas debería ser uno de los primeros deberes que se pusiera un Gobierno que verdaderamente está interesado en cuidar a quienes más lo necesitan. Insisto en que es una obligación moral.

Hay asignaturas pendientes en nuestro país que no son tan difíciles de resolver. Hay una inequidad territorial que se puede resolver. La propia Asociación Española Contra el Cáncer resalta que en España faltan unidades de cuidados paliativos. Solo hay dos regiones en las que existe la ratio de una unidad por cada 80 000 habitantes. Esto es algo que se puede resolver si hay voluntad política y si se hacen las inversiones correspondientes, en lugar de invertir dinero en otras cosas como se hace en algunas comunidades autónomas. Hemos visto cómo el Partido Popular en Andalucía el pasado 22 de febrero ponía a disposición de quienes querían solicitar la eutanasia ambulancias de la muerte en sus domicilios cuando no existe una alternativa de cuidados paliativos para todas aquellas personas que lo que quieren es huir del dolor y poder morir con esa dignidad de haber estado acompañados hasta el final de sus días.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 23

La propia Sociedad Española de Cuidados Paliativos publicó también un decálogo sobre cuidados paliativos afirmando que ha sido un proceso lento e incompleto y que ha generado muchas desigualdades entre los ciudadanos. También hace falta especialización de los profesionales, hace falta cubrir estas ratios recomendadas y hace falta también hacer una labor de pedagogía. Tiene que ser una asignatura obligatoria en las escuelas de medicina y tenemos que formar profesionales excelentes en cuidados paliativos, porque pensamos que quienes más nos necesitan en nuestra sociedad son precisamente quienes están al final de sus días.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Turno para la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **REYNAL REILLO**: Gracias, señor presidente.

Señorías, buenas tardes a todos y a todas. Como todos saben, los cuidados paliativos son unos cuidados especiales diseñados para proporcionar el confort y el soporte a pacientes y familias cuando están en la fase terminal, y así lo define la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

En la anterior legislatura, en febrero de 2020 el Grupo Parlamentario Popular presentó una proposición de ley relativa a los derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Por ello vamos a seguir esa línea y vamos a ser coherentes con lo que ya debatimos anteriormente. Aunque *a priori* nos podría parecer positiva la iniciativa del Grupo Parlamentario VOX, pensamos que peca un poco de arrogante y que no responde totalmente a lo que solicitan los pacientes y los profesionales. Diríamos que es algo así como empezar la casa por el tejado. Por ello hemos presentado una enmienda que esperamos que sea aceptada.

En dicha enmienda instamos al Gobierno a tramitar en un plazo máximo de tres meses un proyecto de ley con el que regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso final de su vida, los deberes de los profesionales que atienden a los pacientes que se encuentran en esa situación y las garantías para proteger la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias y sociales están obligadas a proporcionar con respecto a este proceso. Consideramos que es algo importante.

Este grupo parlamentario solicita que el partido del Gobierno y los socios que lo sustentan sean sensatos, piensen en los pacientes y puedan llegar a aprobar dicha PNL con los cambios que este grupo parlamentario ha propuesto introducir. Además, dicho proyecto de ley debe ser básico; de aplicación nacional e impulsado con el consenso de las comunidades autónomas, sin perjuicio de la normativa en el marco de sus competencias; contando con los representantes de los profesionales sanitarios y los pacientes; debe tener unos principios básicos, como es la libertad, la autonomía, la voluntad de la persona, la garantía de una atención sanitaria integral, personalizada y que vele por la continuidad de los cuidados; la igualdad y la no discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso final de la vida con independencia de cuál sea su enfermedad, de cuál sea su edad y cuál sea el lugar de residencia en todo el territorio nacional, y debe respetar la dignidad de la persona ante ese proceso final de su vida preservando su intimidad y su confidencialidad. Por supuesto, para su correcta y completa aplicación, el Gobierno deberá proporcionar los recursos económicos, humanos, estructurales y tecnológicos que sean necesarios.

Esperamos que los señores de VOX tengan en cuenta nuestra enmienda presentada. Igualmente queremos que los demás grupos parlamentarios sean conscientes de la necesidad de una ley de cuidados paliativos. Es así como creemos que se deben hacer las cosas y como nos piden pacientes y profesionales. Es responsabilidad nuestra hacer iniciativas de calidad para que el resultado sea la excelencia por el bien de los pacientes. Nuestra intención es abstenernos si no se acepta la enmienda que hemos propuesto.

Nada más. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Empezamos el turno de fijación de posiciones. El Grupo Parlamentario Mixto no está. El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) no está. El Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu no está. El Grupo Parlamentario Junts per Catalunya no interviene. El Grupo Parlamentario Republicano, tampoco.

Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Archibald Cochrane, del que antes hablábamos un poquito al tratar el tema de los cribados porque ha sido una de las personas más relevantes en la medicina basada en la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 24

evidencia, era un médico escocés famoso por aportaciones en lo que llamamos medicina basada en la evidencia, pero también por la vida muy particular que llevó. Empezó la carrera de medicina y la interrumpió en dos momentos. En el primero, para venir a trabajar a España como auxiliar médico en Brigadas Internacionales con las fuerzas republicanas, y el segundo, para alistarse en la Segunda Guerra Mundial, donde acabó prisionero en los campos de concentración alemanes en Grecia. En Grecia contaba esta historia: Entrada la noche, los alemanes trajeron a mi barracón a un joven prisionero soviético. La enfermería estaba llena. El prisionero estaba moribundo. Chillaba y yo no quería despertar a los enfermos, por lo que lo llevé a mi habitación. Lo examiné. Sufría de graves cavernas en ambos pulmones y de roce pleural grave. Pensé que esto último era la causa de sus gritos. No tenía morfina, solo aspirina, y eso no le producía ningún efecto. Estaba desesperado. Casi no sabía ruso y en el barracón nadie lo hablaba. Finalmente, de forma instintiva, lo senté en mi cama y lo abracé. Sus gritos cesaron casi inmediatamente y murió tranquilo en mis brazos pocas horas más tarde. Lo que causaba los gritos no era la pleuresía, sino la soledad. Fue la mejor lección que he recibido en la vida sobre el cuidado de los enfermos que van a morir.

Es necesario mejorar los cuidados paliativos, es necesario cuidar y mejorar todos los procesos de prevención, atención, promoción, rehabilitación o asistencia de las personas. La PNL, teniendo elementos interesantes, tiene trampa. Es interesante entender —lo digo por el último punto, que es la derogación de la ley de eutanasia— que los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos. Queremos un sistema sanitario que pueda favorecer, más allá de las creencias individuales que podamos tener, los derechos humanos en términos de dignidad, de igualdad y de libertad, y eso también incluye la capacidad de morir dignamente.

La dignidad para vivir como ser humano es un elemento que va más allá de lo individual y hay que pensar de forma colectiva. No es pensar lo que yo pueda creer como persona, Rafa Cofiño, sino establecer un marco de protección, de seguridad y de empoderamiento para las personas, incluso para personas que a veces piensen muy diferente a nosotros. Mejorar los derechos sociales supone esto. Supone que, si yo ahora mismo soy diagnosticado de un proceso terminal y avanzado, aparte de saber que tengo una de las mejores médicas de familia del mundo, que tengo el mejor sistema de cuidados paliativos en mi comunidad autónoma, que tengo una familia que me va a dar cuidados y que tengo incluso una situación social privilegiada para acceder a recursos, si en un momento determinado quiero despedirme de mi familia decidiendo yo el tiempo, el lugar y la hora, por supuesto lo pueda hacer. El marco del derecho a morir dignamente es ni más ni menos eso: respetar las individuales teniendo en cuenta la importancia de proclamar marcos normativos que protejan los intereses comunes.

No podemos entrar en un debate de confrontación eutanasia versus cuidados paliativos. Creo que es una confusión muy mal intencionada en muchos conceptos, sino que hay que abarcar la continuidad de los cuidados favoreciendo el tema de los derechos sociales. Nuestra labor es hacer políticas para todas las personas. Sí es cierto que desde nuestro grupo parlamentario nuestra prioridad, teniendo en cuenta los derechos de todas las personas, son las personas más vulnerables, sea infancia, hombres trabajadores en industrias deslocalizadas, mujeres en trabajos precarizados, madres sobrecargadas que estén hinchadas de pastillas porque no son capaces de llegar a fin de mes o gente que no acaba de alcanzar la felicidad en esta tierra.

Pensamos que la PNL es tramposa. En este sentido, no la vamos a apoyar.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **SÁEZ CRUZ**: Gracias, señor presidente.

Señorías, muy buenas tardes. Mis primeras palabras quiero que sean para desearles a todas y a todos mucha salud.

Morir es el final vital de una persona. Por tanto, cuando hablemos de esta cuestión, debemos hacerlo con respeto, con sensibilidad y, sobre todo, con rigor. Las y los socialistas estamos cómodos con esta ley orgánica que regula la eutanasia. Hoy la ciudadanía tiene libertad para decidir cómo vivir y también para decidir cómo morir. Hoy en este país la ciudadanía tiene derecho a decidir cuándo dejar de sufrir. No solo en España hay ley de eutanasia, también en Nueva Zelanda, en Holanda, en Bélgica, en Luxemburgo, en Suiza, en Canadá, en estados de los Estados Unidos, en Colombia o en Australia existen leyes que refuerzan el derecho a vivir dignamente y también a morir dignamente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 25

Nosotros impulsamos en su momento una ley que recogió el sentir social, y contó con más de un 80% de apoyo social. Ustedes, señorías de VOX, la recurrieron y no les dio la razón el Tribunal Constitucional, que sí avaló la constitucionalidad de esta ley, que garantiza la determinación de la persona sin dejar desprotegida la vida. Por tanto, señorías, ustedes no están legitimados para pedir que se derogue esta ley. Morir en paz ya es un derecho civil en España.

Señorías del Partido Popular y de VOX, ustedes no predicán con el ejemplo. Ustedes gobiernan en comunidades autónomas en las que, en vez de potenciar los cuidados paliativos, lo que han hecho es recortar prestaciones básicas en el sistema autonómico de salud y, cuando gobernaron este país, más de 12 000 millones en el Sistema Nacional de Salud y más de 4600 millones en el sistema nacional de la dependencia.

Esta ley es garantista. Se reconocen derechos individuales y, sobre todo, se da respuesta jurídica, sistemática y equilibrada, además de incluir en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud tanto los cuidados paliativos como el derecho a una muerte digna.

Señorías de VOX, sobre su PNL quiero apuntar que ya existe una estrategia de cuidados paliativos, que fue aprobada por unanimidad en el consejo interterritorial del ministerio. Existen leyes, reales decretos y órdenes que incluyen la atención paliativa a enfermos terminales, la regulación de la formación en el área funcional de paliativos y la estrategia de cuidados paliativos. Sobre impulsar una asignatura de cuidados paliativos, doy por hecho que su señoría sabe que la medicina paliativa ya está incluida en el módulo de formación de Clínica Humana en la Orden EC1/332/2008 y en la Orden CIN/2134/2008. Y sobre la derogación de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, que es a donde quieren llevarnos, quiero decirles que esta ley fue promovida por el PSOE, pero contó con el respaldo mayoritario de los grupos parlamentarios y con el impulso de los familiares de las personas que han pedido ayuda para morir, agrupadas en plataformas de defensa del derecho a morir dignamente, las cuales presentaron en este Parlamento un millón de firmas para que se aprobara la ley.

Aunque ustedes vean una incompatibilidad entre cuidados paliativos y eutanasia, lo cierto es que son complementarios y no excluyentes y responden a la pluralidad de cualquier sociedad libre. La mayoría de las personas que se encuentran en esta situación eligen recibir cuidados paliativos. Hay otras que en principio decidieron recibir cuidados paliativos y en el momento final de su existencia vital decidieron solicitar la eutanasia. Y también las hay que, con todo su derecho, han rechazado desde el principio los cuidados paliativos y piden directamente la ayuda para morir.

Cuando se pide la eutanasia, debe quedar claro que la decisión no es el resultado de ninguna presión externa, que, una vez iniciado el proceso, el afectado podrá cambiar su decisión en cualquier momento y que, una vez recibida la autorización pertinente, podrá retrasar su aplicación todo lo que estime. Tanto en Bélgica como en Canadá, tras el desarrollo de las leyes de eutanasia, las asociaciones de cuidados paliativos han abandonado el discurso sobre la eutanasia y hoy consideran que eutanasia y cuidados paliativos son complementarios e instan a sus miembros a respetar la autonomía del paciente con todas las consecuencias. Ni los mejores cuidados paliativos pueden eliminar completamente el sufrimiento ni el dolor. Pretender, como hacen ustedes con su discurso, que con unos cuidados paliativos se eliminan las peticiones de eutanasia es una falacia interesada. Más del 95% de los médicos españoles, según un estudio del CIS, consideran que ni los cuidados paliativos de máxima calidad evitarían peticiones de eutanasia. En España han sido cincuenta y nueve las personas que lo solicitaron en el año 2021.

