



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 249

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 18

celebrada el miércoles 18 de diciembre de 2024

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de la ministra de Sanidad (García Gómez):

- A petición propia, para presentar el balance del año de desempeño en su cargo. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente 214/000060) 2
- Para rendir cuentas sobre la situación real de las necesidades e ineficiencia pendientes de ser resueltas en el Sistema Nacional de Salud cumplido su primer año al frente del ministerio. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 213/000519) 2

Solicitud de prórroga de los trabajos de la siguiente subcomisión:

- Subcomisión para mejorar la Protección, la Promoción y la Atención Integral de la Salud Mental. (Número de expediente 154/000002) 47

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 2

Se abre la sesión a las cinco y cincuenta minutos de la tarde.

COMPARECENCIA DE LA MINISTRA DE SANIDAD (GARCÍA GÓMEZ):

- A PETICIÓN PROPIA, PARA PRESENTAR EL BALANCE DEL AÑO DE DESEMPEÑO EN SU CARGO. A PROPUESTA DEL GOBIERNO. (Número de expediente 214/000060).
- PARA RENDIR CUENTAS SOBRE LA SITUACIÓN REAL DE LAS NECESIDADES E INEFICIENCIA PENDIENTES DE SER RESUELTAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUMPLIDO SU PRIMER AÑO AL FRENTE DEL MINISTERIO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 213/000519).

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión. Buenas tardes a todos.

Celebramos hoy las siguientes comparecencias de la ministra de Sanidad, Mónica García. Lo primero de todo es darle la bienvenida y agradecerle que esté hoy con nosotros. Comparece, primero, a petición propia, para presentar el balance del año de desempeño en su cargo y, después, para rendir cuentas sobre la situación real de las necesidades e ineficiencias pendientes de ser resueltas en el Sistema Nacional de Salud cumplido su primer año al frente del ministerio, a petición del Grupo Parlamentario Popular.

Tras la intervención de la ministra, el debate se desarrollará con intervenciones de diez minutos de los portavoces; después, la ministra responderá y, a continuación, tendrán una última ronda de réplicas que intentaremos, por favor, que sea lo más breve posible.

Sin más, señora ministra, tiene la palabra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Muchas gracias, presidente. Buenas tardes a todos y a todas.

Para mí es un honor estar hoy aquí compareciendo a petición propia ante la Comisión de Sanidad del Congreso en este tramo final del año 2024 para rendir cuentas y para hacer balance de un año de muy intenso trabajo en el Ministerio de Sanidad desde que comenzó esta legislatura.

Hace once meses, en este mismo foro, presenté ante ustedes las líneas políticas generales que me propuse impulsar desde el ministerio y que han guiado su acción durante todo este tiempo. Aprovechando que el año se acerca a su fin, como solemos hacer a finales de año, como solemos hacer en Nochevieja, considero que es el momento oportuno de hacer un balance del año que ha pasado y ponernos los desafíos y los retos del futuro. Si les parece bien, dividiré mi intervención en dos grandes bloques: por un lado, el balance del primer año de gobierno y, por otro lado, las principales líneas de trabajo del año que viene. Luego, por supuesto, atenderé con gusto todas sus preguntas.

Déjenme que antes de entrar en materia me detenga en algunas reflexiones que son de carácter más general sobre la base de la experiencia acumulada durante estos meses de gobierno. Como saben, la última vez que comparecí apenas llevaba dos meses en el cargo; me presenté como una ministra novata pero que no era nueva, me conocía perfectamente nuestro sistema sanitario; una profunda enamorada del Sistema Nacional de Salud, una declaración de amor a uno de los ejes que vertebran nuestra sociedad. Un año después sigo teniendo el mismo compromiso y sigo haciendo la misma declaración de amor a nuestro Sistema Nacional de Salud. Y tras este aprendizaje en el Gobierno durante este año, me reafirmo más aún si cabe a la hora de decir que nuestro Sistema Nacional de Salud es un tesoro; es un tesoro que tenemos que guardar, que tenemos que cuidar y un tesoro que se sostiene día a día gracias a miles de profesionales excepcionales que se van dejando la piel en sus ámbitos, en sus niveles y en sus responsabilidades.

En un momento político, social e histórico como el que estamos viviendo, de una marcada inestabilidad, incertidumbre y aumento de las desigualdades, creo que nuestro Sistema Nacional de Salud es uno de los pilares que nos iguala, que nos protege y que nos ofrece certezas; es uno de los lugares donde acudimos cuando todo lo demás nos falla y creo que es el lugar donde con más facilidad se aglutinan los consensos cuando hablamos de salud. Seguramente todos los que estamos aquí el primer deseo que pidamos para el año que viene sea tener salud, y eso hace que al final nuestro Sistema Nacional de Salud sea un aglutinador de voluntades y sea donde el entendimiento y el consenso se pueden dar con más facilidad. Mientras en países como, por ejemplo, Estados Unidos, la atención y el acceso a los sistemas sanitarios supone el 65% de las bancarrotas familiares, nosotros podemos estar orgullosos de tener aquí una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 3

sanidad pública que no deja a nadie atrás, que no tiene que poner a nadie de este país en la tesitura de tener que elegir entre cuidar su salud o llegar a fin de mes.

Dicho esto, nuestro sistema sanitario no está exento de peligros ni tampoco está exento de detractores, y tenemos enemigos declarados a nuestro sistema sanitario. Algunos, los menos, son jetas confesos —creo que se puede decir jetas confesos— que utilizan sus contactos políticos, que utilizan sus contactos personales para sacar tajada de nuestra sanidad y, aún peor, para vivir bien a costa de nuestra salud y vivir del cuento en áticos, con bienes de lujo que están pagados con la salud de todos los españoles y todas las españolas. Otros enemigos son directamente responsables de gestionar lo público sin creer en lo público, lo que se llama el caballo de Troya dentro de lo público; gente que hace grandes alabanzas del mejor sistema sanitario del mundo y, sin embargo, lo recorta y lo desprestigia diariamente tanto con sus declaraciones como con sus políticas. Y, por último, hay enemigos de nuestro sistema sanitario que son directamente negacionistas profesionales que hacen negocio de ese de negacionismo y del retardismo en sus múltiples formas esparciendo bulos, mentiras, insidias; bulos disociados de la más mínima evidencia científica y que atentan contra la salud pública. Son personas que señalan día sí y día también a los servicios públicos, a las autoridades científicas, como hemos visto recientemente con el ataque y denuncia por parte de un chiringuito ultraderechista, que ha tenido el valor de poner en cuestión una institución de absoluto prestigio como puede ser la AEMET. Asimismo, estamos viendo día sí y día también cómo científicos están siendo atacados en redes, intentando desprestigiar una de las pocas certezas que tenemos ahora mismo en nuestro país y en el mundo, que es la ciencia, que es la evidencia científica, que es lo que al final guía nuestras decisiones políticas y nuestra toma de decisiones, basadas, digo, en la veracidad y el rigor.

Si nuestro sistema de salud es el elemento de nuestro país que más aporta en términos de cohesión social y de creación de sentimientos de pertenencia y ciudadanía, yo creo que no es exagerado decir que los verdaderos enemigos de España son aquellos que maltratan nuestra sanidad pública, que se lucran con ella o que contribuyen a aumentar la desconfianza en nuestras instituciones públicas. El Sistema Nacional de Salud es confianza y la confianza es uno de los valores que tenemos cuidar, porque también es un valor que perpetúa y garantiza nuestra salud. Por ello, el Gobierno de España y este ministerio van a proteger con uñas y dientes lo que nuestros padres, madres, abuelos y abuelas levantaron, con Ernest Lluch a la cabeza: un sistema sanitario robusto, fruto del esfuerzo de todos y todas, que tenemos que conservar y garantizar, porque lo que nos estamos jugando es lo más sagrado: nuestra salud. Es un esfuerzo de todos y todas no caer en la indiferencia y participar de este fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud primando —cómo no— el bien común.

Y, si algo me ha llamado la atención este año, es la enorme referencia y el modelo a seguir que supone nuestro sistema sanitario internacionalmente. Es casi unánime la cantidad de voces, la cantidad de embajadores y embajadoras, ministros y ministras que se fijan y que tienen a nuestro país como guía en cuanto a buenas prácticas se refiere, en lo que a universalidad se refiere, en lo que a nuestra atención primaria se refiere, en lo que a la eficiencia de nuestro modelo sanitario se refiere. Hay países que vienen con papel y boli a estudiar realmente cómo es nuestro sistema sanitario, y eso requiere que estemos a la altura de las responsabilidades que ello conlleva. Creo que cada uno en sus responsabilidades y desde sus lugares tiene que aportar este granito de arena para que sigamos siendo uno de los países referentes en lo que a sanidad se refiere. El Gobierno de España, por supuesto, va a hacer su parte y ustedes, como legisladores, también tienen su papel; apelo a que, junto al resto de actores e instituciones, trabajemos juntos para dar respuesta a toda la ciudadanía.

Como les detallaré a continuación, creo que ha sido un año muy productivo, muy fértil en una legislatura difícil. Me siento muy orgullosa de poder decir que, muy humildemente y a pesar del escepticismo recurrente de algunos sectores de la oposición, estamos cumpliendo con el cometido que nos marcamos, así como con los objetivos señalados en el acuerdo de coalición progresista. Estamos satisfechos con el trabajo que hemos hecho hasta ahora. Queda muchísimo trabajo por hacer y, sobre todo, también estamos preparados para lo que viene. En este último año hemos visto cómo los barómetros del CIS reflejaban que la sanidad había dejado de ser una de las principales preocupaciones de los españoles y españolas y que ha descendido de los primeros puestos en el *ranking* de problemas, con una reducción del 10%. Pero esto no puede ser un motivo de inacción, indolencia y complacencia, porque, como digo, creo que tenemos por delante muchísimos retos; muchísimos retos para reforzar nuestro sistema sanitario, muchísimos retos demográficos y muchísimos retos de modernización de nuestro sistema sanitario. La sanidad debe ser el refugio para nuestra tranquilidad. No puede ser el lugar en el que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 4

se ahonden nuestros problemas o nuestras preocupaciones, y este es el camino a seguir. Creo que tenemos que garantizar que nuestra sanidad sea una fuente de apoyo para la ciudadanía y no un motivo de inquietud.

Tampoco caemos en la ingenuidad ni, por supuesto, vamos a escurrir ninguno de los bultos. Sabemos que, a la vez que nuestra sanidad es robusta, tiene muchas grietas abiertas que la ciudadanía sufre en primera persona, como las listas de espera, que son inaceptablemente largas, la dificultad de acceso a nuestra Atención Primaria u otra serie de grietas que se han ido abriendo a lo largo de los años y que vamos a ir cerrando poco a poco.

Dicho esto, hay que recalcar, hay que reconocer y hay que volver a apuntalar —sé que todas sus señorías lo saben— que la gestión directa de los servicios de salud, como saben, recae en las comunidades autónomas. Soy consciente de que cuando la ciudadanía se enfrenta a las dificultades muchas veces no sabe muy bien cuáles son los niveles administrativos ni tampoco entiende de competencias. Nosotros siempre decimos que, aunque no sea nuestra competencia, todo lo que tiene relación con la salud sí que es de nuestra incumbencia, pero también nosotros señalamos aquellos lugares o aquellas políticas que no están funcionando para velar por la salud de la ciudadanía en condiciones de equidad, en condiciones de igualdad y en condiciones de compromiso. Somos unos firmes defensores de la descentralización de competencias, pero eso no puede ir acompañado de una recentralización de las incompetencias, y allá donde nosotros detectemos o el Ministerio de Sanidad detecte incompetencia que al final repercute en la salud de los ciudadanos y las ciudadanas, también tenemos la obligación de señalarlo y denunciarlo desde el punto de vista del diagnóstico para poder poner soluciones encima de la mesa.

Así que el Gobierno de España va a hacer todo lo que esté en sus manos. Y, salvo una cosa, que es asumir la dejación de funciones del resto de competencias o de alguna dejación de funciones intencionadas de las comunidades autónomas, desde luego no va a faltar en este Gobierno ni un ápice de firmeza, ni un ápice para garantizar que la atención sanitaria funcione de manera equitativa, eficaz y no deje a nadie atrás en ningún lugar del territorio de España. Nuestra función como ministerio es coordinar, apoyar y, cuando sea necesario, señalar con contundencia aquellas deficiencias para poder corregirlo. La confianza de la ciudadanía en nuestro sistema sanitario no puede quebrarse ni por la dejadez ni por los balones fuera de quienes ejercen las responsabilidades directas.

Dicho esto, antes de pasar a un balance pormenorizado de este año, me gustaría detenerme en dos asuntos. Primero, quiero hacer una actualización de la situación epidemiológica de las zonas afectadas por la DANA, que está bajo un seguimiento constante y coordinado. Como bien saben, desde el minuto uno nos pusimos a coordinarnos desde el Ministerio de Sanidad, desde la Dirección General de Salud Pública y el Centro de Alertas y Emergencias para poder hacer una vigilancia exhaustiva epidemiológica de las zonas afectadas, teniendo en cuenta también las experiencias que había habido en otros lugares de Europa, poniéndonos en contacto también con la región de Europa de la OMS para saber a qué nos podríamos enfrentar. Se ha confirmado una tendencia esperable de elevación de los casos de gastroenteritis —no hemos detectado ningún brote importante—; se han confirmado cuatro casos de leptospirosis que han evolucionado favorablemente sin fallecidos ni ingresos actuales; también ha habido cuatro casos de legionelosis sin relación epidemiológica entre ellos, lo que descarta un brote. Estos datos, que son menores a los inicialmente previstos y para los que inicialmente estábamos preparados, reflejan también la rapidez de un sistema de vigilancia que funciona, de un sistema de salud pública que está preparado, que aprendió de la pandemia y que hoy en día nos sirve como testigo y como radar para poder vigilar la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas, pase lo que pase.

En cuanto a la coordinación, se han establecido varios grupos de trabajo especializados en esta vigilancia epidemiológica, y quería llamar la atención no solamente sobre la coordinación y el buen trabajo que se ha hecho entre la conselleria y el Ministerio de Sanidad, sino de la rapidez con la que hemos sido capaces de sacar recomendaciones y protocolos.

Asimismo, también hemos puesto en el centro del cuidado de las personas afectadas por la tragedia de la DANA su salud mental, y a través del Comisionado de Salud Mental y la Conselleria de Sanitat hemos iniciado el despliegue de las unidades de salud mental de emergencia, las USME, para que recojan y den respuesta también a lo que ya sabemos que va a pasar con la salud mental de las personas afectadas; no solamente de las personas que han tenido pérdidas personales y materiales, sino de todas las personas que se han visto afectadas por una situación absolutamente trágica. Seguimos manteniendo esta vigilancia activa y constante y vamos a hacer un seguimiento proactivo de todos los problemas de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 5

salud mental que puedan surgir, porque la experiencia internacional y la experiencia de las diferentes organizaciones e instituciones internacionales también nos dice que muchos de estos problemas empiezan a aparecer a partir del tercer o sexto mes y, una vez terminados los primeros auxilios de salud mental, como Ministerio de Sanidad teníamos también que hacernos cargo de ese apoyo y esa ayuda en la parte de salud mental reforzando, cómo no, la red de salud mental de la propia conselleria.

El segundo asunto que quiero destacar es especialmente preocupante y tiene que ver con los planes de invierno y con la gripe. Cuando trabajaba en el hospital no podía explicarme por qué todos los años una gripe que es estacional, una epidemia que es estacional nos colapsaba, nos saturaba las urgencias y teníamos que suspender quirófanos, teníamos que hacer contrataciones de última hora, no encontrábamos personal y de alguna manera ponía en jaque nuestro sistema sanitario. Luego, llegó una pandemia que nos demostró que no podemos funcionar a golpe de curva epidemiológica, sino que tenemos que prevenirla. Tenemos una curva epidemiológica que viene todos los años más o menos en las mismas fechas, sabemos más o menos cómo se va a comportar y, todavía mejor, sabemos qué es lo que tenemos que hacer para prevenir. Los equipos de las consejerías, los equipos técnicos de las consejerías y la Dirección General de Salud Pública del ministerio han trabajado durante meses para tener un protocolo coordinado en el que sepa exactamente qué tiene que hacer cada cual. No nos valía el «no, yo ya tengo el mío». Con el «no, yo ya tengo el mío» no podemos funcionar, porque luego nos lleva a tener problemas de «no, yo ya tengo el mío, pero no coincide con el de al lado», y llevamos a la ciudadanía a desconfiar de las instituciones que les tienen que cuidar.

Lamento profundamente que el Partido Popular haya bloqueado este protocolo. Lo lamento profundamente, porque lo que estamos poniendo en jaque es la salud de las personas, y si hablamos siempre de que el sistema sanitario tiene que estar para prevenir, lo que tiene que estar es para consensuar y para prevenir este tipo de epidemias, que, insisto, vienen todos los años en las mismas fechas y sabemos cómo se van a comportar. En serio, ¿qué le decimos a la ciudadanía, después de haber pasado una pandemia, a la hora de demostrar que como instituciones ha habido un bloqueo para que no podamos actuar de manera coordinada en algo tan sencillo y tan simple como puede ser la gripe? Lo siento mucho, pero me parece de una gravedad extrema.

Nosotros vamos a seguir con ese compromiso. Vamos a seguir con el compromiso y lo vamos a publicar como recomendaciones. Esperemos que todas las comunidades autónomas al final se avengan a cumplir los mismos protocolos. Insisto, es una votación en contra de los propios técnicos de las consejerías de Sanidad, es un partido votando en contra de los técnicos que han elaborado unos protocolos que creo que son necesarios para la ciudadanía. No son necesarios para el Gobierno, no son necesarios para el Ministerio de Sanidad, son necesarios para la ciudadanía. ¿Para qué? Para que la gente ingrese menos y para que la gente fallezca menos.

Después de estas reflexiones, voy a pasar a hacer un balance pormenorizado de las acciones y los avances de este año. Intentaré ser concisa, pero es verdad que este año ha dado mucho de sí. Comenzaré diciendo que este año ha sido el año de los cimientos. Venimos de una década de recortes y de una pandemia y la sanidad, pese a ser robusta, tiene ciertas costuras abiertas y ciertas desarticulaciones que nos hemos propuesto articular. No nos da miedo el corto, el medio o el largo plazo. Hay muchas políticas que hemos puesto en marcha que no las vamos a disfrutar nosotros como Ministerio de Sanidad, pero que sí las vamos a disfrutar como Sistema Nacional de Salud. Ha sido un tiempo para reordenar las prioridades, para abrir todos los cajones que de alguna manera dejó suspendidos la propia pandemia, todas las reformas que necesitaba nuestro sistema sanitario, y para reconstruir lo esencial. Ya lo he dicho en muchas ocasiones, pero hay tres ejes en los que se basa la acción del Gobierno del Ministerio de Sanidad. El primero es recuperar el orgullo de la sanidad pública, el segundo es ensanchar nuestro sistema sanitario y el tercero es adaptarlo a los retos del siglo XXI. Con esta ambición hemos trabajado estos meses y el resultado han sido: tres proyectos de ley aprobados por el Consejo de Ministros; un anteproyecto de ley a las puertas de aprobarse en el Consejo de Ministros; catorce reales decretos; numerosas órdenes ministeriales, y otros tantos acuerdos adoptados en el Consejo de Ministros.

Por su parte, con el pleno del Consejo Interterritorial que celebramos el pasado lunes son ya doce plenos del Consejo Interterritorial los que hemos celebrado, lo que supone una media de un pleno al mes. En cada una de estas reuniones han tenido lugar multitud de acuerdos. En la última, llegamos a ocho acuerdos fundamentales para nuestro Sistema Nacional de Salud, que van desde el Plan de Atención Primaria, del que ahora les daré cuenta, hasta el registro de los objetores de conciencia en el tema de la interrupción voluntaria del embarazo. Ha habido acuerdos, transferencias de recursos, estrategias, planes,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 6

mejoras aprobadas conjuntamente entre el ministerio y las comunidades autónomas para mejorar nuestro sistema sanitario. Insisto, nuestro Sistema Nacional de Salud es el elemento aglutinador que deja y aparca a un lado las diferencias políticas y se pone a trabajar realmente por lo que más nos importa que es nuestra salud.

Les voy a detallar los grandes objetivos que nos hemos marcado. Con respecto al orgullo en nuestra sanidad pública, primero, la ley de universalidad. Hemos aprobado en el Consejo de Ministros el Proyecto de Ley de Universalidad, el Proyecto de Ley de Equidad y Cohesión, y hemos puesto en marcha también la Ley de Gestión Pública del Sistema Nacional de Salud. Este paquete normativo representa un hito en la recuperación y el fortalecimiento de los valores emblemáticos, de los valores que nos representan, de los valores que son envidiados en el resto del mundo. La ley de gestión pública simboliza, además, junto con el Observatorio contra la Corrupción y el Fraude Sanitario, también creado en estos meses, un muro frente a los jets, frente al lucro, frente al pillaje obsceno de nuestra sanidad pública, frente a los casos bochornosos que hemos estado viendo en los últimos años. Queremos fortalecer, claro que sí, el papel de lo público a la hora de cuidar la salud de la población. Esperamos que la ley de universalidad también vea la luz pronto. Porque, como he dicho esta mañana, a pesar de vivir en un momento en el que hay voces apocalípticas que hablan y que identifican la inmigración con la inseguridad y con el deterioro de los servicios públicos, la evidencia científica dice que no es así. Demuestra que excluir a los migrantes ni reduce costes ni alivia la presión del sistema sanitario; todo lo contrario. Es más, quiero recordar a sus señorías y a la ciudadanía que el sistema sanitario se financia con los impuestos desde finales del siglo pasado, ya no es la Seguridad Social, ya no es «voy al hospital de la Seguridad Social». Vamos a una sanidad pública y universal que pagamos con impuestos. Un migrante que compre en un supermercado o que pague una comida en un restaurante contribuye más al sostenimiento de la sanidad pública que una persona trajeada que evade impuestos para lucrarse. Esto es así. Por eso también defendemos los impuestos; los impuestos salvan vidas. La sanidad universal no es solamente un derecho fundamental que garantiza el bienestar y la cohesión social, es que además es económicamente más eficiente. Lo decía esta mañana: si no es a través de la solidaridad, si no es a través de la empatía, si no es a través del código deontológico que tenemos todos los profesionales sanitarios que nos dice que no tenemos que excluir a nuestros pacientes ni por el lugar de origen, ni por la raza, ni por el sexo, ni por ninguna de sus condiciones, que sea por economía, que sea por la eficiencia económica. Nuestra universalidad nos garantiza la cohesión y además nos garantiza tener un sistema mucho más robusto y mucho más eficiente. No tengan duda de que lo defenderemos con firmeza, por encima de cualquier obstáculo xenófobo y racista.

Cuando hablamos de orgullo tenemos que hablar de nuestros profesionales sanitarios. Son el *alma mater* de nuestro sistema sanitario. Nuestra excelencia se basa y se refleja cada día en el trabajo y la dedicación de todos y cada uno de ellos, especialmente, de todas y cada una de ellas, porque ya somos más mujeres que hombres en nuestro sistema sanitario. Son el pilar fundamental de nuestra sanidad. Y, a pesar de contar con una ratio de médicos por habitante superior a la media europea, a pesar de tener el mayor número de sanitarios y de profesionales sanitarios que hayamos tenido en toda la historia de nuestro país, España enfrenta una crisis de personal sanitario que también se observa a nivel europeo.

Hace unos días, desde recursos humanos de la OMS Europa vinieron al Ministerio de Sanidad, donde tuvimos un acto en el que nos presentaban que, en toda Europa, había una media de aumento de profesionales sanitarios del 20%, sin embargo, no estábamos siendo capaces de cubrir la demanda. Con lo cual, esa creciente demanda asistencial requiere de dos cosas: no solamente de un aumento de recursos, sino de pensar en cómo estamos gestionando nuestra propia sanidad y cuáles son las soluciones que le estamos dando a la demanda de nuestros pacientes. Si a ello se suma una década de recortes en nuestro país cuyas secuelas se sienten hoy, pues realmente nos encontramos con un momento en el que, aun teniendo más profesionales que nunca, tenemos un déficit de profesionales. Pero tampoco nos engañemos y tampoco nos dejemos llevar por los augurios agoreros. Durante muchos años no hemos formado los profesionales que necesitábamos. Todo el mundo sabe aquí que para tener un profesional sanitario se necesitan de media entre diez y doce años. Lo que estamos haciendo ahora, lo que empezó a hacer el Gobierno progresista de coalición de este país en el año 2018 se va a ver seis, ocho y diez años después. Desde el 2018 hemos aumentado nuestros profesionales. Pero hay una cosa que nos dice la OMS y hay una cosa que nos dice también el sentido común y el sentido de responsabilidad, y es que lo primero que tenemos que hacer es retener a nuestros profesionales. Podemos formar más, y ahora les voy a dar las cifras de cuántos profesionales se han formado en formación especializada en los últimos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 7

años, pero no somos capaces de retenerlos, estamos teniendo unas fugas que son inadmisibles. Estamos formando profesionales de élite que se nos están yendo por las malas condiciones de trabajo a las que los estamos sometiendo. Estamos formando profesionales de élite a los que luego no les estamos dejando desarrollar su profesionalidad ni desarrollar los valores que representan en toda su extensión. Creo que, en este sentido, tenemos que reflexionar. Está bien pedir más y más profesionales, pero ahora les voy a dar unas cifras.

El Ministerio de Sanidad ha incrementado las plazas de egresados de las facultades de Medicina en un 12%, con una inversión de más de 1000 plazas; 52 millones. Bien. Invitamos a las comunidades autónomas a que mantengan y a que sigan en esta senda de aumentar los egresados de nuestras facultades de Medicina públicas. De hecho, así lo dijimos en la Conferencia de Presidentes. En las plazas de formación sanitaria especializada en la convocatoria 2024-2025 vamos a alcanzar un récord histórico de 11 943 plazas ofertadas. Las plazas de titulación de Medicina se han aumentado. Vamos a tener 9007, un 3% más que el año pasado: Enfermería, 2171; Farmacia, 352; Psicología, 274. Quiero hablar de cuál es la tendencia, porque frente a los diez años del Partido Popular que nos llevaron al valle de la muerte en la formación de nuestros profesionales sanitarios, hoy, desde que hay un Gobierno progresista, se han aumentado las plazas de formación sanitaria especializada un 38%. Este crecimiento ha sido especialmente notable en Medicina de Familia —un 38%—, en Enfermería —un 103%— y en Psicología —un 57%—, respondiendo a las necesidades del sistema. Tenemos 1870 nuevos especialistas desde el año 2018, un 31% más de los que terminaron su residencia en el 2018. Y en Medicina de Familia, en 2024, terminaron 1236 residentes, un 56% más de los que terminaron en el año 2018. Estas líneas han permitido —quizá conocen el Informe de necesidad de médicos especialistas de España 2023-2035— que estemos un poquito mejor de lo que auguraba ese mismo informe.

Pero no nos engañemos, tenemos fugas, tenemos muchas fugas y no son especialmente en la formación. Estas cifras de un aumento del 38%, de un aumento del 103%, no se corresponden con las cifras que nos hemos encontrado en una encuesta que hemos hecho para los profesionales que terminan la residencia. Les hemos preguntado una cosa muy sencilla: ¿cuántos de los profesionales que terminan la residencia tienen un contrato de más de seis meses? Hay comunidades en las que hay un 80% de los profesionales a los que hemos formado —a los que nos ha costado doce años formar— a los cuales no se les da un contrato de más de seis meses. Un 80% en Andalucía. Un 60% en Madrid. Ahí está la fuga, ahí están las condiciones laborales. No hay ningún profesional que saque la nota máxima en la EBAU, que estudie una carrera tan exigente como Medicina y que luego haga una residencia tan exigente como puede ser la formación especializada al que luego puedas maltratar y dar unas condiciones laborales precarias y no vea compensado todo el esfuerzo que ha hecho durante tantos años, todo el esfuerzo que hacemos como país, todo el esfuerzo que hacemos todos y todas, todas las comunidades, todos los hospitales, todos los servicios y el Ministerio de Sanidad. Así que centremos el diagnóstico y tapemos esas fugas. Primero hay que retener el talento, que es lo que nos dice la Organización Mundial de la Salud.

Hemos aprobado el decreto que dio lugar a la creación de la esperada especialidad de Urgencias y Emergencias, y hace dos semanas, en un consenso logrado con casi todas las comunidades autónomas, también acordamos en la comisión la creación de las especialidades de Genética Médica y Genética Clínica de Laboratorio. Asimismo, se dio luz verde a la primera Área de Capacitación Específica —la primera ACE— de nuestro Sistema Nacional de Salud en Neonatología, todo un hito para seguir avanzando y colocando todas las piezas tanto de las especialidades, de las ACE, como de los diplomas.

Durante el monográfico de atención primaria del Consejo Interterritorial, las comunidades autónomas nos solicitaron que actualizáramos y flexibilizáramos la acreditación de plazas para los docentes de Atención Familiar y Comunitaria. Hemos hecho esa modificación, que ha sido aprobada por la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial, y esto hace que el proceso sea mucho más flexible para que se puedan acreditar. Y vengo a recordar aquí que las que acreditan las plazas son las comunidades autónomas: la comunidad autónoma las acredita, el Ministerio de Sanidad las pone a disposición de la formación mir, pir, fir, eir, etcétera, y luego son las comunidades autónomas las que las ofertan, las recogen y las pagan. Hemos flexibilizado esos criterios para acreditar más plazas, para poder tener más, y nos hemos encontrado con que para el año que viene solo tenemos veinticinco plazas nuevas. Los que nos piden mil plazas más de atención primaria luego nos solicitan que acreditemos solo veinticinco. Lo digo para que estos discursos grandilocuentes sobre toda la cantidad de profesionales que necesitamos sean realistas con la situación de las propias comunidades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 8

autónomas, y es que esa flexibilización de la acreditación solo ha dado lugar a veinticinco plazas más para el año 2025.

También hay grandes diferencias en la acreditación de plazas. Cuando hablamos de estas plazas acreditadas por cada 100 000 habitantes nos encontramos unas cifras que van desde 9,3 por 100 000 habitantes en Extremadura, la que más plazas acreditadas tiene, a 3,48 de la Comunidad de Madrid, la que menos plazas acreditadas tiene. Si las comunidades que tienen menos se pusieran solamente a la altura de la media, ya podríamos tener el número de plazas que supuestamente se nos exige a través de las diferentes comunidades.

También hemos de comentarles que se está realizando la modificación del real decreto para que la elección de las plazas sea presencial, que era una demanda no solamente de los futuros residentes, sino también de muchas comunidades y de muchas sociedades científicas. Además, se ha publicado la frecuencia de las reuniones destinadas a la homologación de títulos extranjeros de especialista. Asimismo, ha salido la modificación del real decreto que regula la homologación de títulos de especialistas obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea con el objetivo de agilizar y de simplificar este proceso. También se ha puesto dentro del grupo de necesidades de la especialización de la Comisión de Recursos Humanos la propuesta de un diploma de acreditación avanzada para tutores. **(El señor vicepresidente, Pose Mesura, ocupa la Presidencia).**

Seguimos avanzando, señorías. Una de las primeras acciones que implementamos al asumir nuestra responsabilidad fue la creación del Comité de Cuidados del Sistema Nacional de Salud. Este comité ha fortalecido el legado que nos dejó la Iniciativa Marco en Cuidados, el IMACU, desarrollado durante la legislatura anterior, que establece una hoja de ruta clara y específica para los cuidados. Somos conscientes de que todas las acciones que tomemos ahora en relación con los profesionales de los cuidados serán determinantes para los cuidados del futuro, para nuestros pacientes y para la salud de la población, pero también para la sostenibilidad del sistema sanitario del siglo XXI. Por eso hemos decidido apostar por el desarrollo pleno de las competencias de las profesionales enfermeras garantizando que puedan desplegar todo su potencial y toda su formación. Nuestro objetivo es asegurar que contamos con suficientes enfermeras capaces de ofrecer cuidados profesionales y de calidad a una población que demanda cada vez más la ciencia enfermera para satisfacer sus crecientes necesidades en salud. Fruto de este trabajo presentaremos en breve el informe de necesidades acompañado de una encuesta, una encuesta pionera —que no se había hecho nunca en este país— de más de 55 000 enfermeras, ya que hasta ahora no contábamos con una medición precisa de las capacidades y proyecciones de la profesión enfermera similar a la que ya existe para la de medicina. Este informe supone un avance significativo, ya que proporciona datos esenciales para poder planificar el rigor del futuro de los cuidados. Solo les voy a dar un dato: el 40% de las enfermeras encuestadas dicen que han pensado en algún momento dejar su profesión en los próximos años. Esto nos tiene que llevar a reflexionar, a ampliar la mirada y a pensar cómo cuidamos a los que nos cuidan. Si no, la base de nuestro sistema sanitario, que son los profesionales, se va a convertir en un sistema con pies de barro.

En resumen, hemos puesto en marcha un conjunto de medidas ambiciosas y necesarias —muchas de ellas están pendientes desde hace muchísimos años— para reforzar nuestro sistema sanitario, para devolver el orgullo de nuestra sanidad pública y para garantizar que quienes nos cuiden cuenten con el apoyo, los recursos y el reconocimiento que merecen.

Antes de terminar este punto, y si hablamos de orgullo, me gustaría destacar una de las acciones que más nos ha emocionado y de la que más orgullosos estamos y que refleja el espíritu solidario de nuestro sistema sanitario. Gracias a una iniciativa de España, y en colaboración con la OMS, nuestro país está acogiendo actualmente a diecisiete pacientes gazatíes, la mayoría de ellos menores de edad, junto a treinta y tres de sus familiares. España fue el primer país en utilizar el mecanismo de protección civil de la Unión Europea para evacuar a pacientes gazatíes y ha abierto el camino a otros muchos países de la Unión Europea para que se sumaran a esta iniciativa humanitaria. Este gesto de solidaridad internacional es un ejemplo de compromiso y de humanidad que define no solamente nuestro sistema sanitario, sino yo creo que a toda nuestra sociedad. Tenemos una sanidad que no mira para otro lado ante la barbarie y que siempre tiende la mano dentro y fuera de nuestras fronteras.

Señorías, ahora pasaré a comentar los avances logrados para el objetivo dos, el de fortalecer y ensanchar nuestro Sistema Nacional de Salud. Me gustaría empezar por lo más reciente, que ya les he comentado y que en realidad es lo más importante. Me hace especial ilusión de esta comparecencia que haya coincidido además con la misma semana en la que en el Consejo Interterritorial hemos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 9

aprobado el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027. Sabemos que nuestra atención primaria es un referente mundial, pero también que el modelo actual enfrenta desafíos de muchísimo calado como son la falta de recursos, la precariedad laboral, los cambios demográficos y también la creciente demanda asistencial. El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 surge como una hoja de ruta para afrontar estos retos y transformar nuestra atención primaria como el corazón que es de nuestro Sistema Nacional de Salud. Este plan se estructura en nueve líneas de trabajo para poder fortalecer el nivel asistencial. Se apuesta por fidelizar y atraer el talento, por mejorar las condiciones laborales, por estabilizar a los profesionales y por fomentar la formación continua. Además, se amplían los equipos multidisciplinares con nuevas figuras, como nutricionistas o terapeutas ocupacionales, y se potenciará la capacidad de resolución actualizando la cartera de servicios y optimizando los procesos administrativos. La calidad asistencial será una de las prioridades mediante la implementación de estrategias del Sistema Nacional de Salud y una evaluación continua del desempeño. El Plan de Atención Primaria incluye por primera vez un enfoque decidido sobre la longitudinalidad desde una perspectiva de equipo. Recuerdo lo que es la longitudinalidad: es el médico de toda la vida para toda la vida. Ya lo he dicho muchas veces —y siento si soy un poco repetitiva—, pero si tuviéramos una pastilla que disminuyera la mortalidad, los ingresos y disminuyera los problemas de salud en un 30% de nuestra población, esa pastilla la estaríamos pagando a precio de oro. Pues esa pastilla se llama longitudinalidad, y la vamos a usar y la vamos a poner en el centro del sistema.

Junto con la Oficina Regional de Atención Primaria de la OMS, estamos diseñando medidas para garantizar que cada persona cuente no solamente con el mismo médico de referencia o médica de referencia, sino también con el mismo equipo de referencia durante el mayor tiempo posible para fortalecer así la relación entre los profesionales y los pacientes. El plan también apuesta por maximizar —como les decía antes— las competencias de todos los profesionales implementando un modelo de gestión integral de la demanda para que las necesidades de los ciudadanos sean atendidas por el profesional más adecuado en el momento más adecuado. Apostamos claramente por impulsar la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el trabajo en la comunidad como pilares fundamentales de la atención primaria, lo que requiere también reforzar el papel de las enfermeras familiares y comunitarias. Además, el plan refuerza la gobernanza y la transparencia, con participación comunitaria y medición constante de las necesidades. Asimismo, priorizamos acciones dirigidas a los colectivos más vulnerables con el objetivo de mejorar la continuidad asistencial, fomentar la atención familiar domiciliaria y reforzar la coordinación con el ámbito sociosanitario, en línea con el Marco Estratégico para los Cuidados en Salud y con la colaboración con otros ministerios, con especial relevancia del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, al que, por supuesto, quiero agradecer su colaboración y trabajo constante. Este plan representa un hito para robustecer nuestra atención primaria y para cuidar a quienes nos cuidan, y con su implementación —que también depende de las comunidades autónomas— garantizamos que el sistema nacional de salud sea más justo, equitativo y accesible.

Sigo con otro de los elementos más recientes. El Consejo de Ministros aprobó la semana pasada la nueva Estrategia de la Industria Farmacéutica, un avance sin precedentes fruto del esfuerzo del conjunto de cuatro ministerios —Industria, Ciencia, Hacienda, Sanidad— y las patronales del sector. El propósito de la Estrategia de la Industria Farmacéutica es transformar el modelo actual, centrado en la capacidad de oferta de la industria, hacia un sistema donde las necesidades de la salud de la población sean el motor principal, y que esa prioridad esté en toda la cadena de valor del medicamento.

La nueva estrategia busca poner a la salud y al paciente en el centro, con todos los actores colaborando en una alianza estratégica que busca garantizar un acceso equitativo, sostenible y eficaz a los tratamientos innovadores. La estrategia defiende, siguiendo las ideas de la economista Mariana Mazzucato, que el Estado, las instituciones, lo público, lo de todos tengan un papel fundamental para orientar las prioridades de la próxima década, desde las enfermedades crónicas, las terapias avanzadas o la medicina de precisión, poniendo en el centro las demandas de los pacientes. En definitiva, esta estrategia, cuyo horizonte temporal será el de los próximos cuatro años, va a implantar medidas legislativas y no legislativas que van a fomentar y potenciar el liderazgo público en toda la cadena del medicamento, una mayor prioridad de la salud del paciente en la investigación y una mayor autonomía estratégica del sector.