Finalizo, señorías. No traten de engañar a la sociedad con lo que dicen de que regular la eutanasia no es compatible con los cuidados paliativos. La ley ha supuesto un avance muy importante en el derecho a decidir de los que sufren. Nuestro voto será desfavorable.

Acabo diciendo que yo, señorías, decido sobre mi vida y por supuesto, si así fuese, también quiero decidir sobre mi muerte.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Grupo Parlamentario VOX, ¿acepta o rechaza la enmienda?

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: No vamos a aceptar ninguna enmienda.
Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 26

— RELATIVA A LA CONSECUCCIÓN DE AVANCES TANGIBLES EN EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO INTEGRAL Y DE PRECISIÓN DE LAS ENFERMEDADES RARAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000371).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 8.º, proposición no de ley relativa a la consecución de avances tangibles en el diagnóstico y el tratamiento integral y de precisión de las enfermedades raras en el Sistema Nacional de Salud. Para defenderlo, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, el pasado 29 de febrero se celebró el Día Mundial de las Enfermedades Raras y en esta Comisión, la primera que se celebra después de esa fecha, queremos debatir sobre ello, por una parte, para sensibilizar y concienciar, pero también para impulsar la ejecución de políticas que lleven a mejorar la calidad de vida de los más de tres millones de pacientes que padecen alguna de estas más de seis mil patologías poco frecuentes. Esto puede parecer muy ambicioso —hoy hemos hablado de la linfangioleiomiomatosis y el otro día hablábamos de la esclerosis lateral amiotrófica—, pero seguramente con pequeñas actuaciones todos estaríamos en la dirección de tratar de mejorar la calidad de vida de estos más de tres millones de personas afectadas por alguna de estas seis mil patologías poco frecuentes.

Decía que hace tan solo cuarenta y ocho horas aprobamos en el Pleno por unanimidad la toma en consideración de la ley de la ELA. Tanto la linfangioleiomiomatosis como la ELA son enfermedades poco frecuentes. Habitualmente, se suelen aprobar las iniciativas, PNL o proposiciones de ley, con una mayoría muy amplia o por unanimidad. Yo espero que la mayoría socialista y de SUMAR en la Mesa del Congreso no bloquee la tramitación de la ley de la ELA, como ocurrió en el mandato anterior. Creo que fue paralizada hasta en cuarenta y nueve ocasiones por la mayoría progresista de la Mesa; esto es poco aceptable. No es aceptable que utilicen así su mayoría: primero se aprueba la toma en consideración y luego bloquean la tramitación. Eso se llama engaño; engaño a los miles de personas que padecen ELA, a los miles de personas que padecen enfermedades raras. Ese es el progresismo que demostró el Gobierno hacia los enfermos con ELA en el pasado mandato. Espero que en esta ocasión no abandonen la proposición de ley del Partido Popular que fue aprobada antes de ayer y que próximamente pueda ser debatida en esta Comisión y no bloqueada por la Mesa de la Cámara.

Hoy debatimos sobre enfermedades raras y espero que esta proposición salga aprobada porque las escasas enmiendas presentadas son de matices, no son sustanciales, y mi voluntad es tratar de unir las enmiendas del Partido Socialista y las de VOX, porque tampoco son contradictorias, y poder presentar a la Mesa un único texto de respaldo a esta proposición no de ley.

El Partido Popular está comprometido, y propone en esta proposición no de ley medidas para mejorar la calidad de las personas que sufren alguna de las más de 6000 enfermedades raras y sus familias, porque las familias también sufren mucho con estas enfermedades en aspectos como la asistencia sanitaria, la coordinación sociosanitaria, los tratamientos, el acceso a fármacos, a medicamentos huérfanos o la asistencia a la dependencia. Se trata de que, por ley, la percepción de las ayudas a la dependencia sea ágil. O del reconocimiento de esta dependencia desde el mismo momento del diagnóstico de la enfermedad. Y también incluye aspectos como la investigación diagnóstica, terapéutica, etcétera.

A pesar de que en los últimos años se han desarrollado medidas en nuestro país como la Estrategia de Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, el modelo de centros de servicios y unidades de referencia, la creación del Registro Estatal de Enfermedades Raras o el catálogo común de pruebas genéticas, son todavía numerosas las necesidades de los pacientes, las familias y los cuidadores que están pendientes de cubrir. Permítanme que me detenga en algunos aspectos. Es inaceptable y es una injusticia social que los costes derivados de las enfermedades raras, que acaparan el 20 % de los ingresos anuales de las familias afectadas, como los tratamientos, la ortopedia, las adaptaciones de la vivienda o el transporte, sigan recayendo en estas familias. Además, afectan mucho más a aquellas personas, a aquellas familias, con una situación socioeconómica desfavorecida. Es inaceptable también que el 43 % de los enfermos se hayan sentido discriminados socialmente en alguna ocasión por su enfermedad. Es inaceptable que solo el 15 % de los enfermos sean tratados con los conocidos como medicamentos huérfanos porque no tienen acceso a ellos. Es inaceptable que el tiempo medio registrado en España para acceder a un medicamento huérfano aprobado por la Agencia Europea del Medicamento sea de 713 días, 201 días más desde que en 2018 entró el Gobierno socialista a gobernar en España. Son 713 días frente a los 45 registrados, por ejemplo, en Alemania. Es inaceptable también que solo el 51 % de los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 27

medicamentos huérfanos autorizados en la Unión Europea estén disponibles en España, o que la mitad de estos nuevos tratamientos tengan el uso restringido. Piensen, por ejemplo, que hay treinta medicamentos huérfanos que no están disponibles en nuestro país, lo que tiene un impacto directo en pacientes con enfermedades raras y en sus familias.

Hay también que impulsar más la investigación y la formación; investigación de las enfermedades para predecir, para prevenir y para tratar, y formación para que los profesionales conozcan las mismas y no se retrasen los diagnósticos.

Es necesaria la especialidad de Genética —se dijo en una intervención anterior—, porque la mayoría de estas enfermedades tienen una base genética, y una mayor formación y especialización ayudará a diagnósticos precoces y tratamientos precisos.

Señores del Partido Socialista, llevan seis años en el Gobierno y se puede hacer mucho más en favor de las personas que padecen enfermedades raras. Es sorprendente que, con los conocimientos actuales, en vez de trabajar más por aliviar, por paliar el sufrimiento, se jacten de que el logro del Gobierno progresista sea posibilitar la elección de acabar con la vida del enfermo crónico e incurable que sufre y no avanzar en medidas políticas para mejorar, para lograr una vida digna para todas las personas.

Concluyo. Apoyamos a las personas con enfermedades raras, apoyémoslas para mejorar su calidad de vida; implementemos medidas políticas con recursos de todo tipo que lo hagan posible, y hagámoslo con consenso pleno y real con las comunidades autónomas, sin imposiciones y en coordinación con las asociaciones de pacientes, sociedades científicas y con la industria.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Para la defensa de su enmienda, interviene el Grupo Parlamentario VOX.

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

Saben que VOX estará apoyando esta iniciativa. Hemos presentado una enmienda, podemos decir, técnica, porque creemos que, de una vez por todas, a las enfermedades raras hay que tomárselas en serio.

Yo siempre digo que en sanidad no hay cabida para la ideología, y hay muchos representantes políticos que en temas de sanidad se empeñan en intentar imponer la ideología. Estamos hablando de algo tan importante como las enfermedades raras; son 6000 o 7000 enfermedades raras las que se conocen actualmente todo el mundo, y el principal problema que tenemos es el poco trabajo en conjunto que se hace en la sociedad no solamente española, sino también europea y mundial. Estamos hablando de enfermedades que, a lo mejor, en España hay una, pero en Italia hay otra y en Alemania hay otra, y los conocimientos que han adquirido no solamente los profesionales, sino también los pacientes y hasta los familiares de los pacientes, pueden recogerse y ayudarnos a entender mejor ese tipo de enfermedades.

Es importante que de una vez por todas haya protocolos de atención a las enfermedades raras en todos los centros de salud y en todos los hospitales, protocolos sobre qué tienen que hacer los profesionales, porque muchas veces los profesionales no saben cómo tienen que actuar ante un paciente con una enfermedad de la que, con frecuencia, no han oído hablar en su vida. Todos sabemos que existen especialidades y hay muchos médicos que no pueden llegar a conocer todos los tratamientos de todas las enfermedades.

Se ha señalado aquí el retraso que sufren los medicamentos huérfanos, que es de 713 días. Son medicamentos que pueden salvar vidas, que pueden ayudar a llevar una vida digna, como se ha estado hablando ahora mismo. Hay gente que no tiene la suerte de poder escoger cómo llevar su vida. Habrá señorías que tengan la suerte de poder mandar en su vida; yo creo que ninguno de nosotros mandamos en nuestra vida desde el momento en que nuestra vida se ve truncada por una enfermedad, entonces dejamos de tener potestad sobre ella, solamente nos queda la forma de afrontar cada uno la enfermedad. Es decir, no somos dueños de nuestra vida porque no somos dueños de nuestra salud y muchísimas veces no somos conscientes de las decisiones que los políticos tomamos cuando negamos a una persona un medicamento que le puede salvar la vida. Es importante saber que nuestras decisiones tienen eco en la sociedad; no podemos jugar a ser dioses y a decidir quién vive o quién muere, a quién le damos financiación y a quién no. Está en nuestra mano, de una vez por todas, en el tema de las enfermedades raras, ponernos a trabajar en una estrategia nacional, en un plan nacional o como lo quieran ustedes llamar para poder poner sobre la mesa todos los avances que tenemos en enfermedades raras.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 28

Necesitamos la especialidad en Genética; necesitamos poder crear una base de datos real y actualizada, como he dicho, y no solamente española sino también europea, y si puede ser también a nivel internacional. Necesitamos, de una vez por todas, poner en el centro de las políticas a los pacientes, a los sanitarios y a los investigadores, darles todos los medios y no estar cada dos por tres intentando aprobar una ley que luego no se tramita o haciendo gestos para que no nos señalen los pacientes, pero sin hacer nada luego, porque eso es mentir, es engañar y es dejarlos a su suerte.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para la defensa de su enmienda, es el turno del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **SOLDEVILLA NOVIALS**: Gracias, presidente. Buenas tardes a todas y a todos.

Pese a lo que indica su denominación, no es tan raro tener una enfermedad rara: se estima que 3 millones de personas en España padecen alguno de los entre 6000 y 8000 tipos de enfermedades raras o minoritarias; en torno al 6% de la población.

Para garantizar más equidad en la atención sanitaria de estas personas, el Gobierno ha estado trabajando en los últimos años, y ha estado trabajando en la misma línea de la proposición no de ley que estamos debatiendo hoy y con la que estamos en gran medida de acuerdo. Se han destinado recursos, con el PERTE de Salud de Vanguardia como estandarte, por ejemplo, para la ampliación de la cartera de medicina genómica o para homogeneizar los programas de cribado neonatal. El Ministerio de Sanidad también aprobó la financiación de 21 medicamentos huérfanos para enfermedades raras, así como nuevos centros, servicios y unidades de referencia. Si nos centramos en el cribado neonatal, desde 2021 se ha aprobado la incorporación, o solicitado el estudio, de nuevas enfermedades endocrino-metabólicas y de las cardiopatías congénitas críticas. El Gobierno quiere seguir ampliando la cartera común de cribado y está trabajando para hacer que la evaluación y la tramitación de estos programas sea más ágil.

Como comentaba el portavoz de VOX, hay una estrategia para enfermedades raras desde 2009. Estos años se ha estado trabajando también en esta estrategia y el ministerio ha presentado ya la evaluación a los comités para su aprobación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En esta estrategia se recoge la importancia de la valoración integral, junto con los servicios sociales, para garantizar una atención completa a pacientes con enfermedades raras, que suelen ser crónicas, con una gran comorbilidad y un alto grado de dependencia. En esta estrategia se destaca el compromiso con la investigación por su papel crucial en el desarrollo de pruebas diagnósticas y de terapias innovadoras que mejoren el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. Aquí quiero hacer mención al importante esfuerzo que se está haciendo en el Instituto Carlos III en la investigación sobre estas enfermedades poco frecuentes.

El Partido Socialista queremos que se siga haciendo incidencia en la mejora del diagnóstico y del tratamiento personalizado de todos los pacientes con enfermedades raras y que, entre todos, consigamos la mayor eficiencia en la gestión de los recursos que destinamos a ello.

Por último, no quiero dejar pasar la oportunidad de recordar a las derechas, como han hecho otros compañeros, que las enfermedades raras se investigan, se diagnostican y se tratan con inversión, con financiación, no con copagos ni con recortes en las prestaciones por dependencia o por discapacidad. Por ello, les pido que cuando gobiernen, aquí o en las comunidades autónomas, tengan el mismo compromiso con la sanidad pública y con la investigación científica que muestran hoy con esta proposición.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por orden de menor a mayor, tiene la palabra el Grupo Mixto. No interviene. ¿El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)? No interviene. ¿Euskal Herria Bildu? No interviene. ¿Junts Per Catalunya? No interviene. ¿El Grupo Parlamentario Republicano? No interviene.

El Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR tiene la palabra.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Como señalábamos en la PNL anterior, en relación con las enfermedades raras consideramos que también son una prioridad. Es importante que no hagamos discursos diciendo que no es importante lo económico, como cuando antes en la justificación de la cobertura universal se decía que el criterio de la modificación en los cambios de cobertura sanitaria universal se regía por un criterio economicista por una situación determinada. En este sentido, insistimos,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 29

hay que tener en cuenta que financiar un buen sistema sanitario, un buen sistema educativo o un buen sistema social requiere financiación, requiere una inversión por lo público y requiere saber también que cuando tengamos que votar otras leyes nos tenemos que poner también de acuerdo. Y cuando tengamos que pensar cómo vamos a regular el precio de las técnicas diagnósticas o cómo vamos a tener un control de los nuevos fármacos beneficiemos a las personas con necesidades y no beneficiemos a los intereses de las grandes multinacionales o a los intereses corporativos de unos poderosos. Hay posibilidades de establecer ese control del precio del medicamento y de técnicas diagnósticas y ahí también se va a requerir la solidaridad por parte de los diferentes grupos parlamentarios para ponernos de acuerdo y saber cómo vamos a avanzar en nuevas terapias.

Y también nos tenemos que poner de acuerdo en cómo vamos a financiar esos sistemas sanitarios y educativos cuando pidamos una fiscalidad progresiva más justa, que paguen más impuestos los que más tienen y las grandes multinacionales, sin perjuicio de las personas afectadas o de las clases trabajadoras. Eso también es hacer políticas para mejorar la situación de las enfermedades raras en nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para aceptar o rechazar las enmiendas, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Estamos trabajando en una enmienda transaccional, que la aportaré a la Presidencia en cuanto esté firmada por los grupos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Permítanme que haga un inciso. Necesitamos hacer fotocopias y repartirlas con todas las enmiendas. Nos queda una única PNL que discutir, pero necesitamos tener los textos de las enmiendas si queremos votarlas.

— SOBRE LA MEJORA EN LA FINANCIACIÓN Y REFUERZO EN LA CONTRATACIÓN DE PROFESIONALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO REPUBLICANO. (Número de expediente 161/000074).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición no de ley sobre la mejora en la financiación y refuerzo en la contratación de profesionales en el ámbito de la salud mental en el sistema público de salud.

Para su defensa, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Republicano.

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Gracias presidente y gracias por dejarme hacer este cambio en el orden.

Segons l'informe del Ministeri de Sanitat sobre l'Estratègia de Salut Mental del Sistema Nacional de Salut del 2022 al 2026, l'atenció a la salut mental de les persones i comunitats és condició indispensable per al desenvolupament de la qualitat de vida i l'exercici ple d'una ciutadania en la qual es conjuguen els drets i els deures. Des del Grup Republicà ja fa temps que posem a debat aquesta problemàtica tan important i que afecta tantíssimes persones. És un tema que ens preocupa moltíssim.

Tots els indicadors són alarmants, segons l'Organització Mundial de Salut, el 2030 la principal causa de discapacitat al món seran els problemes de salut mental. Aquesta mateixa organització demana als responsables de la presa de decisions i als defensors de la salut mental que promoguin els compromisos i l'adopció de mesures per canviar actituds, actuacions i plantejaments relacionats amb la salut mental. Perquè la salut mental no significa únicament un trastorn mental, sinó que està interconnectada amb tots els aspectes que condicionen el benestar emocional dels individus i de les comunitats. És necessari recuperar la mirada de salut pública, que reconeix les diferents perspectives a les ciències del coneixement, l'economia i les polítiques socials, factors que han estat clau per disminuir la càrrega de morbimortalitat de moltes malalties el darrer segle. En definitiva, una política de salut mental i benestar emocional que respongui a les necessitats de tota la ciutadania ha d'estar present en tots els àmbits socials.

És important, per tant, fer una revisió d'algunes estadístiques publicades. I és que 4 de cada 10 persones valoren de manera negativa l'estat de la seva salut mental; un 42 % de les persones ha tingut depressió o ha patit atacs d'ansietat o pànic a la seva vida; el 14,5 % de la població ha tingut idees suïcides o ha intentat suïcidar-se; i amb perspectiva de gènere, les xifres indiquen que el 61 % de les persones amb problemes de salut mental són dones, i en franges d'edat, el col·lectiu més vulnerable en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 30

aquest àmbit són els joves entre 18 i 34 anys. Així doncs, queda constatat que s'ha convertit en un problema de primer ordre en l'actualitat i que s'ha d'abordar com una prioritat de futur en la societat, al si del benestar.

Per al nostre grup és essencial la prevenció, anar per davant del problema, però alhora ens trobem amb la realitat que gairebé 60% de la població no es pot permetre econòmicament la psicoteràpia, i el temps d'espera ens juga en contra. A la Unió Europea, la mitjana és de 18 professionals per cada 10 000 habitants; a Espanya és d'uns 8 professionals per cada 10 000 habitants, segons l'INE. A més, es calcula que des del 1998 hi ha un 35% menys de professionals de la psicologia clínica. El dèficit de professionals a la xarxa de salut pública acaba en un augment de les prescripcions de psicofàrmacs per part dels metges de capçalera, que no veuen possible la derivació a especialistes o veuen molt difícil una psicoteràpia amb unes mínimes garanties de seguiment i periodicitat.

Per aquest motiu, el Departament de Catalunya va iniciar un programa per contractar més de 300 professionals titulats en Psicologia General sota el paraigua de la Referent de Benestar Emocional i Comunitària per poder exercir a la xarxa d'atenció primària, tot i que amb les competències limitades. I aquest és el motiu de la nostra PNL, aquesta comissió de salut per abordar la situació dels psicòlegs especialistes sense titulació oficial, perquè són professionals que exerceixen les mateixes tasques i funcions professionals que aquells que sí que posseeixen el títol en Psicologia Clínica. A més a més, ocupen la plaça en el mateix sistema sanitari públic i concertat, i gaudeixen de la mateixa actualització formativa que els altres professionals, amb reconeixement titular. Fins i tot, i això és molt important, aquest col·lectiu participa en la formació del psicòlegs interns residents.

Malgrat això, no compten amb una via d'accés al mateix títol que obtindran aquells als quals formen. Tot i que s'han realitzat regulacions parcials que han suposat un reconeixement *de facto* d'algun dels drets del col·lectiu, continua existint un greuge comparatiu cap als integrants d'aquest col·lectiu. En aquest sentit, la impossibilitat de poder obtenir el títol d'especialitat clínica comporta problemes com la mobilitat, la impossibilitat d'accedir a places fixes, la manca d'equiparació salarial, la restricció dels sistemes d'incentivació i promoció professional... I a més, cal destacar que aquestes problemàtiques afecten el Sistema de Salut i la seva eficàcia i utilitat envers la ciutadania.

Resulta difícil quantificar de forma precisa el nombre de pestos que tenim. Segons l'associació, el 2013 es va estimar la presència d'uns 600 pestos repartits per tot el territori espanyol. La mateixa associació va proposar canvis legislatius, com vies d'accés al títol de psicòleg especialista en psicologia clínica, que s'adeqüin a la reivindicació de l'establiment d'un nou marc regulador. Fins avui l'Administració ha fet cas omís de la reclamació del sector. A més, tot i que les competències en matèria de salut estan transferides de manera exclusiva les comunitats autònomes, s'hi suma que la Llei 33/2011 posa límits de restriccions a les administracions competents per fer la contractació d'aquest títol. Concretament, aquesta normativa, en el segon apartat de la disposició addicional setena, restringeix els titulats com especialistes en psicologia clínica.

A principis del 2018, el Grup Parlamentari del PSOE va presentar una PNL, la qual instava el Govern a resoldre aquest greuge. Aquesta no va arribar votar-se les Corts, ja que van estar dissoltes per convocar eleccions abans que es fes el debat pertinent. Ara estem esperançats que aquesta PNL torni a prosperar, perquè aquest vot afirmatiu beneficia un col·lectiu que ha treballat molt. Per tant, i per acabar, per al nostre grup aquest és un problema que s'ha d'abordar amb diligència i fer els canvis legislatius necessaris. La societat en general no ens podem permetre la manca de professionals en l'àmbit de la salut mental. A les nostres mans està acabar amb aquest greuge que perjudica tant els professionals com la ciutadania, que necessita trobar ajuda diligentment als centres de salut gràcies.

Según el informe del Ministerio de Salud sobre Estrategias de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2022 a 2026, la atención a la salud mental de las personas y comunidades es condición indispensable para el desarrollo de la calidad de vida y el ejercicio pleno de una ciudadanía en la que se conjugan los derechos y los deberes.

El Grupo Republicano hace tiempo que hemos sometido a debate esta temática tan importante y que afecta a tantísimas personas. Es un tema que nos preocupa muchísimo. Todos los indicadores son alarmantes. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2030 la principal causa de discapacidad en el mundo va a ser los problemas de salud mental. Esta misma organización pide a los responsables de la toma de decisiones y a los defensores de la salud mental que promuevan los compromisos y la adopción de medidas para cambiar actitudes, actuaciones y planteamientos relacionados con la salud mental,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 31

porque la salud mental no significa solo trastorno mental, sino que está interconectada con todos los aspectos que condicionan el bienestar emocional de los individuos y de las comunidades. Es necesario recuperar la mirada de la salud pública, que reconozca las diferentes perspectivas de las ciencias del conocimiento, la economía y las políticas sociales, factores que han sido claves a la hora de disminuir la carga de morbimortalidad de muchas enfermedades en el último siglo. En definitiva, una política de salud mental y bienestar emocional que responda a las necesidades de toda la ciudadanía, que debe estar presente en todos los ámbitos sociales. Por lo tanto, es importante hacer una revisión de algunas estadísticas publicadas, porque cuatro de cada diez personas valoran de forma negativa su estado de salud mental; un 42% de las personas ha sufrido depresión durante su vida o incluso han tenido ataques de pánico o ansiedad durante su vida. El 14,5% de la población ha tenido ideaciones suicidas o ha intentado suicidarse y, en la perspectiva de género, las cifras indican que el 61% de las personas con problemas de salud mental son mujeres. En cuanto a las franjas de edad, los colectivos más vulnerables en este ámbito son los jóvenes entre 14 y 34 años. Por lo tanto, queda constatado que se ha convertido en un problema de primer orden en la actualidad, que debe abordarse como prioridad para el futuro de la sociedad en el sí de un estado de bienestar. Para nuestro grupo es esencial la prevención, ir por delante del problema, pero, a la vez, nos encontramos en la realidad con que casi el 60% de la población no se puede permitir, a nivel económico, la psicoterapia y el tiempo de espera que hay, que juega en su contra.

En la Unión Europea, la media es de 18 profesionales por 10 000 habitantes. En España, la media es de unos 8 profesionales por cada 10 000 habitantes, según el INE. Además, se calcula que, desde 1998, hay un 35% menos de profesionales de psicología clínica. El déficit de profesionales en la Red de Salud Pública acaba en un aumento de las prescripciones farmacológicas de psicofármacos por parte de los médicos de cabecera, que no ven cómo derivar a especialistas o ven muy difícil que se pueda hacer una psicoterapia con las mínimas garantías de seguimiento y periodicidad. Por ese motivo, el Departament de Catalunya de Salut inició un programa para contratar a más de 300 profesionales titulares en psicología general, bajo el paraguas de Referente de bienestar emocional comunitario, para poder ejercer en la Red de Atención Primaria, aunque con competencias limitadas, y esta es la razón de nuestra PNL en esta Comisión de Salud, poder abordar la situación de los psicólogos especialistas sin titulación oficial. Son profesionales que ejercen las mismas tareas y funciones profesionales que aquellos que sí poseen el título en psicología clínica. Además, ocupan la plaza en el mismo sistema sanitario público y concertado y se benefician de la misma actualización formativa que los demás profesionales con reconocimiento titular. Incluso, y eso es muy importante, este colectivo participa en la formación de los psicólogos internos residentes. A pesar de todo ello, no cuentan con una vía de acceso al mismo título que obtendrán esos mismos a los que forman. Aunque se han realizado regulaciones parciales, que han supuesto un reconocimiento de facto de algunos derechos del colectivo, sigue existiendo un agravio comparativo para los integrantes de este colectivo. En este sentido, por lo tanto, la imposibilidad de poder obtener el título de la especialidad clínica comporta problemas como la movilidad, la imposibilidad de acceder a plazas fijas, la falta de equiparación salarial, la restricción de los sistemas de incentivación y promoción profesional. Además, hay que destacar que estas problemáticas afectan al sistema de salud y a su eficacia, así como a la utilidad frente a la ciudadanía. Es muy difícil cuantificar de forma precisa todo esto. Según la Asociación, en 2013 se estimó la presencia en torno a 600 puestos repartidos por todo el territorio español. La misma Asociación propuso cambios legislativos como vías de acceso al título de especialista en psicología clínica que se adecúe a la reivindicación mediante un marco regulador nuevo y, hasta hoy, la Administración ha hecho caso omiso a la reclamación del sector. Además, a todo esto y aunque las competencias en materia de salud están transferidas de manera exclusiva a las comunidades autónomas, se le suma que la Ley 33/2011 pone límites y restricciones a las administraciones competentes en lo que se refiere a la contratación de estos profesionales. Concretamente, esta normativa, en el segundo apartado de la disposición adicional séptima, restringe a los titulados como especialistas en Psicología Clínica.