Esta estrategia incluye una reforma legislativa clave, como es la modificación del Real Decreto 1/2015, conocido también como la ley del medicamento, así como la modificación del decreto de financiación y precios del medicamento. Esta norma modernizará el sistema de precios de referencia permitiendo una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 10

mayor diferenciación de precios e impulsando el crecimiento del papel de los medicamentos genéricos y biosimilares en nuestro sistema de salud. También vamos a modificar la redacción actual del artículo relacionado con la prescripción, especialmente en lo que respecta a las competencias de las enfermeras.

Señorías, en relación con las informaciones que se han derivado de filtraciones sobre el borrador de la ley, quiero aclarar algunos puntos fundamentales. Este borrador, que es de carácter técnico y está compuesto por 146 artículos, aborda medidas también destinadas a proteger a las rentas más bajas y aumentar la progresividad del copago farmacéutico. Se establecen topes máximos de aportación mensual para la población activa con rentas bajas y medias, lo que beneficiará a más del 60% de los ciudadanos. Asimismo, las estimaciones que manejamos muestran que se reduce un 10% la aportación global de la población y, específicamente, un 33% para aquellos que tienen ingresos inferiores a 18000 euros. Estas medidas redistribuyen el sistema de copago para evitar que el acceso de los medicamentos dependa de la situación económica de los pacientes vulnerables y pluripatológicos, cumpliendo así con los principios de justicia social y de equidad en salud.

Esta estrategia también lleva aparejados nuevos reales decretos que mejorarán la evaluación de las tecnologías sanitarias, garantizarán la transparencia en el proceso de la fijación de precios, facilitarán la incorporación de nuevos productos sanitarios a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y promoverán la agilización de estos procesos eliminando obsolescencias normativas.

Garantizar el acceso a los medicamentos es una prioridad para este Gobierno. En los últimos dos años ha habido un incremento de 9 puntos porcentuales en la incorporación a la financiación pública de innovaciones terapéuticas, pasando del 53% al 62%. Sin embargo, dicho acceso no se limita únicamente a una decisión de financiación, es mucho más que la decisión de si un fármaco se financia o no se financia. Dicho acceso es, por ejemplo, poder encontrar un ensayo clínico adecuado para una enfermedad que hoy en día no tenga un tratamiento actualizado. En este ámbito, España es líder en el número de ensayos clínicos a nivel mundial, detrás de Estados Unidos y de China. Dicho acceso también significa ofrecer la posibilidad a nuestros pacientes de recibir tratamientos antes, incluso, de su autorización oficial o de su financiación definitiva. Por eso, cada año la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios autoriza entre treinta mil y cuarenta mil accesos a través de la modalidad de uso de medicamentos en situaciones especiales, medicamentos que todavía no están financiados, pero que están a disposición de nuestros pacientes.

Es cierto que puede haber retrasos en algunas decisiones de financiación, pero, una vez aprobadas, los informes internacionales señalan que el uso de medicamentos en España es muy superior al de muchos países de nuestro entorno. Además, una parte del incremento en días de retraso de los últimos años está relacionado con la incorporación de medicamentos que llevaban mucho tiempo esperando a ser financiados y que, al incorporarse, han pasado a computarse y a engrosar estas cifras. Por ello, yo creo que no es justo afirmar que España tiene un problema estructural de acceso a los medicamentos. No es verdad. Tenemos un acceso preferente tanto a los ensayos clínicos como a todos los medicamentos antes de la financiación y, por supuesto, después de la financiación. Ahora bien, somos conscientes de los tiempos alargados de algunas tomas decisiones y, por eso, estamos tomando medidas y vamos a legislar para ello. Estamos trabajando para que la toma de decisiones se haga en tiempos más cortos y queremos compartir los datos en tiempo real con toda la sociedad también para poder rendir cuentas ante ella.

Señorías, la ampliación de la cartera común de servicios también debe incluir la atención bucodental. Si la salud bucodental es parte de nuestra salud, tiene también que ser parte de nuestra cartera del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, el Estado, el Gobierno de España han invertido más de 68 millones de euros a través de fondos finalistas de los presupuestos generales del Estado para que las comunidades autónomas se encarguen de la salud bucodental de sus ciudadanos y ciudadanas. Hasta la fecha, las prestaciones bucodentales incluidas en la cartera común eran unas prestaciones muy básicas y variadas y heterogéneas entre las diferentes comunidades autónomas. Por eso, hemos buscado ampliar la homogeneización de estas prestaciones. Se ha priorizado a colectivos vulnerables, como la población infantojuvenil, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad y aquellos que tienen procesos oncológicos en la región cervicofacial y, además, se está estudiando la ampliación de esa cobertura a los mayores de 65 años en el seno de la comisión de prestaciones. Con esta medida contribuimos a reducir las desigualdades, dado que el acceso a estos servicios supone un mayor coste para las familias que tienen menos recursos.

En lo relativo a cribados neonatales y prenatales, se han incorporado nuevos programas a la cartera común. Hace ya diez años se incluyó el cribado neonatal para siete enfermedades; en 2024 el cribado se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 11

ha ampliado a cuatro enfermedades más, de siete a once, y hay otros nueve que ya están en fase de tramitación, pendiente de los acuerdos de las comisiones pertinentes, y esperamos que para el 2025 podamos tener ya veintidós cribados neonatales, ampliando así significativamente la capacidad de diagnóstico precoz y mejorando las oportunidades de un tratamiento temprano para más enfermedades.

También me enorgullece contar que en estos doce meses hemos reactivado el real decreto para la regulación del uso de derivados del cannabis con fines terapéuticos, que ya se encuentra en su última fase de revisión para su próxima publicación. Este avance responde a un amplio consenso social y transversal reflejado en el 90 % del apoyo registrado por el CIS en abril del 2021. También responde a una demanda justa de pacientes que ven su calidad de vida severamente afectada. Además, cumplimos con el mandato de la subcomisión del Congreso de los Diputados de la pasada legislatura de avanzar hacia una regulación responsable y basada, cómo no, en la evidencia científica. La hoja de ruta está diseñada con el máximo rigor por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y establece su uso prioritario en algunas indicaciones, como pueden ser vómitos y náuseas refractarias, dolor crónico resistente a otros tratamientos, crisis epilépticas refractarias y espasticidad refractaria.

El Ministerio de Sanidad ha destinado también 50 millones de euros para reforzar la atención sanitaria a las personas con enfermedades raras. Esta inversión está dirigida a poder tener más número de diagnósticos precoces y optimizar los espacios con equipos multidisciplinares para que puedan trabajar de manera coordinada con las familias y con los cuidadores. Hay un proyecto, que no sé si conocen —lo hemos contado alguna vez—, llamado ÚNICAS, con treinta nodos repartidos para las comunidades autónomas, que responde a la demanda de las familias y de los pacientes con enfermedades raras de que sea la información y el conocimiento los que viajen y no sean los pacientes los que tengan que viajar. Con este proyecto ÚNICAS lo que queremos hacer es distribuir esos treinta nodos de conocimiento de las enfermedades raras dentro de nuestro país. Este proyecto es un ejemplo de cómo la digitalización del sistema sanitario nos va a permitir coordinar todo nuestro Sistema Nacional de Salud en beneficio de los pacientes. Asimismo, también continuamos organizando la asistencia de estas patologías graves en los diferentes centros, servicios y unidades de referencia —los CSUR— y estamos impulsando activamente la resolución sobre enfermedades raras, que vamos a presentar en la Asamblea Mundial de la Salud del año 2025, de la que España ha sido uno de los motores fundamentales.

En el Ministerio de Sanidad también estamos firmemente comprometidos con la mejora de la atención de las personas con ELA y otras enfermedades neurodegenerativas. En este año 2024 hemos destinado 50 millones de euros para garantizar una implementación homogénea y completa de la cartera común de servicios en materia de comunicación aumentativa y alternativa y de prestación ortoprotésica. Celebramos la reciente ley aprobada el pasado 10 de octubre y agradecemos a los pacientes su empuje para que fuera una realidad. Esta ley no solo beneficia a quienes padecen ELA, sino a todas las personas con patologías de alta complejidad de cuidados, de curso irreversible y con una limitación de su esperanza de vida. Por eso, en el Ministerio estamos trabajando ya en la constitución de los grupos que definirán los criterios y el listado de enfermedades, como recoge la disposición adicional primera de esta ley. También avanzaremos en la homogeneización de las ayudas para desplazamientos en el seno del consejo interterritorial, fortaleciendo el Registro Estatal de Enfermedades Neurodegenerativas y actualizando el documento de abordaje integral de la esclerosis lateral amiotrófica.

Para terminar este punto sobre ensanchar el Sistema Nacional de Salud, hablaré de los avances logrados en el fortalecimiento de la sanidad de Ceuta y Melilla, una prioridad para este Gobierno. Cabe recordar que la situación que nos encontramos al llegar a este ministerio era la de una huelga de médicos, enquistada desde hacía meses y que quedó detenida gracias a nuestra capacidad de diálogo. Desde el Ministerio de Sanidad mantenemos un contacto directo y constante con la realidad sanitaria de Melilla y Ceuta. Nuestros equipos han estado sobre el terreno para conocer de primera mano su día a día. La nueva directora general, los subdirectores, el secretario de Estado y las asesoras han visitado Ceuta y Melilla, reuniéndose con sindicatos, colegios profesionales, organizaciones de pacientes y el personal de INGESA. Asimismo, les anuncio que yo visitaré pronto las ciudades autónomas para ratificar nuestro compromiso con el fortalecimiento del sistema sanitario tanto de Ceuta como de Melilla. Después de la aprobación del Real Decreto 118/2023, que reconoce los puestos sanitarios de Ceuta y Melilla como los puestos de difícil cobertura y refuerza los incentivos, seguimos trabajando con el Ministerio de Hacienda y Función Pública para optimizar estos complementos retributivos. El año pasado se autorizaron treinta prórrogas del servicio activo de Melilla y, además, estamos estabilizando el empleo: este mes, y con vistas a finalizar el proceso de estabilización, el INGESA habrá ofertado 919 plazas fijas en solo cuatro años. En

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 12

junio de este año, además, se ha autorizado el pago de la carrera profesional a ochenta profesionales temporales del INGESA, una reivindicación histórica que al final hemos hecho realidad. Nuestro compromiso con la mejora de las condiciones laborales se refleja en los presupuestos y los recursos destinados: de 2,8 millones, en 2023, a 31,3 millones adicionales para seguir mejorando las condiciones laborales de nuestros profesionales.

Por último, el Hospital Universitario de Melilla, que esperamos que sea una realidad pronto, representa un salto cualitativo en la atención sanitaria, con una inversión superior a 100 millones, cofinanciada por fondos europeos FEDER y con un equipamiento financiado también por fondos PRTR por más de 28 millones de euros. Este hospital va a contar con la tecnología más avanzada y, además, supondrá la incorporación de 252 nuevos profesionales, de los cuales más de cuarenta serán facultativos especialistas. Queda mucho por hacer, señorías. Estos avances son el resultado de una gestión comprometida y una inversión constante en recursos, infraestructuras y personal, pero este Gobierno va a seguir trabajando incansablemente para que los ciudadanos de Ceuta y Melilla reciban la mejor atención y la calidad sanitaria que se merecen.

Con su permiso, paso ahora a relatar los avances en el tercer y último objetivo, que es adaptar nuestro sistema sanitario a los retos del siglo XXI. Comienzo destacando uno de los primeros compromisos que hemos cumplido, el de la aprobación de la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública y la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, junto al Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida, que confiamos que llegue próximamente al Parlamento, enriquecido, cómo no, por todas las aportaciones de todos los grupos parlamentarios. Quiero aprovechar para agradecer a los grupos parlamentarios sus aportaciones, la voluntad de avance, la capacidad de consenso y la capacidad de hacer una ley todavía mejor de la que nosotros trajimos aquí, a estas Cortes, teniendo en cuenta a todos los grupos parlamentarios y a todo el equipo del ministerio, con el que hemos trabajado con sumo respeto y suma profesionalidad.

Creo sinceramente que esta Agencia Estatal de Salud Pública va a mejorar nuestra capacidad de respuesta. No solamente era un deber que teníamos desde el año 2012, desde que se promulgó la Ley de 2011 General de Salud Pública, sino que era un deber que también teníamos con nuestros ciudadanos después de haber vivido una pandemia de esas dimensiones. Esta agencia viene a fortalecer uno de los pilares que había sido olvidado durante muchos años, que es la salud pública, ese vigilante invisible, ese vigilante que al final es el radar que vela por la salud de todos los ciudadanos y todas las ciudadanas y que hace una mirada poblacional para intentar detectar en qué lugares estamos teniendo problemas de salud y cómo podemos atajarlos lo antes posible.

En el ámbito de la salud pública también estamos plenamente comprometidos con la lucha contra la obesidad infantil y juvenil, teniéndola como un síntoma más, no como el resultado final de un malestar de nuestros niños y nuestras niñas y nuestra juventud. Cuando hablamos de obesidad infantil hablamos de la punta del iceberg de una cadena de malestares en los cuales no estamos siendo capaces de garantizar el bienestar: en sueño, en ocio saludable, en la alimentación y, cómo no, en todo lo que tiene que ver con la salud mental. En julio creamos el comité interministerial para combatir la obesidad infantil, desde el cual estamos diseñando y aplicando medidas integrales para reducir las tasas de obesidad en nuestro país. Sabemos que el exceso de peso no es simplemente el resultado de decisiones individuales, sino que está marcado por los determinantes sociales de la salud, y nosotros queremos incidir en cuáles son esos determinantes sociales de la salud, dejar de hacer ese señalamiento individual y ponernos a trabajar en las soluciones colectivas. Nuestra misión es actuar desde los determinantes sociales y los determinantes económicos, que escapan del control de las personas, pero que influyen de manera directa en su estado de salud.

Y hay un compromiso clave de este Gobierno con la salud pública, el de la lucha contra el tabaquismo. Este compromiso se refleja en las medidas que estamos impulsando con determinación. Después de más de una década, aprobamos, con el consenso de todas las comunidades autónomas, el nuevo Plan de Prevención y Control del Tabaquismo. Fruto de ese plan, estamos sometiendo a audiencia de información pública el borrador de modificación del Real Decreto 579/2017 que regula aspectos sobre la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y de todos sus derivados. Esta modificación incluye medidas como la regulación de los cigarrillos electrónicos de un solo uso, así como de los saborizantes y aromatizantes de estos dispositivos. Queremos acabar con los tóxicos con sabor a fresa. Asimismo, avanzamos hacia la implementación del empaquetado genérico para reducir el atractivo de estos productos a los más jóvenes, especialmente, a los que queremos proteger de una adicción que condiciona su salud y su futuro.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 13

A este respecto, es importante desmontar los argumentos falaces que cuestionan medidas de salud pública que son efectivas, como es el empaquetado genérico, que tiene detrás de sí una evidencia científica más que sostenible. Tanto la literatura científica como las investigaciones de la OMS como los datos provenientes del Reino Unido, Irlanda o Francia, que ya lo aplican, confirman que el comercio ilícito del tabaco no ha aumentado después de la implementación del empaquetado genérico, que era una de las premisas que se auguraba después de ponerlo en marcha. Por tanto, reproducir argumentos en contra de estas medidas solo amplifica el discurso de las grandes tabacaleras y va en detrimento de las políticas que buscan proteger la salud colectiva. Por otro lado, estamos trabajando en la modificación de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que esperamos que sea sometida a audiencia pública en la primera mitad del año.

Señorías, nuestro mundo ha cambiado espectacularmente. ¿Se imaginan que en este momento yo sacara de mi bolsillo un paquete de tabaco y me pusiera a fumar o que cualquiera de ustedes sacara de su bolsillo un paquete de tabaco y se pusiera a fumar? Esto era lo normal en nuestro país hace veinte años en salas de congresos, hospitales, bares, lugares privados y lugares públicos (**la señora Rives Arcayna: en colegios**), colegios... Esto era el paisanaje normal. Este país fue vanguardista en la lucha contra el tabaco. Recuerden también todas aquellas apocalipsis que iban a caer sobre nuestro país: se iba a acabar con la economía, se iba a acabar con el ocio, la gente no podría salir nunca más... Ninguno de esos espectros agoreros se cumplió. Es más, hoy día creo que hay un consenso social y la gente es la que nos pide que vayamos ampliando cada vez más los espacios libres de humo.

El texto de la nueva ley incluirá, no les quepa duda, la ampliación de los espacios libres de humo, una medida respaldada por la Comisión Europea y por la mayoría de la población, que demandan entornos más saludables y libres de tabaco. Apelo a la responsabilidad de todas sus señorías para que llevemos adelante estas reformas con la mayor ambición posible. Es una obligación colectiva proteger el derecho a respirar aire limpio y garantizar una vida más saludable a las generaciones presentes y futuras. Hagamos de nuevo historia, como hace más de diez años, hagamos que en el futuro resulte igual de chocante fumar hoy en los espacios públicos como hoy resulta chocante fumar en esta misma sala.

Uno de los desafíos más importantes del siglo XXI es, sin lugar a dudas, la atención a la salud mental. El Ministerio de Sanidad está plenamente comprometido con la salud mental como uno de los ejes fundamentales de nuestro sistema sanitario. En este sentido, hemos puesto en marcha el nuevo Plan de Acción de Salud Mental, que será aprobado pronto y está alineado con la Organización Mundial de la Salud y las directrices de la Comisión Europea. Las líneas prioritarias de este plan son muy claras: reforzar los recursos humanos en salud mental, promover la especialidad de psicología clínica infanto-juvenil y fomentar un modelo de salud mental comunitaria que ofrezca alternativas a la institucionalización, un modelo que garantice la accesibilidad con dispositivos, como unidades móviles de crisis que puedan intervenir en el contexto de los pacientes. Además, trabajamos en una atención integrada con los diferentes servicios sociales y la atención primaria, con una verdadera atención comunitaria. Ponemos especial énfasis en la humanización, los derechos humanos, la lucha contra el estigma y la garantía de la autonomía de los pacientes, evitando siempre las intervenciones, los ingresos y las contenciones involuntarias.

Del mismo modo, estamos impulsando un plan de acción para la prevención del suicidio, en línea con las recomendaciones de la OMS. Este plan tiene una perspectiva integral, contemplando medidas de prevención universal selectiva y prioritaria según las necesidades y poniendo un énfasis claro en los determinantes sociales de la salud mental. Factores como el género, la soledad no deseada o las dificultades específicas de la población joven son claves para comprender y abordar este desafío. Si bien las cifras de este año señalaban un descenso del 6,5% en comparación con el año anterior y un cambio de la tendencia tras cinco años de aumento, debemos seguir trabajando para consolidar este descenso. Las cifras nos muestran, además, una realidad que es muy preocupante y que tenemos que abordar: existe una mayor incidencia entre hombres y grupos de edad avanzada. Estas desigualdades también reflejan brechas educativas y sociales que debemos enfrentar con políticas específicas que protejan a los más vulnerables.

Señorías, el acceso a una vivienda digna no es solo un derecho recogido en nuestra Constitución, sino una condición esencial y especial para la salud mental y el bienestar de la ciudadanía, especialmente de nuestros jóvenes. Hoy el precio actual de la vivienda impide que muchas personas puedan imaginarse un futuro estable. Hoy el precio actual de la vivienda impide certezas y llena a nuestros jóvenes y nuestras familias de incertidumbres o las condena a una situación de pobreza, inseguridad o inestabilidad. Esta realidad genera un estado de estrés continuo y de desesperanza, que puede desembocar en síntomas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 14

depresivos y síntomas ansiosos. No podemos ignorar las cifras: el 38% de la población ha sentido angustia ante la posibilidad de poder perder su vivienda.

A su vez, la edad media de emancipación en España es de 30,4 años, una de las más altas de toda Europa. Además, el alquiler ha empobrecido a cuatro de cada diez hogares, según los datos recientes del Consejo General de la Arquitectura Técnica de España. Sabemos que, además, para los jóvenes la vivienda es uno de los principales determinantes del malestar psíquico, una causa directa de problemas de salud mental. Por ello, es primordial y urgente intervenir en el mercado de los alquileres para garantizar que este derecho no se convierta en una fuente de sufrimiento. No podemos permitir que el bienestar mental de la población esté en manos de los fondos buitres, los tenedores y los rentistas. Actuar sobre este problema estructural es una responsabilidad colectiva que debemos asumir sin excusas ni ambages desde todos los frentes y con toda la contundencia.

Señorías, la tragedia que vivimos hace poco más de un mes en la Comunidad Valenciana también nos tiene que llevar a una reflexión: el cambio climático mata y afecta a nuestra salud. De hecho, la salud es el punto donde convergen todos y cada uno de los efectos del cambio climático. La resiliencia de nuestro sistema sanitario no solo depende de su capacidad para enfrentar las emergencias sanitarias, sino también de su preparación para los impactos que el cambio climático tiene y seguirá teniendo en la salud de las personas. La crisis climática trae consigo nuevos desafíos que se reflejan en un aumento de la frecuencia y la mortalidad de olas de calor e inclemencias climáticas como los huracanes o las lluvias torrenciales. La buena noticia es que no tenemos que elegir entre mejorar la salud y luchar contra el cambio climático. Las políticas para mitigar el cambio climático también son políticas de salud para proteger y mejorar la vida de la gente.

En este sentido, quiero subrayar el compromiso del Ministerio de Sanidad para que nuestro sistema sea más robusto y sea capaz de responder ante esta crisis. Por ello, estamos trabajando en acciones específicas desde el Observatorio de Salud y Cambio Climático junto con el Ministerio de Ciencia y el Ministerio de Transición Ecológica. Hemos aprobado, tanto en verano como en invierno, planes de temperaturas extremas para proteger a la ciudadanía. Estamos trabajando junto al Ministerio de Trabajo en una posible reforma del Real Decreto 4/2023 para mejorar la protección de las personas trabajadoras frente a las temperaturas extremas, como las olas de calor o de frío, y también hemos construido grupos de trabajo especializados para abordar áreas cruciales de temperaturas extremas, salud laboral y cambio climático y salud mental y cambio climático. Estos equipos evaluarán el impacto en colectivos vulnerables y propondrán intervenciones específicas para proteger su bienestar.

Pero no nos quedamos ahí, porque sabemos que el Sistema Nacional de Salud también tiene que ser parte de la solución. Los sistemas sanitarios representan el 4,5% de la huella sanitaria del país. Por ello, estamos desarrollando una herramienta para la medición de la huella de carbono con el fin de cuantificar y reducir el impacto ambiental de los centros sanitarios. Un 30% de la huella de carbono de nuestro Sistema Nacional de Salud se atribuye a los fármacos, destacando aquellos que usan gases fluorados y que tienen un fuerte efecto invernadero, como algunos tipos de inhaladores o anestésicos, sobre los que hemos centrado nuestra actuación en este primer año. Sobre esta cuestión quiero ser clara: la salud y la seguridad de los pacientes nunca se va a poner en riesgo por motivos medioambientales. Existen otros sectores en que la descarbonización es más prioritaria por los beneficios que aporta, sin que conlleve un riesgo inmediato para las personas.

Nosotros queremos que el sistema sanitario no sea ajeno a este debate y, por ello, aquello que debe cuidar la salud de la población no puede contribuir a agravar una amenaza para la salud pública. Por eso, queremos plantear una hoja de ruta para que la descarbonización del sistema sanitario se haga centrada en el paciente, priorizando su salud y su seguridad, así como en el abastecimiento de productos sanitarios, al mismo tiempo que reducimos el impacto medioambiental. Después de reunirnos con todos los agentes del sector —pacientes, empresas, sociedades médicas y científicas—, en el Ministerio de Sanidad estamos trabajando en unas recomendaciones para una prescripción de inhaladores que sea sostenible y segura, y estará disponible a inicios del año que viene.

Señorías, la transformación digital del Sistema Nacional de Salud también es una prioridad para este Gobierno. Queremos garantizar que nuestro sistema sanitario sea más accesible y esté más centrado en el paciente. Nuestra hoja de ruta está marcada por la Estrategia de Salud Digital 2021-2027, una apuesta decidida que involucra al Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas, INGESA y múltiples actores del sistema. Hemos avanzado significativamente en el desarrollo del plan de servicios digitales de salud del Sistema Nacional de Salud, con una inversión de 170 millones de euros hasta 2025. Gracias a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 15

este plan, el 92 % de la población ya tiene acceso a su historia clínica digital interoperante, lo que permite una continuidad asistencial en cualquier parte del territorio nacional. Además, hemos reforzado el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios y el registro de vacunaciones e inmunizaciones, y seguimos mejorando la receta electrónica interoperable, utilizada por 2,3 millones de personas en el año 2023. La reciente aprobación del Real Decreto 922/2024 garantiza que la tarjeta sanitaria virtual sea tan interoperable como la física, facilitando el acceso a los servicios sanitarios en cualquier comunidad autónoma.

Nuestra visión de futuro también se refleja en el plan de transformación digital de la atención primaria y comunitaria, dotado con 230 millones de euros hasta 2026, y en el plan de atención personalizada, con 120 millones de euros. Estos planes buscan mejorar la accesibilidad y reducir los tiempos de atención. Además, seguimos trabajando en la incorporación de los determinantes sociales de la salud en la historia clínica. El nivel de renta, ya recogido a través de la tarjeta sanitaria individual, es solo el primer paso. La inclusión de más factores sociales va a permitir entender mejor los procesos de enfermedad y diseñar mejor las políticas públicas y su impacto sobre las desigualdades. Por último, estamos preparando la posible aprobación del Reglamento del Espacio Europeo de Datos Sanitarios, que garantizará un modelo armonizado de historia clínica digital en toda la Unión Europea. España es líder en la implementación de estas soluciones, asegurando que nuestros ciudadanos y profesionales puedan acceder a la información sanitaria de manera segura y eficiente, tanto a nivel nacional como a nivel europeo.

Antes de concluir este punto, permítanme abordar un tema fundamental que refleja nuestro compromiso inquebrantable con los derechos de las mujeres: el derecho al aborto. La misión de este ministerio es clara y urgente: hacer cumplir este derecho sin excepciones ni demoras. Así lo establece la modificación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo aprobada el año pasado, una ley que garantiza el acceso libre, seguro y gratuito a la sanidad pública. Sin embargo, este incumplimiento estaba siendo una realidad que no podemos tolerar. En concreto, según el último informe IVE, más del 81 % de los abortos se realizaron en clínicas privadas, y hasta cuatro comunidades autónomas —cuatro— siguen sin informar de ningún aborto realizado en sus clínicas públicas.

La norma en 2010 ya era clara: elaborar un registro de objetores de conciencia para que los centros públicos puedan planificar de cara a poder evitar las objeciones en bloque y, en consecuencia, los desplazamientos forzosos y las derivaciones a la privada. Sin embargo, hoy en día, más de la mitad de las comunidades no han elaborado ese registro o no ofrecen información. A pesar de llevar incumpliendo esta obligación más de una década, las comunidades se agarraban a que no existía un protocolo del Ministerio de Sanidad. Pues, bien, el pasado lunes ya se aprobó dicho protocolo en el consejo interterritorial, trabajado con las propias comunidades autónomas, que da cabida tanto a la objeción como a la prestación, sin que ambos derechos colisionen. Es un compromiso que adquirimos desde que llegamos y al que ya hemos dado respuesta. Este ministerio trabajará sin descanso para asegurar que cada mujer pueda ejercer su derecho con plena libertad y sin obstáculos. Frente a los cánones medievales de ciertos sectores reaccionarios, ni un paso atrás en los derechos de las mujeres.

Con esto concluyo el repaso del año de intenso trabajo. Les agradezco su paciencia. Como han podido comprobar, son muchas las líneas de actuación que hemos puesto en marcha y de las que nos sentimos profundamente satisfechos y orgullosos.

Una vez revisado lo logrado, voy a mirar brevemente —muy brevemente, lo prometo— hacia el futuro. Quiero compartir con ustedes algunas pinceladas de las prioridades del año 2025, que me atrevo a decir que va a ser todavía más intenso que el año 2024. Si el presente año ha sido, como señalaba, el año en el que hemos sentado los cimientos, el próximo será sin duda alguna el año del legado, un año en el que muchas de nuestras iniciativas van a ver la luz. Les adelantaré cuatro prioridades que esperamos poner en marcha.

Uno de los compromisos que vamos a materializar el próximo año es la puesta en marcha de un programa de ayudas directas para la obtención de gafas y otros instrumentos de ayuda visual. Sabemos que esta medida supone un avance innovador en la cobertura sanitaria de nuestro país, cubriendo un espacio que hasta ahora solo estaba contemplado en las mutuas de funcionarios. Nuestro objetivo es claro: garantizar el acceso a estos dispositivos y a estos complementos de ayuda visual, comenzando por quienes en etapas tempranas de la vida comienzan a desarrollar problemas de refracción, como puede ser la miopía. Estamos trabajando con el Consejo General de Colegios Oficiales de ÓpticosOptometristas y con la Sociedad Española de Oftalmología para definir los detalles de esta propuesta. La medida contará con una inversión de 48 millones de euros y se implementará mediante un sistema de ayudas directas diseñado para eliminar todas las trabas burocráticas y facilitar el acceso de las familias de una forma

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 16

sencilla y ágil. Es un primer paso para que desde las instituciones asumamos que la salud visual de la población debe ser atendida al mismo nivel que otros problemas de salud por el impacto que tiene en la calidad de vida de las personas.

Señorías, la lucha contra el preocupante aumento de las infecciones de transmisión sexual también es una prioridad pública para este ministerio. Tras la pandemia de la COVID-19 hemos visto cómo se ha consolidado una tendencia ascendente tanto a nivel nacional como a nivel europeo, según advierte el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, y por ello también estamos trabajando en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para implementar el acceso gratuito a los preservativos en las oficinas de farmacia. Sabemos que la principal barrera para los más jóvenes es el precio, y nuestra misión es eliminar ese obstáculo. Aunque aún debemos definir la cuantía presupuestaria y el grupo de población objetivo, este proyecto piloto, que llegará en 2025, es un primer paso para una medida más ambiciosa, que es garantizar la gratuidad del preservativo para prevenir las infecciones de transmisión sexual y proteger la salud sexual de nuestros jóvenes.

Señorías, 2025 —ya termino— también va a ser un año en el que se materialice la reforma de nuestro estatuto marco. Desde la llegada del nuevo equipo ministerial hemos mantenido más de veinte reuniones de negociación con los distintos agentes implicados en un esfuerzo de diálogo constante y constructivo. Las principales cuestiones que abordará el estatuto marco incluyen: la jornada laboral, las guardias, la reclasificación profesional, la profesionalización de la gestión, la carrera profesional y la mejora de las retribuciones básicas extraordinarias y complementarias. Una de las prioridades de este ministerio —ya lo anuncié hace unos meses— es la eliminación progresiva de las guardias de veinticuatro horas, una cuestión esencial no solamente para mejorar las condiciones laborales de nuestros profesionales sanitarios, sino también para mejorar la seguridad y la calidad asistencial de nuestros pacientes. Trabajamos en un nuevo modelo de clasificación profesional que refleje la realidad actual de nuestro sistema sanitario, que respete las directrices europeas y que reconozca la capacitación y formación continua de todos nuestros profesionales. Este modelo permitirá que aquellos con habilidades específicas puedan asumir funciones de mayor responsabilidad, así como tareas de gestión. Estamos ultimando los detalles para ofrecer una redacción jurídica sólida. Una vez concluida esta fase, vamos a retomar las negociaciones con los sindicatos en el ámbito de la salud para seguir avanzando en la mejora del sistema sanitario.

Las listas de espera son una de las problemáticas agudas, permanentes y persistentes dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud, y vamos a seguir actuando con determinación en este tema. En este sentido, próximamente vamos a actualizar ese real decreto de listas de espera de 2003, que se ha quedado obsoleto, que se ha quedado anacrónico, con el objetivo de poder garantizar una mayor transparencia, una mayor trazabilidad, una mayor información que la que a día de hoy tenemos sobre las listas de espera; una información que sea más útil, más detallada, que nos permita hacer un diagnóstico veraz de qué es lo que está pasando, cuáles son los pacientes que están esperando y por qué están esperando tanto nuestros pacientes. Entre las iniciativas que se pondrán en marcha, quiero destacar la elaboración de un libro blanco sobre listas de espera, que va a recopilar medidas y experiencias exitosas tanto a nivel nacional como a nivel internacional que nos sirvan como marco común de actuación para identificar la mejora de las listas de espera. Asimismo, estamos trabajando en la creación de un fondo de cofinanciación similar al modelo aplicado en el transporte, que estará condicionado a la implementación de medidas concretas por parte de las comunidades autónomas para reducir las listas de espera.

Para concluir, quisiera destacar brevemente la actividad internacional que hemos tenido en este ministerio. Ha sido un logro significativo que España vuelva a estar dentro del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud después de veinte años. Esto nos otorga un papel de liderazgo en la gobernanza de la Organización Mundial de la Salud y las políticas de salud global, reafirmando nuestro compromiso con una visión sanitaria internacional, global, más justa y equitativa. Además, España también se ha adherido como uno de los Front Runners Countries al plan de aceleración para detener la obesidad de la OMS. Este grupo de países líderes se caracteriza por un fuerte compromiso en la lucha contra la obesidad, aplicando políticas públicas alineadas con las recomendaciones de la OMS para proteger la salud de los ciudadanos. Por otra parte, también quiero resaltar la reciente contribución de España de 1 millón de euros a ONUSIDA, una acción que reafirma nuestro compromiso en la prevención y el tratamiento del VIH.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 17

Termino ya. A pesar de este vasto despliegue de acciones que les he transmitido, a pesar de las horas que son, no les quepa duda de que me he dejado en el tintero muchas cosas, muchos de los proyectos e iniciativas que queremos impulsar desde el Ministerio de Sanidad. Quiero expresar un agradecimiento especial a los médicos, médicas, enfermeras, enfermeros, técnicos auxiliares, farmacéuticos, equipos de salud mental, equipos de salud pública y demás profesionales sanitarios que dan lo mejor de sí mismos y de sí mismas; también a todos los equipos del Ministerio de Sanidad, a todas las direcciones generales, a la Secretaría General de Salud Digital, al Comisionado de Salud Mental, al Plan Nacional sobre Drogas, a la ONT, a la EMS, al INGESA y al Instituto de Salud Carlos III. Lo he dicho otras veces en este foro: todos los retos no los va a conseguir el Ministerio de Sanidad por su cuenta; cualquier avance siempre va a ir de la mano de los grupos políticos de esta Cámara, va a ir siempre de la mano de las comunidades autónomas y, por supuesto, va a ir de la mano de la sociedad civil en su conjunto. Al Ministerio de Sanidad nunca le van a faltar ganas de dialogar, de escuchar y de acordar y, como ministra, estoy a su entera disposición.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

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

Vamos a abrir un turno de portavoces de un máximo —no es un mínimo, es un máximo— de diez minutos. **(Risas)**. El orden de los grupos será de menor a mayor, pero vamos a empezar por el grupo que solicitó la comparecencia, que es el Grupo Popular. Así que la portavoz del Grupo Popular tiene la palabra.

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

Buenas tardes, señorías.

Señora ministra, bienvenida a esta que es su comisión en el Congreso.

Cuando los españoles verbalizan una preocupación es generalmente porque tienen esa preocupación. En la publicación del barómetro del CIS de noviembre de este año la sanidad sigue ocupando uno de los cinco primeros puestos dentro de los problemas que afectan personalmente a la población, muy cerca la preocupación sobre su propia salud, la de sus familiares y la de sus allegados. Pero si revisamos los ítems que acompañan a la sanidad, en el top de los que afectan a la población se encuentran los problemas de índole económico, la vivienda, la calidad en el empleo y el paro, que estaremos de acuerdo en que son determinantes sociales de la salud. Por tanto, tenemos un panorama bastante oscuro, ya que lo que más preocupa a la población es la sanidad y aquello que afecta directa o indirectamente a su salud.

Hace ya un año que dejó la portavocía de la Asamblea de Madrid y se incorporó al ministerio, aunque algunas veces se le deslice el subconsciente. Hoy nos hace aquí su balance como ministra de lo que ha sido su primer año, de las promesas y compromisos que nos presentó en su anterior comparecencia, de los hitos conseguidos y de los que quieren conseguir. Usted trazó unas líneas estratégicas que hoy también ha detallado y que agrupó en los objetivos que ha mencionado: recuperar el orgullo por la sanidad pública, adaptar la sanidad pública a los retos del siglo XXI y ensanchar el Sistema Nacional de Salud.

Cuando nos habló de recuperar el orgullo por la sanidad, igual que hoy, nos habló de los profesionales. Más de dos años después de iniciarse las conversaciones y la negociación, es decir, un año previo al suyo, y más de veinte reuniones después todavía no hay avances claros en el nuevo estatuto marco; lo ha prometido ya para el año que viene, aunque realmente en la comparecencia previa lo prometió para este año. Y no es que diga yo que no avanza, lo dicen los agentes sociales, que son los que se están sentados en la mesa del ministerio. Yo creo que siempre han acudido con ideas claras sobre los problemas que apremia resolver, sobre qué se necesita para actualizar el estatuto o mirar hacia el futuro. ¿Cómo va a desatascar el ministerio estos trabajos? ¿Qué pasará con lo que ha mencionado? ¿Cuáles son las reclasificaciones de las categorías? ¿Cuáles son las nuevas categorías? ¿Cómo va a reducir la guardia de veinticuatro horas? Porque, si dice que van a ser diecisiete, eso es lo que ya existe en las comunidades; las guardias empiezan a las tres de la tarde y van hasta las ocho de la mañana, son diecisiete horas. ¿Cómo las va a quitar?

Usted dijo que el Gobierno se comprometía a duplicar la acreditación y oferta de plazas de formación especializada en psicólogos clínicos y en aumentar un 15 % las de medicina familiar y comunitaria en esta legislatura, porque —según nos dijo y ha repetido hoy— quería cumplir con el objetivo que trazó el consejo interterritorial en 2018, que diseñó un aumento de mil plazas. Vamos a repasar un poco las cuentas. En la convocatoria de 2017/2018 se ofertaron 1810 plazas, así que en principio el objetivo es de 2810 plazas cuando acabe la legislatura. En la convocatoria del año pasado ya se ofertaron 2489, que son unas seiscientos setenta y tantas más de las que había en 2018, y para la próxima convocatoria, 2508, se han

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 18

ofertado 19. En resumen, de aquí al final de la legislatura —dure mucho o dure poco— le quedan 373 plazas por convocar. ¿Cómo lo va a hacer? ¿De verdad va a echar la culpa a las comunidades autónomas? La acreditación de las unidades docentes es competencia del ministerio. Eso está publicado en su página web. De todas formas, nosotros seguimos pensando que es una cifra insuficiente, que se requieren más plazas y, sobre todo, una mejora de la planificación. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

También nos habló en la intervención del año pasado de retener y atraer, de formar a los profesionales, optimizar el desempeño, invertir, planificar... Los cinco objetivos de la OMS, que nosotros compartimos, lógicamente. Bueno, pues apliquémoslos a INGESA, que directamente es su responsabilidad. Según el índice de competitividad de la Unión Europea sobre la asistencia sanitaria en Europa, Melilla es la penúltima y Ceuta la última. Las plantillas son cortas y envejecidas. Se les deniega, por ejemplo, la exención de guardias a los mayores de 55 años, que sí se conceden en el resto de las comunidades, y la falta de especialistas es un problema común a todo el territorio nacional. Los profesionales superan las 48 horas semanales en el cómputo semestral, incumpliendo la normativa europea. Las guardias son las peor pagadas de España y hay más de 1000 euros de diferencia en el sueldo con el resto de las comunidades. ¿Qué balance hace de estas cuestiones y de la gestión del INGESA? ¿Cómo de contentos están estos profesionales? ¿Qué medidas va a poner en marcha para mejorar la situación, retenerlos o mejorar el desempeño, que no sea solo la convocatoria de una OPE insuficiente? Son zonas de difícil cobertura, efectivamente, pero no se ha tomado ninguna medida ni se ha destinado ningún presupuesto para mejorar esta situación y atraer y retener a los profesionales ahí.