A principios de 2018, el Grupo Parlamentario Socialista presentó una PNL en la que instaba al Gobierno a resolver definitivamente este agravio. Este texto no llegó a votarse en las Cortes porque se disolvieron para convocar elecciones antes de que se celebrase el debate correspondiente. Ahora estamos esperanzados, por tanto, en que esta PNL pueda volver a prosperar, porque el voto afirmativo no solo va a beneficiar a un colectivo que ha trabajado tanto, sino a todos.

Para acabar, quiero decir que nuestro grupo considera que es un problema que se debe abordar con diligencia y realizar los cambios legislativos necesarios. La sociedad en general no nos podemos permitir

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 32

la falta de profesionales en el ámbito de la salud mental. En nuestras manos está acabar con este agravio que perjudica tanto a profesionales como a la ciudadanía, que necesita hallar ayuda diligentemente en los centros de salud.

Gràcies.

El señor **PRESIDENTE**: Moltes gràcies.

Para la defensa de las enmiendas, Junts per Catalunya tiene la palabra en primer lugar.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Sí, molt ràpidament, volem dir que la PNL és, a més de consistent, coincident amb les reivindicacions que hem fet des de Junts per Catalunya. Ja ho vam fer el primer dia a la compareixença de la ministra de Sanitat. Entenem i reclamem que s'ha d'augmentar el nombre de places especialitzades pir; per tant, tindrà el nostre suport, perquè, a més a més, s'ha...

Sí, muy rápidamente, decir que la PNL es además de coherente, coincidente con las reivindicaciones que hemos hecho desde Junts per Catalunya. Ya lo hicimos el primer día en la desde el principio de la legislatura y desde la primera reunión que tuvimos en la comparecencia de la ministra de sanidad, entendemos y comprendemos que hay que aumentar las plazas en formación sanitaria especializada, el pir, y por lo tanto va a tener nuestro apoyo, porque, además,...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Calvo, parece que hay un problema con la traducción. **(Pausa)**. ¿Ahora ya funciona? Es que no ha habido traducción durante un minuto. Yo creo que podrías repetir, si no te importa, para que quede en el *Diario de Sesiones*.

La señora **CALVO GÓMEZ**: El que deia és que la proposta de la PNL d'Esquerra és consistent i coincident amb el que nosaltres estem reivindicant des de l'inici de la legislatura, ja des de la primera reunió que vam tenir en la compareixença amb la ministra, aquesta necessitat d'augmentar les places de formació sanitària especialitzada pir. Per tant, estem d'acord.

Només hi havia una consideració d'intentar reforçar... Estava contemplat el tema del reforç de les competències de les comunitats autònomes, però demanàvem que els fons que fossin derivats a aquestes comunitats autònomes fossin de gestió directa i s'ha fet una transaccional per buscar un mecanisme per fer possible el que nosaltres demanàvem. Per tant, el nostre vot és favorable.

Decía que la propuesta de Esquerra es coincidente con lo que nosotros venimos reivindicando desde el principio de la legislatura y desde la primera reunión que tuvimos en la comparecencia de la ministra, esta necesidad de aumentar las plazas en formación sanitaria especializada, el pir, y por eso estamos de acuerdo. Solo había una consideración para intentar reforzar, porque está contemplado el tema del refuerzo de las competencias de las comunidades autónomas, pero pedíamos que lo que se derivase a estas comunidades autónomas fuera de gestión directa. Hemos presentado una transaccional para buscar un mecanismo que haga posible lo que nosotros pedíamos, por eso nuestro voto aquí será favorable.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Ahora el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Como expresamos en relación con la creación de la Subcomisión de Salud Mental, el abordaje de salud mental desde una perspectiva global, aunque estemos hablando ahora mismo de ordenación de profesionales y de algún sector profesional específico, requiere tener una visión amplia en cuanto al tema de los mecanismos de protección y estudio de qué está ocurriendo con la salud mental en nuestro país y requiere un tema de ordenación en cuanto a los dispositivos que tenemos de salud mental, sin olvidar que ahora mismo el dispositivo asistencial fundamental para la atención de la salud mental es la atención primaria. La atención primaria vertebra todo el territorio y es quien ahora mismo está recibiendo y tratando mayores elementos relacionados con la salud mental.

Y en relación con la PNL, la propuesta era valorar cómo incorporar el debate sobre el ejercicio de los diferentes profesionales sanitarios vinculados fundamentalmente a psicología general y hacerlo desde un abordaje amplio, teniendo en cuenta no solamente las especialidades de Psicología, sino otras especialidades profesionales que también trabajan en el ámbito de la atención primaria; cómo dar cumplimiento, con un consenso real con las comunidades autónomas y con los diferentes representantes de profesionales y de pacientes, y no solamente aquellos que estén trabajando vinculados directamente

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 33

a dispositivos de salud mental, sino en otros dispositivos, y cómo llevar también este debate al seno de la subcomisión que se ha creado en relación con salud mental, que puede ser un buen espacio para trasladar cuál va a ser la situación en relación con los psicólogos especialistas que no tengan titulación oficial ahora mismo, resto de especialidades que trabajan en salud mental, nuevas especialidades como psicología clínica de infancia y de adolescencia, y otras medidas más allá del pir.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
A continuación, el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **CASTILLA ÁLVAREZ**: Gracias, presidente.

Voy a intentar ser breve, porque me tengo que ajustar al tiempo, no por otra cosa.

Mejorar la salud mental de las personas es una prioridad para el Grupo Parlamentario Socialista. Tenemos como objetivo impulsar debates que tienen mucho que ver con mejorar la atención a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud. Yo creo que esto es evidente porque hace poco hemos propuesto, y ha salido aprobado con un gran consenso, un pacto de Estado para la salud mental —hace cuestión de tres meses aproximadamente— que nos tiene que comprometer a todos y a todas, a las fuerzas políticas con representación parlamentaria, a las administraciones públicas y a las organizaciones de la sociedad civil, que no podemos hacer nada sin ellos. Y todos —o casi todos— estamos en esta tarea, como se demostró también cuando aprobamos por unanimidad la Subcomisión de Salud Mental en esta Comisión y que se llevará a Pleno la semana que viene.

Tenemos muchos desafíos, entre ellos mejorar el acceso a los servicios sanitarios y seguir avanzando en la planificación y refuerzo de los recursos humanos en salud mental, también a nivel comunitario, que para nosotros es fundamental. Por eso, hemos presentado una enmienda que va en esa línea. La ministra de Sanidad ya nos dijo cuál iba a ser la ruta del ministerio, que venía a consolidar las políticas desarrolladas en la anterior legislatura, como fue el Plan de acción en salud mental, que cuenta con una línea para el refuerzo de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud de 100 millones de euros. Y no solamente eso, sino a través de vehiculizar esa hoja de ruta del recién formado Comisionado para la Salud Mental, poner en marcha el pacto de Estado por la salud mental, el plan de actuación ante el suicidio y el comportamiento suicida y el sufrimiento relacionado con el mismo, etcétera. Es decir, hay que adecuar la necesidad de profesionales sanitarios a la realidad actual del sistema, que es otra prioridad.

Y me llama la atención enormemente escuchar algunos discursos esta tarde por parte de la derecha y la ultraderecha atacando la gestión del Partido Socialista en cuanto a la gestión del Sistema Nacional de Salud. Habrá que recordar —hay que hacer un poquito de memoria— que la Ley General de Sanidad, la Ley 14/1986, de 25 de abril, es una ley socialista que plantó las bases del germen del artículo 43 de la Constitución española, una ley pionera que consolidó nuestro Sistema Nacional de Salud como un sistema beveridgano. Creo hay que estudiar un poquito más, porque el Sistema Nacional de Salud español es de tipo Beveridge, es decir, para los que no lo sepan, que creo que son la derecha y la ultraderecha, es un sistema financiado a través de los Presupuestos Generales del Estado, ergo a través de los impuestos de los ciudadanos y de las ciudadanas de este país. Si hacemos políticas de reducir impuestos, como se hace en muchas comunidades para ver quién hace más *dumping* fiscal, y eliminamos el impuesto a los ricos y siempre se carga sobre determinadas clases, que suelen ser las clases medias y trabajadoras, entonces estamos disminuyendo los ingresos que van directamente a las partidas finalistas de la sanidad pública, la dependencia y la educación. Pero a lo mejor eso no interesa y lo que interesa es fortalecer el sistema privado, porque eso sí que es un negocio. Por tanto, nosotros tenemos claro que la línea tiene que ser un sistema bien financiado, adecuando el número de profesionales para cubrir las demandas en salud mental y también en otras especialidades, como la medicina de familia.

En definitiva, si queremos tener un sistema como el que tenemos, que puede ser —y lo es— de gran calidad gracias a sus profesionales, hay que tener especialistas y profesionales, pero no solo hay que tenerlos, sino también cuidarlos y reconocerlos; o sea, con unas condiciones laborales adecuadas. Así que hay que retener el talento, porque hay mucho talento en los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Es un reto que desde luego va a asumir el Grupo Parlamentario Socialista. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Por el Grupo Parlamentario Popular, por favor.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 34

El señor **BELMONTE GÓMEZ**: Muchas gracias, señor presidente. Buenas tardes.

El Partido Popular ha presentado una enmienda transaccional ante esta iniciativa del Grupo Republicano. Estimamos que es precisamente en la Subcomisión de Sanidad Mental que se ha creado al efecto donde se ubica concretamente este debate de manera más necesaria. Y por eso se ha presentado, por estas dos razones: por el propio contenido de la subcomisión y porque se necesita un debate basado en un consenso lo más amplio posible para el abordaje de toda esta cuestión, donde deben estar los profesionales, sus representantes, administraciones, pacientes; todos los colectivos. Creemos que la proposición, aun cuando presenta una propuesta, tiene que llegar y tiene que traer ese consenso que creemos que todavía le falta, porque los psicólogos no son los únicos profesionales implicados. Su concurso es imprescindible por su labor preventiva y por su capacidad de resolución, pero también hay otros actores. El problema de los llamados pestos es el mismo que el de los médicos que un día estuvieron en esa misma situación, los mestos. La solución, sin duda, es racionalizar recursos y el acuerdo correspondiente para que puedan solucionar su situación. Pero esto no va solo de cambiar la Ley 33/2011 y aumentar las plazas por ni de solventar el asunto, quizá de un plumazo, con una disposición transitoria de la Ley 44/2003. Estas reformas legislativas no tienen mucha validez si no hay un trabajo, si no hay un consenso y, sobre todo, si no hay una financiación, porque, como se ha dicho aquí, el 99% de la financiación sanitaria no es finalista. Y las comunidades autónomas siguen infrafinanciadas porque no hay un pacto necesario para esa financiación, con lo cual hay que acudir al Consejo de Política Fiscal y Financiera para que se dote a las comunidades autónomas del dinero que necesitan para financiar su sanidad. El sistema vigente es el de Zapatero —año 2009, hace quince años— y algo ha cambiado en este país desde aquella época.

Desde la creación del título de psicólogo especialista pasaron años en los que no había esta especialidad y tuvieron que contratar, como se ha comentado antes, a unos seiscientos profesionales sin el título oficial. Es una realidad que estos profesionales han ejercido un efecto moderador sobre la ausencia de especialistas y han facilitado la continuidad en la prestación de los servicios psicológicos, con lo cual hay que facilitar su movilidad, puesto que únicamente pueden estar contratados en los puestos contratados al efecto. Por tanto, el consenso en esa subcomisión, que viene y deviene de esa enmienda transaccional, es más necesario.

Por último, quiero hacer referencia, como afirma la moción, a que los trastornos mentales en la infancia y en la adolescencia se han incrementado de forma notable. Es una evidencia que la mayoría del sufrimiento psicológico evoluciona desde edades tempranas, con lo cual la creación de especialidades concretas en esta materia también es un ámbito de interés.

Les rogamos que acepten estas enmiendas y que acordemos una transaccional. Alabo al grupo proponente, al Grupo Republicano, que plantee problemas a nivel global de España, a nivel de todas las comunidades autónomas, y no conflictos territoriales, como viene haciendo.

Finalmente —solo un minuto, por una serie de alusiones de mi colega del Grupo Socialista—, la privatización de los servicios sanitarios no es una especialidad del Partido Popular. El mayor privatizador de los conciertos sanitarios en Andalucía fue el Partido Socialista, y ahí están los datos. Lo que pasa es que mientras ustedes se dedicaban a cerrar hospitales, el Gobierno de Andalucía se ha dedicado a abrirlos.

Nada más. Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Para que conste en el *Diario de Sesiones*, cuando hablamos de alusiones, son alusiones personales, porque, si no, entramos en una dinámica fastidiada y un poco incontrolable. Así que, por favor, cuando indiquen alusiones, que sean alusiones personales y, si no, las obviamos.

Continuamos con la fijación de posiciones, de menor a mayor. El Grupo Parlamentario Mixto no interviene, el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) no interviene, el Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu no interviene y el Grupo Parlamentario VOX interviene. Tiene la palabra.

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

Celebro que hayan arreglado entre todos la PNL de Esquerra Republicana, porque no se puede resumir en una PNL un problema tan grave como el que tenemos de salud mental. Para eso se ha creado una subcomisión y ahí es donde debe haber un debate amplio —para eso se crean los foros específicos—, en un ambiente como el que estamos viendo en la Comisión de Sanidad, que, de verdad, es de agradecer.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 35

La PNL tiene muchísimos errores y me extraña que no hayan enmendado también la exposición de motivos. Están hablando de profesionales de la psicología y hay que decir a la señora de Esquerra que, por ejemplo, un psicólogo clínico ha aprobado la oposición pir, una formación reglada en Psicología Clínica, la única especialidad que existe y de la que carece un pesto, que es un psicólogo que ejerce alguna especialidad de la rama de Psicología sin haber aprobado la oposición del Estado y que carece de formación reglada. No puede, por tanto, gozar de los mismos beneficios laborales ni de la misma retribución. En 2023 se presentaron al pir 3844 psicólogos, de los cuales solo consiguieron plaza 247. Un psicólogo clínico ofrece unos estándares de formación exigidos por el Estado español que se traducen en una calidad asistencial. No pasa lo mismo con los pestos. De entrada, los pestos no deberían ejercer la psicología clínica, igual que los mestos, médicos formados en España sin título oficial que no tienen el mir, no deberían ejercer ninguna especialidad. Podría preguntar usted perfectamente al señor consejero de Sanidad de Cataluña, el señor Balcells, un mestro de la especialidad de Traumatología que cada vez que tenía que entrar en un quirófano en el Hospital de Granollers tenía que hacerlo acompañado de un traumatólogo de verdad, con su mir, para que le supervisase. No es una solución. ¿Por qué? Porque incide en el déficit hacer este tipo de regulaciones masivas de la calidad asistencial; para eso se hacen unos estándares. Y luego ha dicho que el déficit de profesionales en la red de salud pública acaba redundando en un aumento de las prescripciones farmacológicas de psicofármacos, pero es que, aunque haya más psicólogos, los psicólogos no recetan, igual que no lo hacen los farmacéuticos ni los enfermeros. Los únicos que pueden recetar son los médicos, que son los que tienen esta competencia. Por eso he dicho que me ha extrañado que no hayan tocado ustedes otros temas.

Vamos por puntos, y quiero ir rápido. En el punto 1, lo que hemos dicho. Hay que exigir el pir, hay que exigir unos estándares de calidad; no porque tengamos un problema de falta hacemos una tabla rasa y los metemos en el saco. Existen unos estándares de calidad y no podemos cambiarlos si no podemos asegurar una calidad asistencial.

Lo tenemos claro: los pestos necesitan acceder igual que todos. Necesitamos aumentar las plazas pir, por supuesto. Ustedes hablan de cuatrocientas anuales. ¿Por qué no quinientas o tres mil? Es muy complicado. Primero hace falta realizar un diagnóstico para saber cuántos sanitarios necesitamos.

En el punto 4 se habla de reconocer las nuevas especialidades. Esto no se hace así. Primero hay que elaborar un programa de formación reglada, con especialistas en Psicología Clínica, con médicos psiquiatras, con médicos de Atención Primaria, con titulación oficial reconocida.

Son muchos puntos y me gustaría tratarlos todos, pero no hay tiempo y no quiero alargar más mi intervención. Agradezco el tiempo añadido, señor presidente. Nosotros vamos a abstenernos porque —es una cosa que quiero dejar bien clara en esta Comisión— para VOX el tema de la salud mental es fundamental, y no vamos a consentir que porque no apoyemos ciertas iniciativas se vaya a poner en duda. La salud mental es un tema muy importante. Estamos viendo cantidad de suicidas —y siguen aumentando— y, ya que la señora de Esquerra ha querido, como siempre, meter la parte ideológica, hay que recordarle que tres de cada cuatro suicidas son hombres. Me parece que no podemos andar en ideologías y en cosas que desvirtúen mucho el discurso y la importancia.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Para aceptar o rechazar enmiendas, tiene la palabra el Grupo Republicano.

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Hemos aceptado las enmiendas presentadas; de hecho, hemos hecho una transaccional con todas las enmiendas. Y aprovecho para felicitar a todos los grupos que nos lo han puesto fácil para llegar a un acuerdo. Es un ofrecimiento a este colectivo que tanto ha trabajado y a todas las personas que necesitan de sus servicios.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Antes de que hagamos una interrupción de diez minutos para prepararnos para las votaciones, simplemente quiero recordarles que hoy es el Día Mundial de la Endometriosis: 176 millones de personas —mujeres, claro— se ven afectadas a nivel internacional y en España dos millones de mujeres sufren esta dolencia. Así que, si les parece bien, hacemos que figure en el *Diario de Sesiones* el apoyo y la solidaridad de la Comisión a todas las mujeres que sufren endometriosis en nuestro país. Muchas gracias.

Nos damos diez minutos. **(Pausa)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 36

VOTACIONES.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, comenzamos las votaciones.

Votamos la proposición no de ley sobre la mejora en la financiación y refuerzo en la contratación de profesionales en el ámbito de la salud mental en el sistema público de salud. Se ha repartido una transaccional, cuyo texto tienen todos ustedes.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 34; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley relativa a la consecución de avances reales en la prevención y en la reducción de las agresiones a profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Se ha repartido una transaccional y se vota sobre ese texto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 21; en contra, 1; abstenciones, 15.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley relativa a la aprobación de medidas de utilidad real para modernizar, reordenar y potenciar la atención primaria y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Son siete puntos. Se vota en sus términos punto por punto.

Primer punto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 20; en contra, 16; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado.

Segundo punto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 15; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado.

Tercer punto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 15; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado.

Cuarto punto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 16; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado.

Quinto punto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 16; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado.

Sexto punto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 18; abstenciones, 2.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazado.

Séptimo punto.

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 37

El señor **PRESIDENTE**: Hay un empate, por lo que tenemos que ponderar. Lo haremos en un segundo y sabremos el resultado. **(Pausa)**. Son 170 votos a favor y 160 en contra. Queda aprobado.

Votamos la proposición no de ley relativa a la consecución de avances reales en la consecución plena de la cobertura sanitaria universal, así como su monitorización y cumplimiento en las diferentes comunidades autónomas, presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. Se vota en sus términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 18; abstenciones, 3.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos la proposición no de ley relativa a la atención sanitaria de los pacientes con linfangioleiomiomatosis (LAM). Se vota en los términos de la transaccional distribuida.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Votamos la proposición no de ley relativa a la mejora en la prevención y tratamiento del cáncer de pulmón. Se vota en los términos de la transaccional repartida.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

Votamos la proposición no de ley para el fomento de los cuidados paliativos en el proceso final de la vida, presentada por el Grupo Parlamentario VOX. Se vota en sus términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 3; en contra, 20; abstenciones, 14.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos la proposición no de ley relativa a la consecución de avances tangibles en el diagnóstico y el tratamiento integral y de precisión de las enfermedades raras en el Sistema Nacional de Salud, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Se vota en los términos de la transaccional que se ha distribuido.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 35; abstenciones, 2.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Con esto hemos finalizado las votaciones. Celebraremos en unos minutos la comparecencia conjunta de don Carlos Egea Santaolalla, coordinador del Grupo de Trabajo Sanitario, y de doña Carmen Bellido Cambrón, coordinadora del Grupo de Trabajo de Alianza por el Sueño. **(Pausa)**.

COMPARECENCIA CONJUNTA DE DON CARLOS EGEA SANTAOLALLA, COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO SANITARIO, Y DE DOÑA CARMEN BELLIDO CAMBRÓN, COORDINADORA DEL GRUPO DE TRABAJO SOSTENIBILIDAD, ECONOMÍA Y EMPRESA DE LA PLATAFORMA DE TRABAJO ALIANZA POR EL SUEÑO, PARA CONCIENCIAR SOBRE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO Y SU AFECTACIÓN SOCIAL EN NUESTRO PAÍS. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000027).

El señor **PRESIDENTE**: Comenzamos la segunda parte de esta sesión, y lo hacemos para escuchar a don Carlos Egea Santaolalla, coordinador del Grupo de Trabajo Sanitario, y a doña Carmen Bellido Cambrón, coordinadora del Grupo de Trabajo Sostenibilidad, Economía y Empresa de la plataforma Alianza por el Sueño, cuyo objetivo es concienciar sobre los trastornos del sueño y los problemas sociales que ello acarrea en nuestro país. La intervención de los comparecientes será repartida en un tiempo de unos quince o veinte minutos. Creo que también hay un video preparado que podremos ver, y, a continuación, serán las intervenciones de los grupos por un tiempo de entre tres y cinco minutos para poder comentar lo que hayamos visto.

Sin más, les doy la palabra y la bienvenida a la Comisión.

El señor **EGEA SANTAOLALLA** (coordinador del Grupo de Trabajo Sanitario de la plataforma de trabajo Alianza por el Sueño): Muchísimas gracias, señor presidente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 38

Señorías, muchas gracias por la oportunidad de hablar en esta Comisión y gracias por estar aquí. Lo bonito es que mañana es el Día Mundial del Sueño, donde uno de los lemas habla del sueño y la equidad, que todo el mundo tenga la posibilidad de disponer del tiempo suficiente para dormir, que ahora parece que sobra.

Yo terminé la carrera de Medicina en mi ciudad, en Vitoria, en el año 1990, y no me enseñaron nada de Medicina del Sueño. Parecía que los pacientes y las personas solo tenían trastornos durante el día, y era curioso que en la noche ocurrían infartos, ocurrían enfermedades, que la insulina se desmadraba, pero nadie me explicó que eso era importante. Sin embargo, paralelamente a eso, empezó a surgir un movimiento científico que valoraba lo que es el sueño en todo su conjunto, con publicaciones y artículos de primera, en revistas de Q1 y de impacto, que empezó a mover todo lo que es la medicina del sueño hacia límites en los que estamos ahora.

Tal es así que me acuerdo de una vez que estaba con un paleontólogo que estaba dedicándose a ver cómo estaban los hombres de las cavernas, me explicó cómo se dormía, la necesidad de dormir y el cambio que hubo entre el Paleolítico, en que solo trabajaban cuando cazaban, y el Neolítico, en el que empezaron a recolectar y empezaron a ver lo importante que era dormir. Ahí me di cuenta de que eso que no me habían enseñado, eso que empezaba a ser una vía paralela de la ciencia que empezaba a empujar era importante, porque el sueño, a lo largo de toda nuestra historia, se ha mantenido similar. De hecho, ustedes, todos los que están aquí, en la edad en la que están duermen, o deberían dormir, cerca del 30% del tiempo total. Eso es muchísimo, porque si nos vamos a la infancia, representa el 50%. Luego es parte de nuestro ADN, el sueño es parte de nuestro *core* vital. Y hasta hace bien poco era tiempo perdido. De hecho, se utilizaba para ver cosas, para hacer actividades, y no se utilizaba como herramienta hasta hace bien poco, cuando en la investigación se ha visto que el sueño es parte de nuestra actividad principal.

Todo esto en un país como es el nuestro, en el que, fruto de la industrialización rápida, de la incorporación de la mujer al trabajo, que trabaja en casa y fuera, que somos pobres del tiempo, que vivimos en un horario que es un horario de la Europa media en lugar de la Europa del Oeste, con unas costumbres que han hecho que nuestra cultura sea muy diferente, ha provocado que este país no solo duerma mal —«España tiene sueño»—, sino que, además, para obtener los mismos beneficios, ha utilizado fármacos para añadir tiempo de la forma que sea, puesto que casi no hay tiempo para ello.

Esto nos ha movido a todos los científicos a promover acciones para ver si esto que está ocurriendo en nuestra sociedad se está transportando ya incluso a los que nacen y a nuestros adolescentes, que seguro que saben ustedes que sus pantallas y su actividad empieza a girar en torno a reducir el tiempo total de sueño para poder hacer su vida real y su vida fuera de sus casas a través de las redes sociales. Esto está impactando de una manera tal que se ha visto científicamente que cualquier cosa que pasa en los niños deja huella. Es decir, esos niños que tienen déficit de sueño no podrán ser adultos completamente normales, entre comillas, puesto que el déficit de sueño les ha generado impacto en su vida.