Ministra, usted dijo que venían a transversalizar la política sanitaria. Nos habló del enfoque *one health* y de trabajar con otros ministerios porque consideraban que estas políticas eran políticas de salud. Cuando el secretario de Estado vino a su reciente comparecencia reiteró que esas reuniones y ese trabajo con otros ministerios se estaba realizando. Sin embargo, cuando ha habido una actuación incompetente de otro ministerio, como el de Transformación Digital y Función Pública, fracasando en las negociaciones del concierto de Muface, que afecta directamente a la asistencia sanitaria de un millón y medio de personas, no lo considera importante. ¿No se habla con este ministerio para decirle que no ceje en el empeño negociador, que no pueden dejar a estas personas en la incertidumbre? Esta mañana, desde la tribuna del pleno, usted nos ha dicho que no teníamos empatía con los migrantes que necesitaban asistencia sanitaria y llegaban a las costas canarias, cosa que no es cierta, no lo es. Si mira las cifras y las gráficas, verá que la distribución de niños que llegan a las costas canarias en las comunidades está encabezada por Andalucía, Castilla y León, Asturias y Galicia. ¿Qué empatía han mostrado la ministra y el secretario de Estado con el millón y medio de personas que siguen con angustia la negociación del futuro de su asistencia sanitaria? Los han llamado privilegiados. Cuando usted defiende la sanidad pública como la mejor sanidad, nosotros estamos de acuerdo, pero, según su razonamiento, los privilegiados son todos los demás que pueden acudir a la sanidad pública y también a la privada si lo desean. Usan el término privilegiado como despectivo y estigmatizante para una parte de la población simplemente por el hecho de ser funcionarios. Esto no es justo. Han tratado de aprovechar la incompetencia de otro ministerio para tratar de sacar uno de sus compromisos electorales, sin pensar que son pacientes que sufren igual que los demás. Han hecho un informe que parece un poco improvisado, con un descriptivo de la población, usándolos como números vacíos, cuando se trata de población incluida en un mutualismo administrativo que el año que viene cumple cincuenta años y que en estos cincuenta años a ningún Gobierno se le ha ocurrido que había que deshacer.

La única iniciativa que se debatió al respecto la propuso Podemos en el año 2021 y se rechazó no solo por el Grupo Popular, sino también por el Grupo Socialista. Usted hoy nos ha hablado de deontología, y yo esta tarde le tengo que recordar su juramento y pedirle que reflexione y considere seriamente su papel en este asunto. Si no puede mejorar a estos pacientes, al menos no los empeore, y menos por una cuestión ideológica. En nada vamos a tener que dejar de hablar de determinantes sociales para hablar de determinantes políticos de la salud.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por su intervención.

A continuación, volvemos ya al orden de menor a mayor, empezando por el Grupo Mixto, que tiene la palabra.

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

Buenas tardes, señora ministra, y gracias por su comparecencia.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 19

Saben que nuestro diagnóstico sobre la sanidad en España es muy claro. Tras décadas de privatización y desmantelamiento de lo público nuestro sistema de salud se resiente y sigue perdiendo calidad. Entendemos que revertir este escenario, garantizar la calidad del sistema para los usuarios y cuidar laboralmente a los profesionales deberían ser las tareas más urgentes. Por eso, desde Podemos nos gustaría plantearle en esta comparecencia algunos temas muy concretos, y esperamos también respuestas claras en la medida de lo posible para manifestar su compromiso con la defensa de lo público.

Por otro lado, quería comenzar esta intervención felicitándola como representante del Comité Ejecutivo de la OMS. Esperamos que su paso por este organismo sea fructífero.

En primer lugar, le quería preguntar por la Atención Primaria. Coincidimos con usted en que la Atención Primaria es el eje vertebrador de nuestro sistema sanitario, pero su situación no es buena, no es buena. Usted ha planteado que quiere reforzar la Atención Primaria, pero, lejos de garantizar el cumplimiento del marco estratégico, nos ha anunciado un nuevo plan para la Atención Primaria. Desde Unidas Podemos ya fuimos críticos la legislatura pasada con la ministra Darías cuando nos anunció un plan similar, y esto parece una propuesta un poco reciclada. Por eso, nos gustaría preguntarle si además de planes generales, que siempre tardan en elaborarse, van a tomar medidas más concretas y más a corto plazo para frenar ese deterioro de la Atención Primaria.

Hablando de medidas concretas, recuerdo que una de sus principales promesas al frente del Ministerio de Sanidad fue la presentación y aprobación de una ley para las listas de espera. Todos sabemos que los retrasos en pruebas diagnósticas y consultas siguen costando vidas. Sin embargo, no conocemos si esta ley se está desarrollando. Aprovechamos también su presencia para preguntarle si se ha avanzado y cuándo podría estar lista para votarse.

Por otra parte, la semana pasada el Congreso volvió a tomar en consideración la iniciativa popular para establecer unas ratios de enfermería, una iniciativa que propone reducir esa ratio de pacientes por enfermero para garantizar una atención de calidad y reducir la precariedad que sufre el cuerpo de enfermería. Además, propone que esas ratios se cumplan tanto en la sanidad pública como en la sanidad privada. Sin embargo, sabemos que la legislatura pasada no se llegó a tramitar esta ley por las sucesivas prórrogas que iba dando la Mesa del Congreso y, en el fondo, creo que también por la negativa del Partido Socialista, en este caso, a que se tocara la sanidad privada con esta iniciativa popular. Nos gustaría saber si va a haber un compromiso claro por parte de su ministerio con esta iniciativa —también si van a plantear alguna modificación de la misma— para que se pueda tramitar y no se quede en un cajón de la Mesa del Congreso también esta legislatura.

Nos gustaría abordar una cuestión que ya planteamos en la anterior comparecencia, que es la formación de los profesionales de la sanidad pública. Estamos convencidos de que usted conoce un informe que ha publicado la Asociación MIR, que detalla un progresivo deterioro de la calidad de estas formaciones, algo que no sorprende si atendemos a que antes el Partido Popular eliminó las auditorías sobre las unidades formativas y que, a día de hoy, a pesar de que se ha pedido en alguna iniciativa, todavía no se han recuperado. La directora general de Ordenación Profesional se comprometió a que las auditorías se recuperarían esta legislatura, pero nos gustaría saber si hay un plazo para ello.

Paso ahora a la producción normativa del Ministerio de Sanidad, de su ministerio. Quería referirme al anteproyecto de ley de modificación del Real Decreto 1/2015, de garantías y uso racional del medicamento. Cuando lo estudiamos, echábamos en falta dos cuestiones clave: una, la fijación de precios de los medicamentos y, otra, el papel que siguen jugando los *lobbies* farmacéuticos. Respecto a lo primero, quiero hacerle una pregunta concreta. ¿La modificación del anteproyecto supondría la eliminación del artículo 97.3, que establece la confidencialidad a la hora de fijar los precios de los medicamentos? En segundo lugar, en el anteproyecto hablan de la redistribución de la carga económica y del copago farmacéutico a la ciudadanía, pero luego sabemos que los *lobbies* farmacéuticos ejercen presión sobre los profesionales. Nos gustaría saber si se plantea alguna medida para poner límites a esa presión de las farmacéuticas.

En relación con lo anterior, usted decía que no había problemas de desabastecimiento, pero muchos centros y muchos profesionales se quejan, y no está llegando una solución eficaz. A nuestro juicio, esto no es netamente un problema político; tiene mucho que ver también con una excesiva dependencia del mercado farmacéutico en el que estamos. Sabemos que no tiene una solución de un día para otro, pero en Podemos siempre hemos defendido que el Estado debería asumir un rol de planificación en sectores estratégicos como el farmacéutico. Por eso, hemos propuesto reorientar y ampliar el Centro Militar de Colmenar Viejo para la fabricación pública de fármacos cuya patente haya expirado. Nos gustaría

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 20

preguntarle, una vez más, si considera que es una propuesta viable y si piensa que se puede poner en marcha esta legislatura.

Pasando a otra cuestión, hace unos meses también habló usted de una ley de gestión sanitaria para proteger el sistema, dijo usted, de una «privatización obscena». Sobre este punto estamos de acuerdo, pero queremos compartir algunas consideraciones. El gasto privado en sanidad alcanza ya casi el 30%, es uno de los más altos de Europa, superado solo por países como Suiza, Portugal y Polonia. Además, el número de seguros privados sigue creciendo y ya supera los 13 millones. Somos conscientes de que hay que hacer mucho para desprivatizar el sistema sanitario, y para eso nos parece que es fundamental la delimitación entre el sector público y el sector privado. Por eso, me gustaría formularle también dos preguntas claras: si van a aprobar una ley de incompatibilidades para garantizar la separación de estos sectores y si van a hacer algo con la ley privatizadora de Aznar, la Ley 15/1997, que yo creo que es donde está el origen de todos los problemas.

La salud mental sigue siendo otro de los temas claves de la legislatura. La estrategia 20222026 sobre el papel está bien, pero se ha demostrado insuficiente para abordar la magnitud del problema. En este sentido, Podemos presentó una ley de salud mental para fijar una ratio mínima de 18 psiquiatras y 18 psicólogos por cada 100 000 habitantes. Hay que recordar que esa ley, otra vez, fue aprobada por amplísima mayoría, y la Mesa, controlada por el Partido Socialista, decidió dejarla morir en la anterior legislatura. Pero, en relación con ello, nos gustaría plantearle si se está trabajando para aumentar la capacidad formativa de estos profesionales de la salud mental. Les recuerdo que en la última convocatoria solo se incluyeron 27 plazas PIR para todo el país, algo que es, a nuestro juicio, muy insuficiente para cubrir las necesidades asistenciales en salud mental.

Se me va acabando el tiempo. Por último, quería referirme al tema de Muface, que no lo hemos tocado. En Podemos siempre hemos defendido que había que superar el actual modelo, que supone desviar dinero público a la sanidad privada. Usted misma ha declarado en varias ocasiones que la sanidad pública tiene capacidad suficiente para absorber a todos los mutualistas y que, además, podría ofrecer mejor servicio que la sanidad privada. Sin embargo, ayer conocimos que el Gobierno cede a las presiones de la sanidad privada y va a incrementar el presupuesto de Muface en un 33,5%. Me gustaría preguntarle cómo considera esta decisión. Hace siete años, es verdad, Unidas Podemos puso sobre la mesa una propuesta para evitar el chantaje permanente al que la sanidad privada somete a Muface. Nosotros y nosotras planteábamos que los nuevos funcionarios se fueran incorporando a la sanidad pública para ir progresivamente transitando de un sistema a otro. Se pudo aprobar la legislatura pasada, pero el Partido Socialista lo rechazó. Me gustaría saber si esta propuesta le parece realista y si se podría recuperar.

Siguiendo con el tema de las mutualidades, también quería preguntarle por una situación concreta que afecta a Ceuta y Melilla, donde el Ministerio de Sanidad tiene competencias, y que tiene que ver con el uso que hacen las aseguradoras privadas de hospitales públicos. En concreto, se calcula que las mutualidades deben al INGESA unos 2,5 millones de euros, concretamente, al Hospital de Melilla. Se lo preguntaba en la anterior comparecencia, pero quería saber cuál es el estado actual de esa deuda y cuáles son las medidas que se están tomando desde su ministerio para que las aseguradoras paguen lo que le tienen que pagar a la parte pública.

Por mi parte, lo dejaría aquí. Tenemos una tarde llena de comisiones. Pero creemos, efectivamente, que es el momento de tomar medidas valientes para reforzar la sanidad pública y comenzar a desprivatizar; por lo menos, que la privatización no siga avanzando, que es la sensación que seguimos teniendo. Hay que salir del miedo a molestar a determinados intereses privados muy poderosos, y, si ese es su cometido y si esa es su voluntad, nos va a tener a su lado.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, tendría el turno el Grupo Parlamentario Vasco, pero antes quería decir que hay dos grupos que nos han pedido acumular su turno. Si algún otro grupo lo quiere hacer... He preguntado antes al Grupo Popular, por si acaso, pero su portavoz ha preferido hacerlo en dos turnos. ¿Alguien más quiere acumular turnos? (**Pausa**). El Grupo Republicano sí, que lo ha pedido antes.

Pues, sin más —perdón por esta interrupción—, el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **VAQUERO MONTERO**: Bai. Mila esker, presidente jauna. Arratsalde on.

Bienvenida, ministra. Le agradecemos esta comparecencia para explicarnos el primer año de legislatura. Voy a intentar ser breve y centrarme un poco en los temas que nos interesan.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 21

Le reconocemos que, evidentemente, estamos ante un sistema de salud tensionado por muchos factores que la pandemia tensionó todavía más. Si bien esta ya no es la mayor preocupación —en eso estamos de acuerdo—, sigue siendo una de las grandes preocupaciones, pero es verdad que se debe, en parte también a que tenemos una población más envejecida que necesita otros cuidados por su mayor dependencia y cronicidad. Y, aunque se estén dando pasos en el sentido de reducir listas de espera y mejorar la organización del sistema —en Euskadi, en poco tiempo, en esta legislatura, en los últimos cinco meses, se han conseguido bajar las listas de espera y mejorar la atención—, sí es verdad que todavía las personas sienten que no tienen la atención suficiente en sanidad. Acudimos más al médico, muchísimo más, y, aunque hay mayor frecuencia y más consultas, la sensación es justamente la contraria. Con eso no quiero decir que no haya margen de mejora en todos los sistemas de salud, incluso también en el vasco. No voy a decir que no haya nada para mejorar; hay cosas para mejorar. Por lo tanto, tenemos que incidir en aquello que todavía tenemos pendiente.

Me voy a centrar ya en las preguntas, porque yo creo que ya estamos hoy todos un poco cansados y, si puedo, ya no voy a intervenir en la segunda parte.

Ya sabe que nosotros preguntamos mucho por el tema de la certificación de los productos sanitarios. Ya que está aquí, voy a insistir en que, como usted sabe, con la entrada en vigor de los reglamentos europeos, se ha ampliado la exigencia en los niveles de calidad y en la seguridad para estos productos. Adaptarse a esta normativa está generando y sigue generando embudos en la certificación de los productos. Entendemos que se siguen necesitando más organismos notificadores. El Ministerio de Sanidad, hasta ahora, se ha negado a que haya más organismos; únicamente lo hace la Agencia y entendemos que las empresas del sector y los informes de los expertos también consideran que esto es insuficiente. Y también el Consejo Europeo, como he dicho en varias ocasiones, está incidiendo en que se haga un esfuerzo para que haya más —ya sé que tenemos lecturas diferentes—. Algunos lo achacan a que no se presentan en tiempo los papeles, pero también ocurre que no hay organismos notificadores suficientes y, además, la Agencia tampoco puede autorizar todos los productos. Por lo tanto, ahí creo que no se está haciendo lo suficiente. Las pymes, sobre todo, están encontrando verdaderos problemas, porque son las últimas. Se quedan a la cola. Se autorizan las últimas y, entonces, hay algunos productos de algunas pymes que verdaderamente están teniendo problemas. Y en Euskadi hay mucha pyme de productos sanitarios. Por lo tanto, nos preocupa, desde el ámbito sanitario, pero también desde el sector industrial. Nos gustaría que esta petición la tuvieran en cuenta.

Ha hablado del estatuto marco. Yo tenía entendido que el estatuto marco tenía que estar ya para finales de este año, pero lo ha anunciado como proyecto para el 2025. Creemos necesario mejorar las condiciones laborales también en lo que respecta a lo que pueda ser de su competencia. Se tendría que incidir en ello.

Ha hablado de que se ha aprobado ya el Plan de Atención Primaria. Lo ha hablado en la comisión del Consejo Interterritorial. Y, en relación con este plan y la tramitación de las bajas por IT, ¿cuál es la postura que mantiene el ministerio para rebajar la burocracia en este sentido?

En relación con la mutua Muface, ¿se ha calculado el impacto que pudiera tener en el sistema de salud si la nueva licitación quedara desierta? Con ello no quiero plantear una defensa de la mutua para los funcionarios; lo que nos preocupa es la afectación que puede tener al Sistema Nacional de Salud —sobre todo al nuestro, el vasco— la absorción de todos los funcionarios que pudieran quedar fuera. Es cierto que en Euskadi solo afecta a aquellos funcionarios transferidos de la Administración General del Estado, y no a la gran mayoría, los funcionarios de la Administración Pública vasca, ya que su cobertura sanitaria la realiza Osakidetza, a no ser que, como cualquier persona, tengan un seguro privado que paguen y les preste esa atención. Nos gustaría saber si se ha medido la afectación, porque hay que tenerla en cuenta.

En la Conferencia de Presidentes celebrada el pasado 12 de diciembre, el lehendakari Pradales realizó diferentes peticiones en el ámbito de la salud y, sobre todo, en relación con la falta de profesionales médicos. Si bien Euskadi está sentando las bases para trabajar dentro de un gran acuerdo por la salud, además de tomar medidas para reforzar Osakidetza e impulsar el sistema sanitario vasco del futuro, hay cuestiones, como las que planteó el lehendakari la semana pasada, que no dependen del Gobierno vasco y exigen la intervención del Gobierno español y que se arbitren medidas excepcionales para ello. El lehendakari planteaba la posibilidad de elevar la edad del ejercicio de la profesión médica hasta los setenta y dos años en Atención Primaria —siempre voluntaria, evidentemente—, transferir a Euskadi la acreditación de las unidades y centros docentes para médicos residentes, autorizar un periodo transitorio de tres años que habilite a médicos sin especialidad para ejercer en periodos estivales, agilizar el proceso

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 22

de homologación de títulos de médicos especialistas formados en el extranjero, mejorar el sistema MIR para evitar plazas desiertas o vacantes modificando la actual orden reguladora y, adicionalmente, realizar de una forma presencial el proceso de elección de plazas, así como agilizar las convocatorias de especialistas médicos en emergencias. Yo se las vuelvo a trasladar aquí, no sé si puede hacer una valoración sobre ellas.

Mila esker.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

¿Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu? (**Pausa**).

Por el Grupo Parlamentario Junts per Catalunya, tiene la palabra la señora Calvo Gómez.

La señora **CALVO GÓMEZ**: Sí, moltes gràcies, president.

Ministra, benvinguda. Ha fet una llarguíssima exposició del treball d'un any i, segurament, seria molt més còmode per a tots que vingués més sovint i d'aquesta manera doncs les explicacions vindrien dosificades i podríem fer un debat més extens per a cadascun dels temes. En qualsevol cas, intentaré anar als quatre temes que, vull dir, li vull comentar.