Pero hemos venido aquí no a hablar de un problema, porque ustedes tienen múltiples cosas, yo soy médico y neumólogo, y lo que han estado hablando recientemente sobre la linfangiomatosis y el cáncer de pulmón me ha tocado mucho la fibra, porque es mi vocación y mi profesión, pero también he visto que el sueño implementa a tantas capas de la sociedad que es necesario hacer cosas. Por eso digo que no es un problema, sino una oportunidad poder manejar los tiempos del sueño, y, como oportunidad, venimos a hablar de ello. De hecho, si uno mira los porcentajes que a veces llenan todos los libros, vemos que casi la mitad de los españoles y las españolas duermen mal y que cerca de un 13% de las personas, hasta un 15%, tienen insomnio crónico. Y es que no es algo como una piedra, sino que progresivamente y en el tiempo cada vez va a más, no tiene freno. Y no estamos en un país que está en guerra, como están otros países, o no estamos saliendo de una Segunda Guerra Mundial; es un país estable con sus cosas positivas y negativas, pero, a pesar de ello, está creciendo el número de personas que tienen déficit de sueño, lo cual comporta que tengan que tomar fármacos para obtenerlo.

Hay muchos que nos ven a los científicos con bata blanca, con el pelo quemado y con un tubo de ensayo explotado. Sin embargo, somos personas que, más allá de la asistencia sanitaria como médicos, nos dedicamos a investigar, porque queremos mejorar la vida de aquellos que hemos tratado como enfermos. De ahí surge una iniciativa, que es la Alianza por el Sueño. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

Lo primero que hicimos fue hacer un gobierno de las sociedades científicas, que se llamó federación, y esa federación comprende a casi todas las sociedades científicas que se implican en el sueño. Pero vimos que eso no era suficiente para verter lo que nosotros pensábamos que era una oportunidad en la sociedad.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 39

De hecho, está Alianza del Sueño se crea pensando que no solamente los científicos son parte de esto, sino que lo son las enfermeras, las farmacias, las sociedades civiles, las sociedades de pacientes, los directivos de la salud. Es decir, casi treinta y cinco grupos o activistas de los sueños y del sueño se juntan para formar un gran bloque que, hasta hace bien poco, solo estaba remitido en los documentos científicos que publicamos. Que sepan ustedes que España es casi el segundo país en publicaciones de artículos científicos sobre el sueño. Además de eso, implementamos a todas las capas o los estratos profesionales, como es la atención primaria, como es la pediatría, que implican a mayor número de personas; o como son las farmacias, donde muchas de las personas no van enfermas, sino a recoger los medicamentos de sus familiares o a preguntar al farmacéutico por sus actividades. Esto es lo que conforma la Alianza por el Sueño, que, naciendo de una estratosfera de sociedades científicas, incorporan a todos los agentes sociales, civiles, pacientes y a todos los profesionales que se dedican a la salud, para configurar un sueño en el que creemos científicamente: que el tiempo que dedicamos al sueño es tiempo de vida.

De hecho, en esta diapositiva se explica cómo se ha configurado la Alianza por el Sueño: múltiples personas que van más allá de su profesión e incluso de su vocación; su deseo, su sueño es el sueño; y está promoviendo muchas acciones de calado más allá de las que cada sociedad científica tenía. Es decir, nos hemos convertido como en una ONU, en la que cada sociedad científica o cada grupo no solamente tiene voz y soberanía, sino que además implementa acciones transversales entre todos los grupos como antes no se había visto, concretamente en un terreno en el que, seas paciente o no, simplemente por el hecho de ser persona estás dentro, que es: necesito dormir.

Cuando en VitoriaGasteiz miramos cómo dormimos, vimos que el 60% de las personas de lunes a viernes no duerme el número de horas que necesita, el 60%. Claro, llega el fin de semana e intentamos compensarlo como podemos, pero aun así ni el 40%. Luego llega el lunes y se produce un *jet lag* social, porque es imposible sobrellevar el lunes después de haber estado durmiendo un par de horas más el sábado y el domingo. Y volvemos otra vez a un déficit que marca seguro —como ustedes saben— enfermedades, trastornos sociolaborales, personales, individuales, de pareja.

Por eso, nosotros como grupo y cada uno con sus identidades, hemos venido aquí a mostrar que tenemos voluntad de cambiar este país, de empezar a reescribir la historia en un apartadito pequeño que es solamente el 30% de nuestra vida, que es el sueño. Queremos concienciación pública, queremos que los chavales conozcan las implicaciones que tiene no dormir en sus vidas. Todo el mundo —y ya la sociedad científica en sus documentos— avala que la nutrición, el deporte y el sueño forman parte de nuestros pilares, de nuestra construcción como individuos, y esto se traslada a los hijos, a los nietos, a los biznietos. Queremos educar. Generamos, no solamente a nivel local, sino también con las autonomías, proyectos para que todos los estratos sociales conozcan qué es la medicina del sueño. Luego cada uno, como ciudadano o como ciudadana de una comunidad, tendrá su propia visión, pero nosotros implementamos conocimiento, que es lo que queremos.

Queremos también que este conocimiento implique algo más que no solamente el conocimiento, como es legislar. Con esto podemos hacer algo para que, de aquí a un tiempo no definido, esta sociedad —si quiere— incorpore el sueño como parte de su estrategia para ser mejor. Queremos colaborar con empresas, queremos formar, queremos capacitar; por eso esta alianza de todos los grupos se ofrece a esta Cámara, a esta sociedad, para, si ustedes lo consideran o si esta sociedad quiere, enseñarles lo que nosotros sabemos desde el punto de vista científico que podemos aportar para poder cambiar este país, que está cambiando en muchas dimensiones pero en medicina del sueño, en lo que es el sueño, cada vez vamos a peor.

Además de todas estas iniciativas, hemos creado «España tiene sueño», un vídeo que les voy a poner a continuación, que ha hecho que una plataforma tenga más de 35000 firmas. Esto hace que cuando los vecinos y vecinas se hablen entre ellos, se pregunten cómo duerme su hijo, o cómo duerme uno mismo. Es importante el sueño. Se está generando un cúmulo de sensaciones en la sociedad, por lo menos entre los que viven a nuestro alrededor, de la importancia del sueño. Todo el mundo lo sabe, ustedes el día que duermen mal —no sé qué tal dormirán esta noche o qué tal han dormido esta noche pasada— implica que al día siguiente tienen menor actividad personal, menor capacidad de reflejos, igual que nosotros. Luego, el sueño no solamente es parte de nuestra cotidianidad, sino también nuestra proyección hacia el futuro, hacia personas como son nuestros jóvenes, y hay que implementar que los jóvenes funcionen de una manera diferente a como estamos dejando que vayan por inercia.

Por último, estamos considerando la redacción de una propuesta de una estrategia nacional sobre el sueño. Es una oportunidad para que este país sea el primero —aunque hay otros países que están

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 40

trabajando en ello ahora— en el que haya una estrategia nacional sobre el cuidado de la salud del sueño; y si lo somos en ciencia del sueño, por qué no en ciencia política y en ciencia social.

Les voy a poner un video que realmente me gustó la vez que me lo presentaron. Es divertido, pero, al mismo tiempo, refleja la identidad de lo que somos los españoles. **(Pausa.—Se reproduce un vídeo).**

Termino como empecé. Yo no estudié Medicina del Sueño. Cuando acabé la carrera, ya en todas las universidades había áreas temáticas del sueño. Estamos empezando a construir algo que puede cambiar el rumbo de nuestro país.

Por mi parte, nada más; muchísimas gracias por escucharme. **(Aplausos).**

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

La doctora Bellido tiene la palabra.

La señora **BELLIDO CAMBRÓN** (coordinadora del Grupo de Trabajo Sostenibilidad, Economía y Empresa de la plataforma de trabajo Alianza por el Sueño): Buenas tardes, señor presidente de la Comisión de Sanidad. Buenas tardes, señoras y señores miembros de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados.

En primer lugar, me uno a los agradecimientos de mi compañero, el doctor Carlos Egea, por dedicarnos su atención a estas horas, su interés y por recibirnos en nombre de la Alianza por el Sueño.

La Alianza por el Sueño cuando nació hace más de un año tenía tres objetivos principales: el primero era concienciar a los profesionales y a la población de la importancia del sueño en la salud física y mental. El segundo, queríamos generar evidencia científica; puesto que muchos de nosotros somos científicos, cuando damos explicaciones a nuestros pacientes, necesitamos argumentos de peso y evidencia científica en los que basar esos argumentos. Y tercero, queríamos situar el insomnio en la agenda política. Por ello, tengo que darles las gracias, porque para nosotros estar aquí es un gran paso en representación de toda la alianza.

¿Por qué estoy yo aquí? Yo estoy como médico del trabajo y en representación de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, y coordino el Grupo de Trabajo Sostenibilidad, Economía y Empresa dentro de la Alianza por el Sueño. ¿Por qué un grupo de Economía en la Alianza por el Sueño? Porque lo primero que queríamos hacer era desmitificar la falsa creencia de que el sueño es algo improductivo. Hemos hecho una encuesta a más de doscientas empresas por parte de nuestro grupo y el 75 % de los empresarios nos contestan —son personas que trabajan en recursos humanos sobre todo— que es imposible promocionar en una empresa sin hacer horas extras; si no haces horas de más, no vas a avanzar en tu puesto de trabajo. Justamente lo que nosotros queremos demostrar es que un trabajador que duerma es un trabajador más sano, más productivo, más motivado, más satisfecho laboralmente, y que va a crear a su alrededor un entorno laboral, un clima laboral mejor. Al contrario, un trabajador que no duerma va a ser un trabajador que va a estar irritable, va a estar falto de empatía, va a estar con una baja autoestima, va a tener más accidentes de trabajo y va a tener un menor rendimiento.

Dicho lo cual, también sabemos los médicos del trabajo que el lugar de trabajo es el lugar idóneo para hacer promoción de la salud. Y cuando hablamos de insomnio, un tercio de los pacientes van al médico, pero dos tercios no lo hacen; no van a su médico a comentarle que están durmiendo mal, hemos normalizado lo de dormir mal, pero sí que van al trabajo. Por ello, queremos que las empresas, los empresarios promuevan hábitos saludables para que los trabajadores cuiden el sueño y establezcan prácticas que promuevan el cuidado del sueño en las empresas. Además, tenemos una Ley de Prevención de Riesgos Laborales que es clara y dice que los empresarios deben velar por la seguridad y la salud de los empleados en todos los aspectos relacionados con el trabajo. Todos vivimos en la época de las TIC, las tecnologías de la información, y el 30 % de los europeos ya está con teletrabajo, la desconexión digital, etcétera; o sea, esto va muy rápido y nos está afectando al sueño. Todos, cuando tenemos un problema en el trabajo, nos metemos en la cama y nos cuesta dormir. Este era el primer bloque que yo quería presentarles.

El segundo bloque es el problema que tenemos en España con las benzodiacepinas y la salud mental. Hasta ahora, sabemos que los pacientes que tienen problemas de salud mental duermen mal; esto es algo que sabemos desde hace tiempo. De todas las personas que tienen insomnio, el 40 % tiene ya diagnosticado un problema de salud mental, y de todas las personas que tienen somnolencia diurna, el 46 % tiene diagnosticado un problema de salud mental; esto es algo que los médicos ya sabemos y lo utilizamos para diagnosticar esas patologías. Pero lo que es nuevo o lo más reciente es que sabemos que la gente que está durmiendo mal, que todavía no tiene un diagnóstico de patología de salud mental,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 41

multiplica por tres el riesgo de tener en el futuro un problema de salud mental. Es decir, que los trastornos del sueño afectan directamente a la salud mental.

¿Cómo la afectan? Pueden provocar alteraciones de la salud emocional: ansiedad, depresión, estrés. Van a provocar deterioro cognitivo. En una sociedad que cada vez envejece más, tenemos que saber que el sueño es un factor neuroprotector. Cuando dormimos es como si el cerebro pusiera en marcha una lavadora, y el espacio que hay entre las neuronas aumenta de tamaño y el sistema linfático funciona el doble de rápido que cuando estamos despiertos. Es como si limpiáramos todos los detritus, todos los tóxicos que se acumulan en el cerebro y, entre ellos, está la proteína beta-amiloide, que es la que se asocia a la demencia. Es decir, que dormir poco y mal de manera crónica aumenta el riesgo de que tengamos demencia en el futuro. Además, miren ustedes cómo es la afectación de los trastornos del sueño que el insomnio ya se considera un factor predictor de suicidio. En 2022, hubo en España 4227 suicidios, un 5,6% más que en el año anterior, y estoy segura de que estas personas que se suicidaron habían dormido muy poco o nada las noches previas a suicidarse. Todo esto hace que en Alianza por el Sueño nos preocupemos mucho y queramos que cuando se habla de salud mental se tengan en cuenta los trastornos del sueño.

El tema de las benzodiacepinas. Las benzodiacepinas son los hipnosedantes, porque también incluiríamos ahí los fármacos Z, el zolpidem, que también es muy usado en nuestro país. Son medicamentos baratos y que actúan rápidamente, pero sabemos que lo barato y lo que actúa rápidamente no siempre es lo mejor. Parece que en España pasamos del tapeo al pastilleo, que queremos solucionarlo todo a golpe de pastilla, y esto no puede ser. Esto no puede ser, porque las benzodiacepinas tienen un elevado potencial de uso inadecuado. ¿Esto qué quiere decir? Que generan tolerancia, esto es, necesitamos cada vez más dosis para que nos haga efecto; generan dependencia y generan síndrome de abstinencia, sobre todo cuando se utilizan a largo plazo, y eso va a dificultar la retirada del medicamento en el paciente y va a facilitar su cronificación. ¿Qué ocurre con las benzodiacepinas? Que además no las estamos usando bien. La ficha técnica de las benzodiacepinas es clara, dice que las podemos utilizar cuatro semanas para el tratamiento del insomnio y doce semanas para el tratamiento de la ansiedad, y en España se están utilizando durante años y años y años. Además, tenemos que tener en cuenta que alteran la estructura del sueño y afectan a nuestra funcionalidad diurna; va a aumentar el riesgo de que tengamos un accidente de tráfico, un accidente doméstico, fracturas, caídas.