Bé, com sap vostè, nosaltres, tot allò que es pugui legislar des del Parlament de Catalunya, no ho volem legislar des de Madrid; aquest seria el nostre principi. Com sap, doncs estem encara negociant el text del projecte de llei per a la creació de l'agència estatal de salut pública, un text que encara entenem que envaeix competències i, per tant, encara no tindria el nostre suport, però seguirem treballant. Però hem vist a les últimes hores que, en paral·lel a l'avantprojecte de llei del medicament i el producte sanitari, que vostè mateixa ha comentat que s'havia filtrat —no per part de vostès, però que s'havia filtrat—, doncs el ministeri treballa també en un reial decret que ha de regular els criteris d'inclusió, revisió, exclusió del finançament públic dels medicaments; un text que afectarà els procediments per agilitzar nous medicaments, també la política de finançament dels medicaments genèrics i, de retruc, també, segurament, doncs les farmàcies. Quines mesures inclourà aquest reial decret sobre finançament públic de medicaments per solucionar els retards actuals de més de quinze mesos i garantir l'accés a les noves teràpies aprovades per l'agència europea?

Sempre se li recorda a vostè doncs que Espanya és un dels països, dels estats membres, que triga més a incorporar els nous tractaments. Com garanteix, per tant, aquest accés, que ha de ser equitatiu, respecte de la resta de ciutadans europeus? De nou ens trobem amb que l'Estat autoritza i fixa preus de medicaments, però que la prestació la fan les comunitats autònomes. Entenem que haurien de dotar econòmicament les partides pressupostàries i fer les transferències perquè les comunitats autònomes puguin fer front als pagaments. Què és el que tenen previst al respecte?

La Fundació Eco, per a l'excel·lència en els tractaments d'oncologia, ha fet un estudi amb nou mil pacients on s'ha comprovat l'impacte que el retard en l'accés a la medicació innovadora té en la supervivència de les persones amb càncer, per exemple, metastàtic. És un tema prioritari, aquest, com parlàvem abans, de si es podia agilitzar el tractament, els medicaments. I també l'hi dic —també l'hi dic— perquè la tramitació de la llei del medicament podria ser una bona oportunitat per fer més àgil l'accés a les teràpies avançades autòlogues, que es fan a partir de cèl·lules pròpies i que en molts casos signifiquen la vida o la mort de la persona que, per exemple, pateix un càncer. A la Unió Europea, l'autorització de productes desenvolupats a nivell acadèmic està bàsicament desprotegida, per no dir que pràcticament bloquejada en benefici de la gran indústria farma —som conscients d'això. Des del 2007, la Unió Europea considera que totes les teràpies, fins i tot les autòlogues, on es fan servir les teves pròpies cèl·lules per fer un tractament, són un fàrmac. Paradoxalment, si en lloc de fer servir les teves pròpies cèl·lules es fa servir una cèl·lula d'una altra persona per fer un trasplantament, es considera un procediment. I quin és el problema? Per què explico això? Quin és el problema? Doncs que, si és un fàrmac, resulta que es complica l'autorització. A l'Estat espanyol, el Reial Decret 477/2014, d'excepció hospitalària, que prové d'una directiva europea —s'ha transposat d'una manera molt estricta, a més a més—, permet l'autorització de l'ús compassiu de tractaments en cada centre hospitalari, però en un termini que pot arribar —atenció— als 210 dies naturals. La gent es mor esperant i els metges es desesperen. Entenem que s'hauria de flexibilitzar la llei, que quan una persona té una urgència terapèutica que es pot resoldre fent servir teràpies avançades —amb productes autòlegs, de nou, amb cèl·lules pròpies— el paràmetre prioritari a considerar hauria de ser el de la seva supervivència, i, en base a això, autoritzar urgentment el tractament amb caràcter excepcional i, per descomptat, quan els productes autòlegs es desenvolupin o produeixin des del règim acadèmic i sobre la base de dades objectives respecte de la seva seguretat i eficàcia. Ens agradaria

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 23

saber com veu vostè això, si pensa que es podria modificar la llei per facilitar l'accés a aquests tractaments autòlegs.

Falta de medicaments. Parlem ara de la situació de falta de medicaments, que s'arrossega des de fa molts mesos. Si mirem els últims anys, podríem dir que s'ha anat a pitjor. El 2019, segons fonts del Ministeri de Sanitat, faltaven 488 medicaments; actualment, 756. L'informe de l'Agència Espanyola del Medicament i el Producte Sanitari del primer semestre d'aquest any diu que només falta un 4,28% de les presentacions de medicaments. Si ens centrem en els tractaments de major impacte i sense alternativa de substitució, faltarien 109 medicaments. L'agència —ho sabem— intenta importar-lots d'altres països on sí que tenen estoc perquè paguen millor aquests medicaments, i aquesta —ho sabem tots— és una de les raons de la falta de medicaments a l'Estat espanyol, que paguem menys i, per tant, ens costa més tenir estoc. Però, analitzant els medicaments que falten, és on arriba la preocupació. No hi ha Ozempic, de tractament de la diabetis, tot i que, és veritat, ha tingut un augment de demanda perquè es fa servir també per a la pèrdua de pes. No hi ha Concerta ni alternatives amb metilfenidat per tractar nens i joves amb problemes de dèficit d'atenció i hiperactivitat; la pròpia agència reconeix a la seva web que seguirà tenint problemes fins ben entrat el primer semestre del 2025. També falten alguns complements nutricionals necessaris per tractar la degeneració macular de la retina, com l'Aredsan o el Retilut. I també ens preocupa que no hagin de tornar a restringir l'ús de medicaments per tractar el càncer, com, per exemple, el Cisplatino, com va passar el mes d'abril. Es va solucionar temporalment perquè un dels laboratoris proveïdors va poder avançar una remesa, però hi havia altres laboratoris que no ho van poder fer. Quina és la situació actual respecte d'aquests medicaments? Què estan fent per resoldre aquest problema greu?

Ha fet vostè referència a la llei ELA, en la que vam participar diria que tothom, perquè tothom se la va fer seva i va, diguem-ne, fer història en aquest sentit. Com vostè sap perfectament, el Govern té un any de temps per fer el reglament —vostè hi ha fet referència. Les associacions de pacients de diferents malalties s'estan posant en contacte amb nosaltres, i entenc que amb altres grups parlamentaris, per demanar que se'ls escolti. Ens estan dient d'alguna manera que, si no ens poden curar, com a mínim ens cuidin, no? Parkinson, Alzheimer, ictus, Corea de Huntington, atròfia muscular espinal, Duchenne, determinades seqüeles de la pòlio, també determinats tipus de càncer que poden generar processos que poden formar part d'aquest reglament i, per tant, tenir les prestacions que ara ja tenen les persones afectades per l'ELA, i fins i tot algunes malalties rares neuromusculars o d'altre tipus. Vostè ha dit que s'estan creant els grups de treball; ha passat un mes i mig i diu que s'estan creant els grups de treball. L'hi dic molt sincerament: estic convençuda que intentaran complir els terminis, però li he de traslladar la preocupació, perquè he vist com altres lleis que es comprometien a tenir un reglament en un període de sis mesos, d'un any, han fallat, i penso que estem davant d'una situació de persones malaltes amb gran dependència, de gran complexitat, amb processos irreversibles que necessiten que la resposta arribi a temps.

Acabo ja amb un últim punt: plasma. Segons informacions del Comitè Científic per a la Seguretat Transfusional, en tres o quatre anys caldria augmentar un 25% les donacions anuals de plasma, fins a les 500.000 anuals, passant del 1.200.000 donants d'ara a 1.400.000. A l'Estat hem de reconèixer que vivim una situació paradoxal: per un costat, estem comprant medicaments o plasma provinent de donants que han cobrat per la donació; per l'altre, a l'Estat espanyol les donacions són de caràcter exclusivament altruista. No es permet la donació a canvi de diners, perquè qui la fa és normalment una persona econòmicament vulnerable i, a més a més, pot trobar-se amb la temptació de fer diferents donacions al llarg d'un any i posar en risc la seva salut. A Estats Units sí que es poden retribuir les donacions de sang o plasma. I per què li dic això? Deia que és paradoxal perquè, clar, resulta que Estats Units està exportant a Europa el 70% del plasma que produeix; l'Estat espanyol n'importa més de 600.000 litres a l'any. Per tant, es genera amb això una gran dependència. A Catalunya, cada any es fan transfusions de plasma a 4.000 persones, i hi ha 3.000 persones més que necessiten hemoderivats fets amb plasma de per vida. Què està passant als altres països de l'entorn? Doncs Alemanya, República Txeca, Àustria i Hongria permeten retribuir les donacions i ho podran seguir fent. I aquí és on vinc a fer-li la pregunta directa a vostè, perquè la Unió Europea ha aprovat el Reglament SoHO, de substàncies d'origen humà, on es diu que la donació de plasma no pot ser remunerada, però sí que pot ser compensada, sempre que hi hagi neutralitat financera. És a dir, això vol dir —vostè ho sap perfectament, però ho dic per la gent que potser ens escolta— que a una persona que deixa de treballar per anar a fer una donació doncs se li pot compensar el cost d'aquestes hores que deixa de treballar o també, per exemple, les despeses de transport o del pàrquing o les despeses necessàries per anar a fer aquesta donació. Cada estat membre

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 24

ha de determinar com es faran aquestes compensacions, quins diners hi destinaran per compensar els donants —això és un tema que s'està estudiant ja—, qui ho pagarà, perquè sabem que hi ha un pla nacional de plasma, però, de fet, els resultats no estan funcionant d'una manera diguem-ne que igual a les diferents comunitats autònomes. A Catalunya, la veritat és que és una excepció; el Banc de Sang i Teixits lidera de manera clara el volum de recollida de plasma a l'Estat. Però l'hi pregunto: quina és l'estratègia que tenen pensada per augmentar les donacions a l'Estat?

Ho deixo aquí; no acumulo temps, ho deixo aquí. I no podré quedar-me a escoltar-la —ho faré després— perquè tinc altres comissions. Grup petit, moltes cites alhora.

Gràcies, ministra.

Muchas gracias, presidente.

Bienvenida, ministra.

Ha hecho usted una larguísima exposición sobre la labor de un año, y, seguramente, sería mucho más cómodo para usted que viniera más a menudo y, de esta forma, las explicaciones irían viniendo dosificadas y podríamos establecer un debate más extenso para cada uno de los temas. En cualquier caso, voy a intentar abordar los cuatro asuntos que quisiera comentar con usted.

Como sabe, todo aquello que se pueda legislar desde el Parlamento de Cataluña no queremos legislarlo desde Madrid; ese sería nuestro principio. Como sabe, todavía estamos negociando el texto del proyecto de ley para la creación de la agencia estatal de salud pública, un texto que todavía entendemos que invade competencias y que, por tanto, no tendría nuestro apoyo, pero seguiremos trabajando. Sin embargo, hemos visto que en las últimas horas, en paralelo al anteproyecto de ley del medicamento y el producto sanitario, que usted misma ha comentado que había sido filtrado —no por parte de ustedes, pero que se había filtrado—, el ministerio trabaja también con un real decreto que debe regular los criterios de inclusión, revisión y exclusión de la financiación pública de los medicamentos; un texto que afectará a los procedimientos para agilizar nuevos medicamentos, también a la política de financiación de los medicamentos genéricos y, de paso, también quizás a las farmacias. ¿Qué medidas va a incluir ese real decreto sobre financiación pública de medicamentos para solucionar el retraso en los trasposos actuales de más de quince meses y garantizar el acceso a las nuevas terapias aprobadas por la agencia europea?

Siempre se le recuerda a usted que España es uno de los países entre los Estados miembros que tarda más en incorporar los nuevos tratamientos. ¿Cómo van a garantizar ustedes el acceso, que debe ser equitativo con respecto al resto de ciudadanos europeos? Nuevamente nos encontramos con que el Estado autoriza y fija precios de medicamentos, pero la prestación la hacen las comunidades autónomas. Entendemos que deberían dotar económicamente las partidas presupuestarias y hacer las transferencias para que las comunidades autónomas puedan afrontar esos pagos. ¿Qué es lo que tienen previsto al respecto?

La Fundación ECO, para la excelencia en los tratamientos de oncología, ha hecho un estudio con nueve mil pacientes en el que se ha comprobado el impacto que el retraso en el acceso a la medicación innovadora tiene en la supervivencia de las personas con cáncer, por ejemplo, metastásico, que es un tema prioritario, como mencionábamos antes. Se trata de agilizar el tratamiento y el acceso a los medicamentos, y se lo digo porque la tramitación de la ley del medicamento podría ser una buena oportunidad para agilizar el acceso a las terapias avanzadas autólogas, que se realizan a partir de células propias y que en muchos casos suponen la vida o la muerte de la persona que, por ejemplo, sufre cáncer. En la Unión Europea, la autorización de productos desarrollados a nivel académico está básicamente desprotegida, por no decir que prácticamente está bloqueada, en beneficio de la gran industria farmacéutica; somos conscientes de ello. Desde 2007, la Unión Europea considera que todas las terapias, incluso las autólogas, en las que se utilizan las células propias del paciente para el tratamiento, son un fármaco. Paradójicamente, sí, en lugar de utilizar las propias células, se emplea una célula de otra persona para un trasplante, se considera un procedimiento. ¿Cuál es el problema y por qué lo estoy explicando? Si es un fármaco, resulta que se complica la autorización. En el Estado español, el Real Decreto 477/2014, de atención hospitalaria, que proviene de una directiva europea, se ha traspuesto de una forma muy estricta. Permite la autorización del uso compasivo de tratamientos en cada centro hospitalario, pero en un plazo que puede llegar —atención— a los 210 días naturales. La gente se muere esperando y los médicos se desesperan. Entendemos que se debería flexibilizar la ley para que, cuando alguien tenga una urgencia terapéutica que se pueda resolver con terapias avanzadas, con productos autólogos, con células del propio paciente, el parámetro prioritario que se tome en consideración sea el de su supervivencia y, en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 25

función de ello, se autorice con urgencia el tratamiento con carácter excepcional, cuando, por supuesto, los productos autólogos se desarrollen o se produzcan desde el régimen académico y sobre la base de datos objetivos respecto a su seguridad y eficacia. Nos gustaría saber cómo lo ve usted y si cree que se podría modificar la ley para facilitar el acceso a estos tratamientos autólogos.

Hablemos ahora de la situación referida a la falta de medicamentos que se arrastra desde hace muchos meses. Si miramos los últimos años, ha ido a peor. En 2019, según fuentes del Ministerio de Sanidad, faltaban 488 medicamentos; y en la actualidad, 756. El informe de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del primer semestre de este año dice que solo falta un 4,28% de las presentaciones de medicamentos. Si nos centramos en los tratamientos de mayor impacto y sin alternativa de sustitución, faltarían 109 medicamentos. Sabemos que la agencia intenta importarlos de otros países donde sí hay stock. Y tienen stock porque pagan mejor esos medicamentos —eso lo sabemos todos—, y es uno de los motivos de ausencia de medicamentos en el Estado español: pagamos menos y, por tanto, nos cuesta más tener stock. Pero, analizando los medicamentos que faltan, es cuando llega la preocupación: no hay Ozempic para el tratamiento de la diabetes, aunque ha habido un aumento de demanda porque se está utilizando también para la pérdida de peso; no hay Concerta ni alternativas con metilfenidato para tratar a niños y jóvenes con problemas de déficit de atención e hiperactividad y la propia agencia reconoce en su página web que seguirá teniendo problemas hasta bien entrado el primer semestre de 2025, y faltan también algunos complementos nutricionales que son necesarios para tratar la degeneración macular de la retina, como el Retilut. Además, nos preocupa que hayan de volver a restringir el uso de tratamientos para tratar el cáncer, como, por ejemplo, el Cisplatino, como sucedió en el mes de abril. Se solucionó temporalmente porque uno de los laboratorios proveedores avanzó una remesa, pero hubo otros laboratorios que no lo pudieron hacer. ¿Cuál es la situación actual respecto a dichos medicamentos? ¿Qué están haciendo ustedes para resolver ese problema tan grave?

Usted ha sacado a colación la ley del ELA, respecto de la que diría que participamos todos, porque todos la hicimos nuestra, y, en ese sentido, hizo historia. Como usted sabe perfectamente, el Gobierno tiene un año de tiempo para hacer el reglamento, que usted también ha mencionado. Las asociaciones de pacientes de diferentes enfermedades se están poniendo en contacto con nosotros, y entiendo que con otros grupos parlamentarios, para solicitar que se les escuche; nos están diciendo de alguna forma que, si no se les puede curar, al menos que les cuiden. Para enfermedades como Parkinson, Alzheimer, ictus, atrofia muscular espinal y distrofia muscular de Duchenne, determinadas secuelas de la polio y también cánceres que pueden generar, por ejemplo, procesos que pueden formar parte de este reglamento y, por tanto, tener las prestaciones que ahora ya tienen las personas afectadas por la ELA e, incluso, algunas enfermedades raras neuromusculares y otras, ha dicho usted que se están creando grupos de trabajo; ha pasado un mes y medio y dice usted que se están creando los grupos de trabajo. Le digo, muy sinceramente, que estoy convencida de que ustedes van a intentar cumplir los plazos, pero debo trasladarle la preocupación que siento, porque he visto cómo para otras leyes que se comprometían a tener un reglamento en un periodo de seis meses o un año han fallado y creo que estamos ante una situación de personas enfermas con gran dependencia, con gran complejidad, con procesos irreversibles que necesitan que la respuesta llegue a tiempo.

Acabo ya, con un último punto, el plasma. Según informaciones del Comité Científico para la Seguridad Transfusional, en tres o cuatro años deberíamos aumentar un 25% las donaciones anuales de plasma, hasta las 500 000 anuales, pasando de 1 200 000 donantes de ahora a 1 400 000 donantes. En el Estado debemos reconocer que vivimos una situación paradójica. Por un lado, estamos comprando medicamentos o plasma que procede de donantes que han cobrado por la donación, pero, por otro, en el Estado español las donaciones son de carácter exclusivamente altruista. No se permite la donación a cambio de dinero, porque, por lo general, quien la hace es una persona económicamente vulnerable y puede tener la tentación de hacer varias donaciones a lo largo de un año, poniendo en riesgo, por tanto, su salud. En Estados Unidos sí se pueden retribuir las donaciones de sangre o plasma. ¿Por qué se lo digo? Porque decía que es paradójico. Resulta que Estados Unidos está exportando a Europa el 70% del plasma que produce. El Estado español importa más de 600 000 litros al año. Por ende, se genera con ello una gran dependencia. En Cataluña cada año se hacen transfusiones de plasma a 4000 personas, y hay 3000 personas más que necesitan hemoderivados hechos con plasma de por vida. ¿Qué está sucediendo en el resto de países del entorno? Alemania, República Checa, Austria y Hungría permiten retribuir las donaciones y lo podrán seguir haciendo. Y es a este respecto vengo a hacerle la pregunta directa a usted, porque la Unión Europea ha aprobado el Reglamento SoHO, de Sustancias de Origen Humano, por el que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 26

una donación de plasma no puede ser remunerada, pero sí compensada, siempre y cuando haya neutralidad financiera. Eso significa —usted lo sabe perfectamente, lo digo para la gente que nos oye— que a una persona que deja de trabajar para ir a hacer una donación se le puede dar el coste de las horas que deja de percibir por su trabajo o, por ejemplo, los gastos de transporte o de parking, los gastos necesarios en los que incurre para hacer la donación. Cada Estado miembro debe determinar cómo se harán estas compensaciones, qué dinero va a destinar para compensar a los donantes, y es un tema que ya se está estudiando. ¿Quién lo va a pagar? Sabemos que hay un plan nacional de plasma, pero, de hecho, los resultados no están funcionando de una forma que sea igual en las diferentes comunidades autónomas. Cataluña la verdad es que es una excepción. El Banco de Sangre y Tejidos lidera, de forma clara, el volumen de recolección de plasma en el Estado. Pero le pregunto: ¿Cuál es la estrategia que tienen pensada para aumentar las donaciones en el Estado?

Lo voy a dejar aquí, sin acumular el tiempo. No podré quedarme a escucharla, aunque, sin duda, lo haré después, porque tengo más comisiones. Somos un grupo pequeño y tenemos muchas citas a la vez. Muchas gracias, ministra.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Tiene la palabra la señora Estrems, del Grupo Esquerra Republicana, que sí va a acumular el tiempo.

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

De fet, no crec que ho esgoti, però ho acumulo també, perquè em passa el mateix. De fet, ara acaba de venir la meva companya, perquè ja no arribo a defensar la PNL de la Comissió d'Universitats, però espero poder-hi arribar a votar. Per tant...

Bé, dit això, moltes gràcies, bona tarda, senyora ministra. Per a mi és la primera vegada que ens trobem. Jo encara no havia pogut saludar-la personalment, tot i que, evidentment, la meva companya Inés Granollers m'ha anat posant al corrent de tota la feina que s'ha anat fent durant aquest any de legislatura a nivell de sanitat.

L'última vegada que vostè va comparèixer arrencava aquesta legislatura i nosaltres teníem els nostres companys desenvolupant la responsabilitat en el Departament de Sanitat del Govern de Catalunya. Això ara ha canviat, malauradament, però, en tot cas, el nostre compromís amb la salut pública es manté absolutament intacte. Ja hem dit en altres ocasions que nosaltres estem molt orgullosos, i mostrem a tot arreu aquest orgull d'una autèntica joia que creiem que hem de preservar i potenciar, que és el sistema de salut pública a Catalunya. Sap que hem estat i som pioners en múltiples àmbits, començant pels programes de benestar emocional i salut comunitària, uns programes que s'han hagut de fer amb enginy per suplir algunes mancances d'una regulació estatal incompleta en matèria de salut mental. La situació actual de la salut mental, la manca de professionals en psicologia i la necessitat d'una estratègia adaptada als temps que vivim avui en dia són aspectes que, com a representants públics, ens obliguen a actuar amb fermesa i responsabilitat.

Un dels èxits més importants del sistema públic de salut de Catalunya, com deia, és la seva estratègia de salut comunitària i benestar emocional, que s'està implantant en molts dels CAPs de les regions del nostre país. Els programes impulsats en aquest àmbit han aconseguit atendre cada vegada més persones, però, com sabem, la manca de recursos i professionals en el camp de la psicologia clínica és una realitat que, tot i així, ens afecta a tots. És una situació preocupant, perquè sense una xarxa suficient de psicòlegs ens trobem davant una població que acaba recorrent a psicofàrmacs, que es converteixen en una solució ràpida i fàcil, però no necessàriament —o no, segur— efectiva a llarg termini. Aquesta situació fa, o ha fet, que Espanya sigui un dels països amb més persones medicades amb psicofàrmacs, una realitat que comporta riscos de dependència i d'addicció. Alhora, la salut mental s'ha convertit cada vegada més en un problema de classe, perquè només aquells que poden permetre's el luxe de pagar vuitanta euros la sessió de psicòleg o tenen, o paguen, poden pagar una sanitat privada poden rebre l'atenció que necessiten, i això també és una cosa que hem d'abordar, sobretot des de les forces progressistes.

Aquesta situació és insostenible, i és per tot això que hem de pensar una estratègia clara per suplir la falta de professionals en psicologia al sistema públic. A Catalunya estem fent passes importants, però necessitem la implicació de l'Estat per establir una regulació, pel que fa a les especialitats, que permeti una cobertura suficient a tot el territori català. En aquest sentit, el mes de març Esquerra Republicana va poder aprovar, amb els vots de la coalició de Govern, una PNL que establia un impuls d'una estratègia per atendre la salut mental i emocional. Tot i així, avui, aquesta PNL no s'ha desplegat en cap dels seus punts, i esperem que el Govern se la prengui seriosament i la reflecteixi en els pressupostos generals de l'Estat.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 27

És crucial que es destinin recursos i es garanteixi que els programes de salut comunitària es despleguin amb garanties per garantir —valga la redundància— una atenció equitativa i de qualitat.

Per altra banda, i com a tema d'actualitat o de més actualitat política en el Ministeri de Sanitat per les últimes reunions que hem mantingut, vull fer referència a la llei de l'agència estatal de salut pública, que serà una porta oberta a la reforma de la llei general de salut pública. Aquesta reforma és una oportunitat per repensar el sistema sanitari en un sentit global i és imprescindible que integrem en el nostre dia a dia el concepte de *one health*. Aquest concepte promou la salut de les persones, els animals i el medi ambient de manera interconnectada per abordar una salut que, cada dia més, depèn de molts més factors que no només el biològic i que està clarament condicionada per l'entorn on vivim i per les relacions que establim amb tots els éssers que habiten el planeta.

I estic d'acord amb vostè, com deia abans, que és imprescindible abordar-ho així donades les dades que ha comentat pel que fa al canvi climàtic, especialment reflectides en la tragèdia de la DANA. I en això convergeixen tres qüestions: l'abordatge de la salut pública amb el concepte *one health*, la lluita contra el canvi climàtic i, sobretot, la protecció dels serveis públics de qualitat, cosa que fa referència, evidentment, al sistema sanitari, que és el que avui ens ocupa, però també als serveis públics d'emergència. I no vull deixar de dir que desmantellar els sistemes públics d'emergència, com va passar al País Valencià —que ho va fer el senyor Mazón—, també és un problema, que canviïn recursos d'aquests sistemes d'emergència per toros, cacera i altres festejos varis. La llei estatal de salut pública, doncs, hauria de donar respostes concretes pel que fa a com es desplega aquesta manera d'entendre la salut. Jo entenc, per les converses que hem tingut, que des del ministeri també recolzen aquest concepte de *one health*, però ara mateix això només és una declaració d'intencions; és una declaració d'intencions en un articulat —en una exposició de motius, més ben dit. S'hauran de complementar els equips multidisciplinaris dedicats a la salut amb professionals d'altres àmbits. Com ho pensen fer? Entenc que s'hauran d'incorporar veterinaris, experts en medi ambient... Quines propostes concretes té el Govern per fer realitat aquesta visió?

Un altre tema que voldria abordar també són les reivindicacions del col·lectiu d'infermeres, però també d'altres professionals de salut, com ha comentat, que són els psicòlegs clínics. Cal recordar que aquests professionals són la columna vertebral del sistema sanitari i mereixen ser reconeguts i recolzats de manera efectiva. En aquest sentit, el desenvolupament i la regulació de les titulacions específiques i les especialitats és una necessitat urgent. En quines qüestions treballen el ministeri i el Govern per aconseguir fer realitat aquestes demandes, quines qüestions concretes? Abans ha parlat de la falta de sanitaris en general. No creu que una manera de retenir-los i d'aconseguir-ne més és dignificar els seus llocs de treball reconeixent la seva expertesa i la seva especialitat?

Per altra banda, també vull parlar d'un altre aspecte important amb relació a la llei estatal de salut pública i de les negociacions que estem duent a terme: la necessitat d'incorporar bonificacions fiscals per a les ajudes a les persones afectades per talidomida. Això és una altra de les esmenes que ara mateix estem negociant. Ara mateix aquestes ajudes tributen en el règim general, i aquest col·lectiu fa molts anys que reivindica el reconeixement i les compensacions que li corresponen. Com saben —el que deia—, des d'Esquerra Republicana hem presentat esmenes en aquest sentit al projecte de llei, i, de moment, vostès les han descartat. També ha passat el mateix amb l'esmena on reclamem que l'IVA veterinari dels animals de companyia passi del 21% al 10%, una mesura que beneficiaria les famílies i també els professionals del sector i que donaria resposta a la seva pròpia idea, que, d'altra banda, compartim plenament, que és que els animals de companyia avui ja són membres de les nostres famílies i, per tant, no han de pagar un IVA de luxe per la seva sanitat. Amb aquestes dues propostes hi hem estat fent càlculs, perquè moltes vegades, quan aterrem a la realitat o a números que podem tots plegats dominar, s'entenen molt més bé.

Acceptar aquestes dues esmenes suposaria per a l'Estat deixar d'ingressar menys de 250 milions d'euros, amb un pressupost general de 700 000 milions d'euros. A mi, inclús, bé, és que em costa imaginar què vol dir 700 000 milions d'euros. Per tant, com deia, aterrem-ho. Això significa —i ho dic en xifres terrenals— 42 cèntims d'euro per a una persona que cobra un sou mensual de 1200 euros; no és ni un cafè, ni mig cafè, ni un terç de cafè. Això vol dir 28,80 euros a l'any per a una persona que cobra catorze pagues de 1200 euros. De veritat el Govern espanyol no es pot permetre 28,80 euros l'any per atendre aquestes dues necessitats, que són llargament reivindicades pels dos col·lectius? De veritat té sentit que el seu ministeri, el Ministeri de Sanitat, s'excusi darrere d'Hisenda per no incorporar aquestes esmenes a la llei estatal de salut pública, que, ho repeteixo, signifiquen 28,80 euros l'any per a una persona que cobra 1200 euros en catorze pagues? És que no és ni un sopar de Nadal —ara que estem tots fent sopars de Nadal— a l'any.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 28

Dit això —també per dir les coses bones, que també n'hi ha—, vull posar de relleu que les negociacions que estem tenint amb el Govern en el marc d'aquesta llei estan avançant perquè es reconegui la innovació incremental dins d'aquesta pròpia llei com un actiu a la indústria farmacèutica. La inclusió en aquesta llei de la nostra esmena és un tema fonamental per garantir la supervivència de la indústria farmacèutica catalana, que, com sap, sent capdavantera, es compon d'empreses més petites que no poden competir amb un mercat internacional de grans multinacionals, però que alhora són imprescindibles per a aquest tipus d'innovació pel que fa als efectes beneficiosos que pot tenir tant per als pacients com per al sistema sanitari el tipus de posologia diferenciada, per exemple, d'un mateix principi actiu. I en aquest punt vull recordar aquí, vull tenir unes paraules de record per al meu company Joan Capdevila, que ho va lluitar moltíssim, i també per a la meua companya Inés Granollers, que ha deixat fa poc, amb la meua incorporació, aquesta comissió, que ho han defensat aferrissadament molts anys, i si ara aconseguim aquest reconeixement serà principalment gràcies a la seva dedicació i esforços en aquest sentit. Les administracions públiques han d'estar al servei de les persones, i garantir un tractament just a la innovació incremental ho és, perquè apuntala la supervivència de petites empreses pioneres al sector farmacèutic, principalment català, i ajuda a la millor qualitat de vida de les persones usuàries de medicaments.

Finalment, vull fer una última referència a les publicacions que hi han hagut aquestes setmanes pel que fa a la llei del medicament, o a l'esborrany de la llei del medicament, que just van en contra del que he interpretat que deia vostè, i sembla que podria tenir greus implicacions per a la indústria farmacèutica catalana i per a la producció de medicaments genèrics, precisament. La proposta d'establir un sistema de preus seleccionats o una subhasta continua posa en perill, com deia, el teixit productiu d'aquest sector. De les cent sis plantes de producció de medicaments que té l'Estat espanyol, moltes estan situades a Catalunya i van ser essencials durant la pandèmia i, segons el sector mateix, corren el risc de veure's afectades greument per aquesta reforma. Pel que vostè ha dit, no hi està d'acord. Llavors, quina és la seva justificació per no estar-hi d'acord? Entenc que hi ha d'haver una explicació que jo no tinc. I, en tot cas, si passa tal com dic o com diu la indústria farmacèutica catalana, si el Govern pensa fer alguna cosa o pensa gestionar d'alguna manera la possible pèrdua d'ocupació i tancament de plantes en aquest sector estratègic del nostre país.

Ministra, acabo. Crec fermament que el Govern té molts deures a fer, perquè ha fet molts reials decrets, molta feina, que ha dit vostè, via reial decret, però ara ja portem més d'un any de legislatura. De moment, l'únic que tenim sobre la taula són reials decrets i projectes, estudis, promeses de lleis, però en realitat no han aterrat encara aquestes lleis. On són les lleis de prevenció del consum d'alcohol, la llei del tabac, la llei d'equitat, la llei d'universalitat, la del medicament i els canvis legislatius del personal sanitari?, per dir alguns exemples, recuperant l'agenda que tenia el Govern fa un any. A què estan esperant? Els mesos van molt de pressa. La legislatura cada setmana sembla penjar d'un fil per una cosa o una altra, i això encara «apreta» més el temps, i la nostra obligació, com a partits progressistes que som, és la de treballar incansablement per la millora de la vida de la gent, i sense legislació en aquest sentit és impossible fer-ho. Faran un esforç perquè totes aquestes promeses siguin realitat com més aviat millor? Nosaltres sempre estarem al costat de les persones i, per tant, de tenir, com deia, uns serveis públics forts i equilibrats, i sobretot pel que fa a la sanitat pública. Per a això calen dues coses, sobretot des del Govern, que és qui impulsa les lleis: voluntat i esforç. A nosaltres sempre ens trobaran per millorar la sanitat pública i la vida de la gent. A veure si aconseguim que la propera vegada que ens trobem ja puguem tenir sobre la taula algunes d'aquestes lleis i pugui acabar la meua intervenció amb una felicitació en comptes d'una demanda que treballin incansablement perquè això sigui una realitat.

Com la campanya de Junts per Catalunya —ja ho han vist, ha vingut la Teresa a buscar-me els papers—, he de sortir a una altra comissió. Li agraeixo, de tota manera, la seva resposta, i la recuperarem via vídeo.

Moltes gràcies.

Muchas gracias.

No creo que agote el tiempo, aunque lo acumulo también, porque me ocurre lo mismo. Acaba de venir mi compañera y ya no llevo a defender una PNL en otra comisión, aunque espero llegar a votar.

Dicho esto, buenas tardes, señora ministra. Es la primera vez que nos encontramos. Todavía no había podido saludarla personalmente, aunque, por supuesto, mi compañera Inés Granollers me ha ido poniendo al corriente de toda la labor que se ha realizado durante este año de legislatura en cuanto a sanidad. La última vez que usted compareció arrancaba esta legislatura y nosotros teníamos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 29

a nuestros compañeros desarrollando la responsabilidad en el departamento de sanidad del Gobierno de Cataluña.

Lamentablemente, esto ha cambiado, si bien, en todo caso, nuestro compromiso con la salud pública se mantiene completamente intacto. Ya hemos dicho en otras ocasiones que nosotros estamos muy orgullosos, y en todas partes mostramos nuestro orgullo, acerca de una auténtica joya que creemos que tenemos que preservar y potenciar, el sistema de salud pública en Cataluña. Sabe usted que hemos estado y somos pioneros en múltiples ámbitos, empezando por los programas de bienestar emocional y salud comunitaria, que se han tenido que hacer supliendo la incompleta regulación estatal y utilizando nuestro ingenio. La situación actual de la salud mental, la falta de profesionales en psicología y la necesidad de una estrategia adaptada a los tiempos que vivimos son aspectos que, como representantes públicos, nos obligan a actuar con firmeza y responsabilidad.

Uno de los éxitos más importantes del sistema público de salud de Cataluña, como decía, es su estrategia de salud comunitaria y bienestar emocional, que se está instaurando en muchos de los centros de salud primaria de las regiones de nuestro país. Los programas impulsados en este ámbito han conseguido atender cada vez a más personas, pero, como sabemos, la falta de recursos y profesionales en el campo de la psicología clínica constituye una realidad que, sin embargo, nos afecta a todos. Es una situación preocupante, y lo es porque sin una red de psicólogos suficientes nos encontramos con una población que acaba recurriendo a psicofármacos, lo que deviene en una solución rápida y fácil, aunque necesariamente no acaban siendo efectivos a largo plazo. Y esta situación ha hecho que España sea uno de los países con más personas medicadas con psicofármacos, una realidad que conlleva riesgos de dependencia y adicción. La salud mental se ha convertido en un problema de clase, cada vez más, porque solo aquellos que se pueden permitir el lujo de pagar 80 euros por una sesión con la psicóloga o el psicólogo o pueden pagar una sanidad privada pueden recibir la atención que necesitan, y esto también es algo que deberíamos abordar, sobre todo desde las fuerzas progresistas.

Esta situación es insostenible, y es por todo ello que tenemos que pensar en una estrategia clara que supla la falta de profesionales de psicología en el sistema público. En Cataluña estamos dando pasos importantes, pero necesitamos la implicación del Estado para establecer una regulación en cuanto a las especialidades que permita una cobertura suficiente en todo el territorio catalán. En este sentido, en el mes de marzo Esquerra Republicana pudo aprobar, con los votos de la coalición de Gobierno, una PNL que establecía el impulso de una estrategia para atender la salud mental y emocional. Pese a ello, esta PNL todavía no se ha desplegado en ninguno de sus puntos y esperamos que el Gobierno se la tome en serio y la refleje en los presupuestos generales del Estado. Es crucial que se destinen recursos y se garantice que los programas de salud comunitaria se despliegan con garantías para garantizar —valga la redundancia— una atención equitativa y de calidad.

Por otro lado, y como tema de más actualidad política en el Ministerio de Sanidad por las últimas reuniones que hemos sostenido, quiero hacer referencia a la ley de la agencia estatal de salud pública, que será una puerta abierta a la reforma de la Ley General de Salud Pública. Esta reforma constituye una oportunidad para repensar el sistema sanitario en un sentido global y es imprescindible que integremos en nuestro día a día el concepto de one health, un concepto que promueve la salud de las personas, los animales y el medio ambiente de una forma interconectada para abordar una salud que cada día más depende de muchos más factores, y no solamente el biológico, dado que está claramente condicionada por el entorno en el que vivimos y las relaciones que entablamos con los seres que habitan el planeta.

Estoy de acuerdo con usted; como decía antes, es imprescindible abordarlo así, teniendo en cuenta los datos que ha comentado en cuanto al cambio climático, que especialmente se han reflejado en la tragedia de la DANA. Ahí convergen dos cuestiones, casi tres: el abordaje de la salud pública, con ese concepto de one health, la lucha contra el cambio climático, y, sobre todo, la protección de los servicios públicos de calidad, algo que hace referencia al sistema sanitario, que es lo que nos ocupa hoy, pero también a los servicios públicos de emergencia, y no quiero dejar de decir que desmantelar los sistemas públicos de emergencia, como ha sucedido en el país valenciano, lo que hizo el señor Mazón, también es un problema, porque, si se derivan esos recursos para toros y otros festejos varios, es un problema. La ley estatal de salud pública debería dar respuestas concretas en cuanto a cómo se despliega esta forma de entender la salud. Yo entiendo, por las conversaciones que hemos tenido, que desde el ministerio también dan apoyo a ese concepto de one health, si bien ahora mismo solo es una declaración de intenciones referente a un articulado, o a una exposición de motivos, más bien dicho. Habrá que complementar esos equipos multidisciplinares dedicados a la salud con profesionales de otros ámbitos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 30

¿Cómo lo van a hacer? ¿Cómo piensan hacerlo? Se tienen que incorporar veterinarios, expertos en medio ambiente, etcétera. ¿Qué propuestas concretas tiene el Gobierno para hacer realidad esa visión?