¿Qué es lo que pedimos desde la Alianza por el Sueño? Primero, nos congratulamos de que se haya votado en esta Comisión y haya sido aprobada por unanimidad la necesidad de que el Gobierno desarrolle un pacto nacional de salud mental; gracias, porque realmente es necesario. Pero queremos que en ese pacto se incluyan los trastornos del sueño y también el problema de benzodiacepinas que tenemos en España.

Si ven esta diapositiva, como se ha comentado, España es el país con la mayor tasa en consumo de fármacos con alta capacidad adictiva, un 13,1% de afectados. Se consume un 23,5% más desde el año 2018, cuando en países vecinos como Alemania o Francia el consumo está descendiendo, han conseguido disminuir el consumo. Un 11% de los españoles consumen al menos una dosis de benzodiacepina al día, un 20% de estos usuarios van a desarrollar dependencia, y también aumenta la probabilidad de que tengamos un accidente.

Y me paro en el tema de los adolescentes, porque el 38,5% de nuestros adolescentes están teniendo problemas de sueño, pero cuando buscas el estudio de consumo de drogas en Enseñanza Secundaria del Ministerio de Sanidad del año 2023, compruebas que la prevalencia de uso de benzodiacepinas, de hipnosedantes, con o sin receta, en niños de catorce años es de un 11,9% y en los de dieciocho años es de un 21,7%. A mí me preocupa, soy madre de dos hijas. Realmente, es un problema que los que se dedican a las políticas sanitarias deberían tomarse en serio, también por todo lo que ha dicho Carlos. Si tenemos a niños que no duermen o niños que no aprenden a dormir bien, vamos a tener un problema cuando sean adultos, sobre todo si ese problema lo están solucionando tomando hipnosedantes a los catorce años. Y he dicho que es con o sin receta, porque muchas veces no lo ha recetado el pediatra, es que sus padres, que tienen esa medicación, son los que le están dando la pastilla al niño para que duerma.

Estamos abiertos a contribuir y a colaborar en este pacto nacional por la salud mental. También podemos colaborar con otras instituciones como el Ministerio de Trabajo, ayudándole a redactar recomendaciones sobre actuaciones respecto al sueño en el ámbito laboral. Solicitamos poder participar en la subcomisión de salud mental, aprobada también por unanimidad en esta Comisión, porque creemos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 42

que podemos aportar mucho como expertos en la materia del sueño. Y, por último, les pedimos poder tener un acto en sede parlamentaria para presentarles y entregarles las 32 000 firmas que hemos recogido con la campaña «España tiene sueño» a las que el doctor Carlos Egea se refería.

Quiero darles las gracias. Voy a leer simplemente unas líneas: No debería sorprendernos la paradoja de una sociedad que pasa más tiempo sin dormir, pero que cada vez está menos despierta. No deja de ser lógico que una sociedad que sacrifica el sueño individual termine renunciando a soñar colectivamente. Una sociedad que duerme es una sociedad que sale adelante. Démosle al sueño el lugar que le corresponde. Es esencial impulsar políticas de intervención en todos los ámbitos: en los hogares, en las escuelas, en las universidades, en las empresas, en la sanidad, en la salud pública... Es necesario que se refuercen los buenos hábitos de sueño y que se impulse el cuidado integral del sueño y de la salud mental.

Les deseo a todos dulces sueños. Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctora Bellido.

Pasamos ahora a un turno de intervenciones de menor a mayor, si les parece.

El Grupo Parlamentario Mixto no está. El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) no está. El Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu tiene la palabra.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Buenas tardes.

Intervengo muy brevemente. Muchas gracias por la exposición.

Es apabullante el dato del 38,5% de adolescentes con problemas de sueño. Por nuestra parte, apoyaremos las propuestas que nos hacen, sobre todo la general de integrar dentro de la agenda política de la salud el buen sueño. Creo que es un tema importante. En mi experiencia práctica como persona que convive cerca de un centro del sueño, quiero decir que cualquier cosa que se haga tiene avances importantes. En estos momentos yo vivo en una ciudad, Gasteiz, en la que la unidad del sueño lleva años funcionando, y eso tiene un efecto social importantísimo de cara a crear referencias en la población de que no hay que conformarse con el mal sueño.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo Parlamentario Junts per Catalunya me parece que no está.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Republicano.

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Gracias, presidente.

Voy a ser muy breve porque coincido totalmente con mi compañero. Agradezco al señor Carlos Egea y a la señora Carmen Bellido toda la exposición.

Encuentro muy preocupante que el 30% de los niños entre seis meses y cinco años tengan problemas de sueño, porque cuando lleguen a la adolescencia van a tener más problemas de salud. Definitivamente —y nos preocupa— esta es una nueva pandemia que vamos a sufrir y que, además, va a repercutir en la salud mental, porque está claro que si no duermes bien durante el día vas a tener muchos problemas y que esto te va a ocasionar adicciones. Todo esto conforma una rueda. Creo que tenemos que empezar por educar a las familias —que son las que van a tener a los niños— a que dormir bien es tan importante como comer bien. No nos imaginamos dejar con hambre a un bebé porque no quiere comer más; pues creo que con el sueño nos tendríamos que plantear lo mismo, es decir, que si le vamos a educar para que coma, también le tendríamos que educar para que duerma.

Sobre las comparecencias en la Subcomisión de Salud Mental, van a tener todo el apoyo del Grupo Republicano.

Les felicito por su trabajo y les animo a continuar porque, verdaderamente, esto es solo el vértice de lo que puede llegar a ser este problema.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, intervendrá el Grupo Plurinacional SUMAR.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Muchas gracias por la intervención y por estar aquí. Es un placer tenerlos en esta casa.

Como había apuntado en la intervención, hay causas detrás de todo esto. Yo vengo de trabajar en Salud Pública, y ahí nos obsesionamos mucho con las causas de las causas de los problemas porque a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 43

veces, como ahora mismo decía la compañera, no son más que la punta del iceberg de cosas que hay detrás.

¿Qué análisis existen en relación con condicionantes sociales o factores socioeconómicos de las personas? Hay algunas variables que ya señaláis en los estudios, por ejemplo, la edad y el género, ¿qué otros condicionantes socioeconómicos se observan en los patrones? ¿Qué causas de las causas puede haber detrás de todo esto? A veces, hay políticas que ponemos sobre el síntoma, pero ¿qué otras políticas, más allá de las que se puedan hacer desde los sistemas sanitarios sería necesario implementar en nuestro país para mejorar esas causas de las causas? ¿Qué piensan?

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Interviene el Grupo Parlamentario VOX.

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

Les agradezco las explicaciones que nos han dado. En la ponencia, nos ponemos a su disposición para trabajar con ustedes y ayudarles en todo lo posible. Por supuesto, nos encantaría recibirles en la Subcomisión de Salud Mental. Por nuestra parte, desde luego, son más que bienvenidos.

Creo que a todos nos ha llamado la atención el dato alarmante de los jóvenes, y yo les quería preguntar si tienen también estudios de que esos adolescentes tengan unos excesos de consumo de cafeína, ya que cada vez es más precoz el acceso a bebidas energéticas. No vamos a decir marcas aquí, pero cada vez es más frecuente acceder a una máquina de refrescos y cada vez más vemos a más jóvenes, incluso con diez, once o doce años, con una lata de medio litro, que son prácticamente cuatro o cinco cafés. Además, me gustaría saber si el consumo del tabaco influye también en el insomnio de los jóvenes. Lo digo por los factores a los que ustedes tienen más acceso. Por otro lado, el consumo de benzodiacepinas y de este tipo de sustancias es un tema que siempre nos ha alarmado muchísimo en VOX.

Mi compañera Rocío de Meer, que se ha tenido que marchar, me ha pedido que les pregunte si tienen ustedes también en cuenta la brecha de las madres que no pueden dormir. Yo tengo dos hijos y lo he sufrido, como mi mujer, aunque principalmente son las madres las que llevan esa carga.

Nos ponemos a su disposición. Yo me preocupo porque soy de las personas que tienen problemas de sueño. Para mí, muchas noches se convierten en comer techo y darle muchas vueltas. Nos preocupa muchísimo el tema del sueño. Por eso, les agradecemos su presencia y nos ponemos a su disposición.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Interviene el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **CASTILLA ÁLVAREZ**: Buenas tardes.

De verdad, muchísimas gracias por estar aquí. Es un problema de salud, y les doy las gracias, en mi nombre y en el del Grupo Parlamentario Socialista, por compartir con nosotros este rato.

Como han explicado ustedes perfectamente, los trastornos del sueño son un grave problema de salud. Hemos visto que el 38,5% de los adolescentes tienen problemas para dormir, pero es que lo de arriba es aún peor, es decir, que entre los seis meses y los cinco años el 30% de los niños sufra problemas de sueño es algo que nos tiene que hacer recapacitar, sobre todo a los que los cuidamos.

También me llama la atención, porque lo hemos vivido, la cuestión en los centros de trabajo; sobre todo me dirijo a usted, que es médica especialista en Medicina del Trabajo. En cuanto a los riesgos psicosociales, existen muchos problemas, y no sé si convendrá conmigo en que son los grandes olvidados, los que son más difíciles de valorar. Me refiero al estrés laboral y a la carga mental, que tienen incidencia sobre todo —como dice— en los trastornos del sueño y en la alta siniestralidad que conllevan. Esto es algo que nos ha preocupado enormemente.

Es evidente que el mundo laboral ha experimentado un cambio tremendo, catalizado por la pandemia de la COVID-19, con el trabajo a distancia y las plataformas digitales. Como decía el otro día, no sé cuántas *apps* tenemos aquí para hacer videoconferencias. La digitalización se desarrolló de una manera tremenda por la necesidad de tener contacto social cuando no podíamos tenerlo; es decir, este disminuyó y, evidentemente, utilizábamos estas plataformas. Creo que hemos avanzado algo en los últimos años; hemos avanzado en la arquitectura jurídica en el tema laboral. Quiero recordar la reforma laboral, que mejora las condiciones laborales, sobre todo en los sectores más precarizados; la ley del

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 44

teletrabajo, que tiene fama en España, porque es extensiva, es una de las pioneras en el marco de la Unión Europea y deja margen, por ejemplo, para que los agentes económicos y sociales puedan pactar dentro del marco de la negociación colectiva —a mí esto me parece fundamental porque existen muchos sectores y muy diferentes—, y, luego, por ejemplo, la ley *riders*, que yo creo que es fundamental también porque se refiere a esas plataformas que abusaban de los trabajadores, que eran falsos autónomos. Creo que son cosas en las que hemos avanzado, pero todavía no estamos viendo sus efectos, porque es obvio que el consumo de benzodiazepinas, que puede ser un predictor directo de estos problemas, es mayor y más largo en el tiempo, y, evidentemente, esto es porque no estamos quitando la causa o bien porque existe una causa endógena, que eso también puede pasar. Creo que es un elemento que nos debe hacer reflexionar.

Entre todos los datos, me ha llamado muchísimo la atención el tema de los niños y de los adolescentes, pero sobre todo el de los niños.

Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, serán bienvenidos a la Subcomisión de Salud Mental. Lo han dicho ustedes, y para nosotros ha sido un honor, porque el pacto para la salud mental lo propuso este grupo, aunque la subcomisión se aprobó por unanimidad. Cuando tengan a bien, estarán ustedes en ella, y debemos compartirlo con la sociedad, porque creo que es algo que se debe saber.

Para terminar, solamente quiero recordar que en la legislatura pasada mi grupo promovió una proposición no de ley para mejorar el abordaje de los trastornos del sueño en la línea de la formación, porque están ustedes formados, evidentemente, pero hay que formar a los compañeros —y yo soy colega de la sanidad pública— para poder abordar estos temas, que son un problema bastante serio y que parece que no van a dejar de subir, pues no están retrocediendo ni mucho menos.

Reitero mi agradecimiento por que hayan ustedes compartiendo toda esta información con nosotros esta tarde.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

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

Buenas tardes.

Quiero empezar dando las gracias a la Presidencia de la Mesa por haber hecho posible esta comparecencia esta tarde aquí y, por supuesto, a los comparecientes, porque es un lujo tener profesionales de tanto prestigio que hayan querido venir a nuestra casa a dedicarnos un rato y contarnos este proyecto.

Por supuesto, no hay otra cosa más que sumarse a todo lo que los compañeros ya han ido diciendo, porque es verdad que el acuerdo es unánime. Me ha gustado mucho la documentación que nos han facilitado. He estado curioseando y he entrado en la web, y me ha parecido muy interesante el abordaje conjunto del sueño. Es decir, hoy han puesto más énfasis en la parte de insomnio y benzodiazepinas, porque es un problema de salud pública muy alarmante, pero también han sabido aunar los trastornos respiratorios del sueño y han hecho un abordaje completo de toda su casuística. Esto es también de agradecer. Hay que agradecer a la alianza que hayan pensado en aunarlos y en aunar tantas sociedades y tantos grupos de trabajo para poder avanzar.

Es verdad que los datos que aportan son alarmantes. Me gustaría plantear una cuestión para cuando vengan de nuevo a exponer en nuestra subcomisión. En el caso de la apnea del sueño, dentro de los trastornos respiratorios del sueño, está demostrado que existe un sesgo de género tanto en el infradiagnóstico como en el infratratamiento de las mujeres frente a los hombres. También vemos en la gráfica y en los datos que hay más insomnio en mujeres, 72%, y más uso de benzodiazepinas. Y yo me pregunto cuánto puede haber de sesgo en esta apreciación a la luz de los datos. Algo que parecía que era una enfermedad de hombres, la apnea del sueño, resulta que no es así. Las mujeres hacen que sus parejas vayan a consultar, porque las oyen roncar y perciben la apnea, pero, a lo mejor, no pasa al contrario, y las mujeres acuden menos. Además, luego se encuentran un sistema sanitario que está preparado por árboles de diagnóstico y que llega a una serie de diagnósticos que al final infratratán a personas que lo necesitan y que entran en un riesgo cardiovascular, como está establecido. Quería saber si en estas encuestas y en este estudio demográfico han tenido en cuenta que este sesgo pueda estar aquí, en la población, y, sobre todo, quería darles las gracias por estar aquí esta tarde.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Para concluir, tienen ustedes la palabra, si les parece.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 45

El señor **EGEA SANTAOLALLA** (coordinador del Grupo de Trabajo Sanitario de la plataforma de trabajo Alianza por el Sueño): Muchas gracias por los elogios, que se agradecen mucho, porque, aunque yo tengo cincuenta y ocho años, vengo con ilusiones. Como decíamos, somos activistas de los sueños y del sueño.

Con respecto a la primera pregunta, sobre si sabemos cuáles son las causas de esta inercia, tenemos algunas ideas, pero nuestro periodo de estudio es muy corto porque somos muy jóvenes en esta disciplina. Siempre ha habido guerras, y en ninguna guerra se duerme. De hecho, las benzodiazepinas aparecieron en la Segunda Guerra Mundial, porque era imposible dormir para toda la población, claro, con una guerra con los nazis era imposible dormirse. Entonces, esparcieron benzodiazepinas y todo el mundo se dormía, y así quitaron el problema. Pero en situaciones normales como es la de este país, sin guerras, parece que la industrialización, la incorporación de la mujer al mundo laboral sin salirse del mundo doméstico, el hecho de que el hombre no se haya incorporado de la misma manera y el horario que tenemos han sido los factores que más han marcado que seamos el país que más ansiolíticos y benzodiazepinas consume del mundo, con gran distancia con respecto a otros países de nuestra esfera política, como puede ser, por ejemplo, Alemania.

¿Se pueden hacer cosas concretas con eso? Sí, claro, porque hemos hablado de los horarios, de nuestra cultura; hemos hablado de la incorporación de la mujer al trabajo persistiendo su incorporación en el ámbito doméstico, y hemos hablado de que el hombre tiene que incorporarse también y empezar así una cultura de compartir labores. Es decir, culturalmente se pueden hacer cosas, incluso desde principios. Seguro que algunos recuerdan el «vamos a la cama, que hay que descansar». Podemos llevar a cabo iniciativas para que todo el mundo vea que el sueño es una oportunidad, pero desde pequeños, y no una pérdida de tiempo. Más aún, nuestras abuelas nos decían: Si tienes un problema, consúltalo con la almohada. ¡Dios mío, qué horror! Si lo consultas, ya no duermes. Por tanto, hay cosas culturales que se nos han inculcado en nuestra forma de ser y en nuestra cultura y que hay que modificar, como pasa con la violencia de género. El sueño es una de ellas. Con respecto a esa primera pregunta, sí que sabemos cómo actuar, pero no sabemos a qué velocidad actuar.

Con respecto a la homogeneidad de todos los profesionales que se dedican a la medicina del sueño, es cierto. Nosotros creemos que somos una de las áreas en las que no hay cercas, como en los rebaños. Los diferentes profesionales que nos dedicamos a esto —desde médicos, a enfermeras, farmacéuticos o dentistas— no tenemos ese rol, pero sí que necesitamos homogeneizarnos. En algún momento, hemos planteado las áreas de competencia específica. Creo que lo hablamos en la anterior comparecencia que tuvimos hace un año y medio o dos. Necesitamos homogeneizar todas las capas de los profesionales que se dedican a esta disciplina desde los diferentes puntos de donde vengan.

Y, con respecto a la tercera pregunta, que es sobre la apnea del sueño, sí que hay una diferencia de rol. Nosotros hemos mirado quién viene a la consulta. Como dice usted, a veces es la enfermedad del oyente, que viene porque oye a alguien que ronca o que hace paradas y le trae. A mí me ha pasado que ha venido hasta el presidente de la comunidad de vecinos con el vecino, porque la junta de vecinos había dicho que a ver qué pasaba ahí, que allí no dormía nadie, que aquí no hay quien viva. Pero cuando hemos ido a las farmacias comunitarias y hemos investigado a ver qué personas preguntan por los ronquidos, hemos visto que son mayoritariamente mujeres. Igual, el foco lo hemos puesto en una sanidad a la que se lleva al paciente y no en otras alternativas, en otros focos, como son las farmacias comunitarias o las enfermerías, donde quizás el perfil varía. Eso es lo que yo quería contestar a las preguntas que ustedes han hecho.

La señora **BELLIDO CAMBRÓN** (coordinadora del Grupo de Trabajo Sostenibilidad, Economía y Empresa de la plataforma de trabajo Alianza por el Sueño): A ver si me acuerdo de todas las preguntas. Gracias por los comentarios.

Respecto a los riesgos psicosociales, tienen toda la razón. Yo trabajo en un hospital. Soy médico del trabajo en el Hospital General de Castellón, y les puedo decir que cuando vamos a medir el riesgo de formaldehído en el laboratorio de anatomía patológica, medimos con una bomba de muestreo y sabemos que si está por encima de un valor están expuestos a un nivel alto y que no se puede permitir, y que si están por debajo de ese valor, no.

¿Qué pasa con el riesgo psicosocial? Que hemos de tener en cuenta muchas cosas y son difíciles de medir, para, luego, poner las medidas preventivas para evitarlo. Son muchas cosas: no sé qué jefe voy a tener; no sé qué contrato tengo, si es fijo, si es indefinido o si se me va a acabar mañana; no sé si tengo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 46

posibilidades de desarrollar mi carrera profesional donde estoy trabajando o si tengo un conflicto de rol porque no sé bien cuáles son mis funciones en la empresa. Son muchas cosas. Por eso tenemos que estar los médicos del trabajo y los enfermeros del trabajo en la Alianza por el Sueño, porque cualquier problema que tengamos en el trabajo nos va a quitar el sueño y, evidentemente, un trabajador o una trabajadora que duerma mal por la noche no va a ser productivo.

Hemos calculado también con otro estudio que una persona que duerma mal tiene entre cuarenta y cinco y cincuenta y cinco días de pérdida de productividad al año y va a tener más conflictos. Yo estoy trabajando en un hospital donde se hacen guardias de veinticuatro horas. ¿Cuánto dormía yo en la pandemia? Les puedo asegurar que en la primera ola de la pandemia no dormía absolutamente nada, y tenía que ir a trabajar. Tenía que estudiar brotes, decidir aislamientos, ver mascarillas e infinidad de cosas y realmente estaba agotada para hacerlo. Entonces, claro que tenemos que preocuparnos por el riesgo psicosocial en las empresas y claro que las empresas tienen que tener claro que invertir en la salud de sus empleados va a ser siempre rentable para ellas, siempre.

La Red Europea para la Promoción de la Salud en las Empresas habla del ROI, que es el retorno de beneficios por lo que tu inviertes en la salud, y calcula que por cada euro invertido en promoción de la salud de los trabajadores vamos a tener un retorno de entre 2,5 y 5,4 euros, tanto en absentismo como en costes por enfermedad. Eso lo tienen que saber los empresarios. Tienen que preocuparse por cuidar la salud de sus trabajadores en todos los sentidos; al igual que se cuidan las máquinas de *vending* para que no haya bollería industrial y se pongan piezas de fruta, también tienen que preocuparse.

Está claro que vivimos en una sociedad donde todo lo queremos ya. Por ejemplo, un hospital tiene que estar inevitablemente abierto las veinticuatro horas, pero tenemos que intentar que el trabajo a turnos se reduzca a la mínima expresión, y cuando esté presente, tendremos que estudiarlo a fondo y estructurarlo de una manera que permita mitigar los efectos para la salud de los trabajadores, y también ellos deben ser conocedores de cuáles son los efectos de ese trabajo en su salud, porque yo también veo todos los días en mi consulta a médicos que no duermen y que están tomando benzodiazepinas. Hace poco se ha hecho un estudio por parte de la Sociedad Española de Médicos Generales, a través de la Alianza por el Sueño, que concluye que el 51 % de los médicos que responden a esa encuesta, que son médicos de familia de este país, toman benzodiazepinas y que el 16 % las está tomando diariamente. Y cuando les preguntan: ¿Por qué las tomas? El 84 % dice: Por mi trabajo. Entonces, claro que tenemos que preocuparnos por los riesgos psicosociales cuando hablamos de los trastornos del sueño, por supuesto.

Respecto al tabaco, que me preguntaba, claro que las personas que fuman duermen peor porque tienen una adicción a la nicotina y eso hace que se despierten, es así.

Con respecto a la desconexión digital y al teletrabajo, pese a que ya hay una normativa respecto de la desconexión digital, el 65 % de las empresas no lo está haciendo, creo ya que lo he dicho. Entonces, ¿qué ocurre con el teletrabajo? Que necesitamos, primero, respetar los tiempos de descanso. Yo no puedo mandar un *email* a mi equipo a las diez de la noche, porque si es para decirles que necesito que alguien haga una guardia el sábado, seguramente muchos van a dejar de dormir esa noche y no van a solucionar nada en ese momento; pues a lo mejor hasta las ocho de la mañana del día siguiente no hace falta que lo mande. Luego necesitamos una ordenación del tiempo, necesitamos autonomía y responsabilidad y necesitamos que las empresas tengan normas de desconexión digital. Ya hay empresas que las tienen, como Stellantis, por ejemplo, que tiene los diez mandamientos de la desconexión digital, y se tienen que respetar. Esto también lo estamos impulsando desde Alianza por el Sueño, desde nuestro grupo de trabajo.

Respecto del tratamiento, necesitamos un abordaje integral. A una persona que lleve tomando benzodiazepinas diez años, el médico de familia, en el centro de salud y en cinco minutos les aseguro que no se las va a poder quitar. Por supuesto que necesitamos educación, pero desde niños. Con el tabaco, por ejemplo, ¿cuánto hemos conseguido con el tabaco? También gracias a las leyes que se han hecho. A veces es más efectivo para que un padre deje de fumar que se lo diga su hijo y no que se lo diga su médico de cabecera. Pues con el sueño, si conseguimos que los niños se mentalicen y aprendan a dormir bien, probablemente en casa sean ellos los que les recuerden a sus padres que tienen que dormir.

Y creo que no me dejo nada.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 78

14 de marzo de 2024

Pág. 47

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctora Bellido.

También muchísimas gracias a todos los que han venido de Alianza por el Sueño para estar hoy con nosotros.

Creo que no hay duda de que es un tema fundamental. Si en media hora han aparecido una montaña de preguntas, de conexiones y de causalidades, me imagino que cuando comparezcan ustedes ante la Subcomisión de Salud Mental toda esa problemática se va a disparar. Tenemos que tomárnoslo muy en serio porque, efectivamente, lo que está en juego es el modelo de sociedad y de país que podemos tener.

Muchísimas gracias.

Y antes de que nos vayamos todos, quiero recordarles el tema del calendario, que no es pequeña cosa. El día 19 debemos tener una Mesa y portavoces. Nos quedan cuatro sesiones de la Comisión hasta junio y tenemos que decidir mínimamente qué es lo que vamos a hacer en estas cuatro sesiones, porque, si no, simplemente el día a día nos desbordará. Tenemos una sesión de la Comisión el 15 de abril y mi propuesta es que entre el 19 de marzo y el 15 de abril tengamos una Mesa y portavoces para tener comparencias y poder discutir un poco más. Pero el 19, por favor, que todo el mundo se apunte que por la tarde habrá una pequeña reunión, de no más de media hora o tres cuartos, para discutir la programación.

Muchas gracias a todos.

Se levanta la sesión.

Eran las siete 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.