Otro tema que quisiera abordar son las reivindicaciones del colectivo de enfermería y otros profesionales sanitarios, como ya se ha comentado, tales como los psicólogos clínicos. Cabe recordar que estos profesionales son la columna vertebral del sistema sanitario y merecen ser reconocidos y apoyados de forma efectiva. En ese sentido, el desarrollo y la regulación de esas articulaciones específicas para las especialidades es una necesidad imperiosa. ¿En qué cuestiones trabaja el ministerio, el Gobierno para conseguir hacer realidad esas demandas de las enfermeras? ¿En qué cuestiones concretas? Antes ha hablado usted de la falta de sanitarios, en general. ¿No cree usted que una forma de retener a esos sanitarios y de conseguir más es dignificar sus puestos de trabajo, reconociendo su experiencia y sus especialidades?

Por otro lado, quisiera hablar de otro aspecto importante en relación con la ley estatal de salud pública y las negociaciones que estamos entablando, que es la necesidad de incorporar bonificaciones fiscales para las ayudas a las personas afectadas por la talidomida. Esa es otra de las enmiendas que ahora mismo estamos negociando. Hoy día estas ayudas tributan en el régimen general y este colectivo hace muchos años que reivindica el reconocimiento y las compensaciones que le corresponden. Como sabe, desde Esquerra Republicana hemos presentado enmiendas en este sentido al proyecto de ley, y, de momento, ustedes las han descartado. Y ha sucedido lo mismo con la enmienda en la que reclamamos que el IVA veterinario de los animales de compañía pase del 21 % al 10 %, una medida que beneficiaría a las familias y a los profesionales del sector y que daría respuesta a su propia idea, que, por otro lado, compartimos plenamente, acerca de que los animales de compañía hoy en día son miembros de nuestras familias y, por tanto, no deberían pagar un IVA de lujo por su sanidad. Y todas estas propuestas las hemos estado calculando, porque a veces, cuando las hacemos aterrizar sobre la realidad con cifras que todos podemos dominar, se entienden mucho mejor.

Aceptar estas dos enmiendas supondría para el Estado dejar de ingresar menos de 250 millones de euros, con un presupuesto general de 700 000 millones de euros, y a mí incluso me cuesta imaginar lo que significan 700 000 millones de euros. Por tanto, como decía, aterricémoslo. Esto significa, y lo digo en cifras sobre el terreno, 42 céntimos de euro para una persona que cobra un sueldo mensual de 1200 euros. No supone ni un café, ni medio café, ni un tercio de café. Esto significa 28,80 euros al año para una persona que cobra catorce pagas de 1200 euros. ¿De verdad que el Gobierno español no se puede permitir 28,80 euros al año para atender a esas dos necesidades, largamente reivindicadas por ambos colectivos? ¿De verdad que tiene sentido que el Ministerio de Sanidad se excuse detrás de Hacienda para no incorporar estas enmiendas a la ley estatal de salud pública, que reitero que significan 28,80 euros al año para una persona que cobra 1200 euros en catorce pagas? No es ni una cena de Navidad, ahora que todos estamos celebrando estas cenas de Navidad.

Dicho esto, también voy a decir las cosas buenas, porque las hay. Quiero poner en relieve que las negociaciones que estamos teniendo con el Gobierno en el marco de esta ley están avanzando para que se reconozca la innovación incremental como un activo en la industria farmacéutica. La inclusión de nuestra enmienda en esta ley es una cuestión fundamental para garantizar la supervivencia de la industria farmacéutica catalana, que, como sabe, viene siendo muy vanguardista, pero se compone de empresas pequeñas, que no pueden competir con un mercado internacional de grandes multinacionales y, a la vez, resultan imprescindibles para este tipo de innovación en cuanto a los efectos beneficiosos que puede tener tanto para los pacientes como para el sistema sanitario, como, por ejemplo, el tipo de posología diferenciada de un mismo principio activo. Y en este punto quiero tener unas palabras de recuerdo para mi compañero Joan Capdevilla, que luchó muchísimo por esto, y también para mi compañera Inés Granollers, que, con mi incorporación, ha dejado hace poco esta Comisión, porque estas dos personas han defendido de una forma acérrima durante muchos años este tema y, si ahora conseguimos este reconocimiento, será principalmente gracias a su dedicación y esfuerzos en este sentido. En definitiva, las administraciones públicas deben estar al servicio de las personas y garantizar un tratamiento justo a la innovación incremental, y ello porque apuntar a la supervivencia de pequeñas empresas pioneras en el sector farmacéutico, principalmente catalán, ayuda a la mejor calidad de vida de las personas usuarias de los medicamentos.

Por último, quiero hacer referencia a las publicaciones que ha habido esta semana en lo relacionado con el borrador de la ley del medicamento que fueron justo en contra de lo que he interpretado que decía usted y parece que podría tener graves implicaciones para la industria farmacéutica catalana y la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 31

producción de fármacos genéricos, es decir, la propuesta de establecer un sistema de precios seleccionados o una subasta continua pone en peligro el tejido productivo del sector. Muchas de las 106 plantas de producción de medicamentos que tiene el Estado español están situadas en Cataluña y fueron esenciales durante la pandemia y, según el propio sector, corren el riesgo de verse afectadas gravemente por esta reforma. Por lo que usted ha dicho, no está de acuerdo, así que ¿cuál es su justificación para no estar de acuerdo? Entiendo que debe haber una explicación que no tengo. En todo caso, si sucede como digo o como dice la industria farmacéutica catalana, mi pregunta es si el Gobierno piensa hacer algo o piensa gestionar de alguna forma la posible pérdida de ocupación y el cierre de plantas en ese sector estratégico de nuestro país.

Ministra, voy a terminar. Creo firmemente que el Gobierno tiene muchos deberes por delante, porque ha hecho mucho trabajo, como ha dicho usted, a través de los reales decretos, pero ya llevamos más de un año de legislatura y, de momento, lo único que tenemos sobre la mesa son reales decretos y proyectos, estudios, promesas de leyes, pero, en realidad, todavía no han aterrizado esas leyes. ¿Dónde están la ley sobre prevención del consumo de alcohol, la ley del tabaco, la ley de equidad, la ley de universalidad, la del medicamento, los cambios legislativos relativos al personal sanitario, por citar algunos ejemplos y recuperar la agenda que tenía el Gobierno hace un año? ¿A qué están esperando? Los meses pasan muy rápidamente, la legislatura acaba, mañana parece colgar de un hilo por una cosa u otra y eso todavía aprieta más los tiempos, y nuestra obligación, como partidos progresistas que somos, es la de trabajar incansablemente por la mejora de la vida de la gente, y sin legislación en este sentido es imposible hacerlo. ¿Harán un esfuerzo para que todas estas propuestas sean realidad cuanto antes? Nosotros siempre vamos a estar al lado de las personas y, por tanto, a favor de tener unos servicios públicos fuertes y equilibrados, y, sobre todo, en lo que concierne a la sanidad pública. Para ello caben dos cosas, sobre todo desde el Gobierno, que es quien impulsa las leyes: voluntad y esfuerzo. A nosotros siempre nos van a encontrar para mejorar la sanidad pública y la vida de la gente. A ver si conseguimos que la próxima vez que nos encontremos podamos tener sobre la mesa alguna de estas leyes y pueda terminar mi intervención con una felicitación, en lugar de tener una demanda acerca de que trabajen incansablemente para que esto sea una realidad.

Como la compañera de Junts per Catalunya, ahora tengo que salir a otra Comisión, exactamente igual que ella, pero le agradezco su respuesta y, por supuesto, la vamos a recuperar a través del vídeo.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Plurinacional SUMAR, tiene la palabra el señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenas tardes, ministra, bienvenida. Muchísimas gracias.

Como ya comentaba en las intervenciones en comparecencias anteriores, tanto en la suya como en la de nuestro secretario de Estado, claramente tenemos un conflicto de intereses no solamente en lo político, sino también por la cercanía del equipo del ministerio. Pero, quitando ese conflicto de intereses que tenemos, con máxima objetividad, creemos que seguramente es uno de los ministerios, aunque no me atrevo a poner un punto temporal muy concreto, que ha hecho un esfuerzo grande, intenso durante su primer año de trabajo y que nos va a dar una buena carga de trabajo legislativo para lo que nos queda de legislatura.

Voy a hacer algunas reflexiones generales sobre varios temas que se han tocado. El primero es uno muy general, pero creo que es muy importante. Como ya he dicho, y las compañeras de la comisión ya me habrán escuchado, yo vengo de salud pública, donde tenemos una visión como muy de oráculo de todo lo que está pasando a nivel muy global, y lo que está pasando ahí fuera es muy grave a nivel mundial. En lo pequeñito, es lo que les pasa a las personas en su casa cuando abren la nevera y ven que tienen que llegar a fin de mes. Pero a nivel mundial la situación es muy grave por el impacto de los cambios que estamos viviendo a nivel político y climático. Esa situación es muy grave.

Esto requiere que hagamos políticas de forma muy diferente, y creo que debemos hacer un examen de conciencia absolutamente todos los parlamentarios para saber cómo tenemos que trabajar en nuestro día a día. Algo mencionaba antes sobre el tema de aparcar diferencias y sobre la corresponsabilidad. Cuando una médica de familia, una enfermera de familia ven a un paciente durante mucho tiempo en su domicilio, en su casa, por un problema determinado, lo están atendiendo en su proceso de cronicidad. Es un proceso por el que tiene que ingresar, así que se llama a un transporte sanitario y hay una persona encargada de hacer ese transporte y conducir esa ambulancia que lo traslada a urgencias de un hospital.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 32

Le ven en el triaje, se le clasifica, se le ingresa y, si hay que hacer una intervención determinada, se le practica. Hay un buen proceso de atención hospitalaria. Luego vuelve para casa, entra en un proceso de rehabilitación y vuelve a su centro de salud. En ese proceso, que es muy complejo pero muy importante, intervienen muchas personas, posiblemente de ideologías políticas muy diferentes, pero nadie para el proceso diciendo: no, tú que conduces la ambulancia eres de este signo político y yo aquí no voy. Esa corresponsabilidad es la misma y el ministerio es importante en el sentido de que, aunque legislativamente se planteen raíces fuertes para conseguir lo que queremos en este país, al final una persona que está en Teruel, en Murcia o en Asturias va a medir el éxito de la atención en función de si tiene una lista de espera para ser atendido por su médico o médica de familia o si tiene un problema de atención que antes no tenía. Quiero decir que esa cadena es muy compleja y no tiene sentido que culpabilicemos al ministerio o una comunidad autónoma, sino que tiene que ser una cadena de corresponsabilidad entre todos sus miembros, porque es una cadena muy muy compleja. Entonces, cuidado con echarnos las culpas tanto la comunidad autónoma como el ministerio sin tratar de obtener esa corresponsabilidad y esa mirada amplia y política que requiere trabajar de forma muy diferente.

Yo este año estoy escribiendo un libro sobre el Parlamento y es necesario que haya elegancia parlamentaria, y para eso hay que cambiar totalmente ciertas actitudes, discursos, formas y escenografía que se hacen en esta Cámara, en las comisiones menos, pero sobre todo en esta Cámara. Hay que ser valientes y superar miserias políticas y partidistas.

Hago una reflexión sobre algunos temas que también hemos comentado alguna vez y que también ha tocado en su intervención. Creo que el ministerio plantea con sus iniciativas legislativas cambios estructurales fuertes. Algunos de ellos, quizá, no serán muy comunicables o muy visibles, pero sí creo que pueden generar una estructura fuerte para este país para los próximos años. Uno de los cambios es que queremos un sistema sanitario público universal, con una mirada de equidad y centrado en la atención primaria, pero con una visión también de salud, no solamente de sistema sanitario.

Creo que hay un reto importante —lo hemos comentado también muchas veces y el ministerio está en ello— y es el tema de atención integrada. Atención integrada significa dar un paso más allá de lo que es la simple coordinación sociosanitaria.

Se han tocado diferentes temas y tenemos diferentes temas en agenda que han ido saliendo: personas con enfermedad crónica, salud mental, personas afectadas por ELA u otras enfermedades con pronósticos similares al ELA. Ahí lo que hemos visto es que el cuidado de esas enfermedades y el pronóstico dependen de las condiciones sociales de esas personas, y eso requiere que los dispositivos, los recursos sociales y los recursos sanitarios estén más pegados al terreno. En las comunidades autónomas tenemos protocolos desde hace años, pero no acaban de funcionar. Entonces, se requiere una verdadera integración, se requiere que atención primaria tenga una verdadera cercanía a dispositivos de valoración social para que esa cadena de trabajo pueda funcionar de una forma coordinada y real. Porque esto supone que, o la atención en ese circuito que comentábamos antes no es buena, o supone también sobrecargar el sistema sanitario con problemas sociales. Si los problemas son sociales o si la evolución o el pronóstico dependen de problemas sociales, las soluciones también tienen que ser sociales.

Creo que tenemos una gran oportunidad por la cercanía de los dos ministerios y creo que además tenemos una gran oportunidad, porque tenemos temas en agenda que permiten dar ejemplo de cómo se puede trabajar, y creo también que tenemos buenas prácticas en diferentes comunidades autónomas que nos pueden servir de ejemplo y de modelo. Es un tema clave, quizá no es un tema muy visible, pero es un tema fundamental en poblaciones envejecidas, en poblaciones con enfermedades crónicas, y el reto que tenemos ahora mismo para demostrar que es posible trabajar de otra forma es el de las personas afectadas por ELA, por ejemplo, sin dejar de mirar otros procesos que tenemos en marcha.

En nuestro grupo parlamentario comentábamos ayer que, aunque estemos en un Gobierno de coalición y estemos muy contentos con él, nuestro papel es también ser correa de transmisión entre la sociedad civil y el trabajo que tiene que hacer el Gobierno, que lógicamente no es un trabajo para una sola legislatura, sino para muchas más. ¡Ojalá!

Otro reto que tenemos y que se ha comentado es la importancia de la educación sexual. El tema de las ITS nos preocupa mucho. Asturias tiene un programa histórico en educación sexual que es pionero, pero, pese a todo, la implantación sigue siendo muy baja en las comunidades autónomas. Es necesario hacer una educación afectivo-sexual con una visión integral, que además va a mejorar aspectos de la vida de la ciudadanía y de los críos y las crías en muchos aspectos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 33

Una riqueza con la que contamos, y que es como esa capa externa de la atención integrada, es la posibilidad de generar entornos saludables. Se comentaba con otras políticas de salud la orientación *one health*. Los municipios ahora mismo tienen una labor fundamental en salud. Un buen municipio puede tener un impacto y mejorar la salud de la población más que un hospital. Generar entornos saludables, generar escuelas saludables, generar espacios sin contaminación y con movilidad sostenible tiene un impacto enorme. El ministerio trabaja desde hace tiempo —y a veces le hemos dedicado poco tiempo— en programas de desarrollo comunitario. El desarrollo comunitario pretende que las comunidades, los movimientos vecinales, los activos que tiene una comunidad estén conectados entre sí. Las comunidades que trabajan de forma coordinada no solamente para hacer proyectos, sino para mejorar los procesos relacionales o los vínculos que tienen, son comunidades fuertes, son comunidades que se cuidan, y más allá de los recursos que podamos facilitar desde la Administración, son comunidades con mejores resultados en salud. Hay programas fuera del sistema sanitario que tienen que ver mucho con la participación de la comunidad y la participación comunitaria y tienen un gran impacto, y el ministerio tiene trabajo en ese sentido. Se está haciendo un trabajo muy importante con la Federación Española de Municipios, y pensamos que es una línea en la que hay que seguir trabajando y ahondando.

Se han comentado varias cuestiones que también nos preocupan, como la situación de personas afectadas por la talidomida, por la polio y otro tipo de enfermedades que, por tener una clara incidencia o prevalencia en mujeres, a veces han sido enfermedades muy anonimizadas, enfermedades sobre las que posiblemente hay menos estudios, y el ministerio también está trabajando en esta cuestión. Nos preocupa mucho. Hay enfermedades con más trayectoria, como pueda ser la fibromialgia; hay otras enfermedades en las que todavía hay mucho que hacer, por ejemplo, en la endometriosis; y hay personas afectadas por COVID persistente, que también es una línea que pensamos que es importante valorar y tener en cuenta, y sabemos que se ha trabajado en este sentido. Son, incluso ejemplos paradigmáticos de la necesidad de trabajar de forma integrada y, además, con una perspectiva de género, porque ciertas enfermedades que afectan más a mujeres a veces quedan más anonimizadas.

Para terminar, Muface. No es una pregunta, porque sabemos claramente lo que piensa el ministerio y creo que el informe que ha presentado es muy bueno. Nos preocupa porque creo que ha sido una lástima, una oportunidad perdida, pero también nos preocupa el no hacer las cosas bien. Nuestra propuesta es avanzar en una comisión interministerial y que haya una transición. Queremos que las personas que tienen actualmente un modelo de mutualismo entren en el Sistema Nacional de Salud, simplemente porque les queremos ofrecer el mejor sistema sanitario posible y los sistemas de mutualidades ahora mismo no tienen atención primaria, por ejemplo. Usted mencionaba la longitudinalidad. Es un modelo de más riesgo, pero consideramos que es un modelo mejor. Una buena forma de empezar un modelo de transición es crear una comisión intersectorial para trabajar y avanzar en este sentido.

Muchísimas gracias, ministra.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor García Gomis.

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

Buenas tardes, señora ministra.

Ha comenzado usted hablando de jetas. Ha dicho algo así como que hay jetas que viven en áticos pagados por todos los españoles, ¿correcto, ministra? Algo así ha dicho usted. Yo no sé si usted tiene un gran problema con la señora ministra Yolanda Díaz, pero es que la señora Díaz vive en un ático de más de 400 metros que le pagan los españoles. Yo no sé, pero antiguamente los de la hoz y el martillo iban con los piolets. Agradezco que usted sea más elegante y ahora suelte aquí sus correcciones ideológicas como diciendo que estar ahí es un poco de jetas. Según su definición, que conste. Yo tengo mucho respeto a la señora Díaz, que bastante tiene con aguantarme en las interpelaciones.

Señora ministra, podría hacer chascarrillos con el tema de Íñigo Errejón, sobre si usted lo minimiza o no, pero no lo voy a hacer, voy a centrarme en sanidad, que es su competencia. Le quiero agradecer que esté aquí y que haya aplazado lo que tenía, que era lo que había condicionado esta comisión. Pero pienso que ha minimizado algunas cosas y ha echado balones fuera en otras. Y me explico: ha aludido en algunos temas a competencias autonómicas, y una de las quejas que hay por parte de las comunidades autónomas cuando se reúnen con ustedes es que no se les escucha en el ministerio. Yo no sé si usted comparte esa afirmación, pero es lo que ellas dicen. Nos dice siempre que todo es culpa de Gobiernos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 34

anteriores. Yo echo de menos alguna disculpa o alguna asunción de responsabilidad de su ministerio. No he escuchado que dijera nada al respecto.

Cierto es que ha pasado un poco de puntillas sobre las ciudades donde usted tiene competencias, como son Ceuta y Melilla. Las ha nombrado, ha explicado un par de cosas, pero creo que estamos de acuerdo en que Ceuta y Melilla están en una situación grave que merecería algunos minutos más de su tiempo o una buena explicación. A mí me da a entender que hay más incumplimientos que cumplimientos, porque desde hace un año viene explicándonos un plan y este plan ha sufrido una especie de prórroga. Nos dice: se está haciendo, estamos trabajando en ello. Es lo que tanto decía el señor Aznar: «estamos trabajando en ello».

Me gusta mucho escucharla y no venir con la intervención preparada. Digo aquí lo de preparada porque lo dijo una vez una compañera suya, una ministra. No, la traigo preparada, estudiada, pero no escrita completamente. ¿Por qué? Para poder contestarle a usted. ¿De qué sirve pedir una comparecencia si no la escuchamos? Si venimos a contar nuestro rollo, podemos intercambiar un *mail* y nos la ahorramos.

Apunte reflexiones: ha atacado usted a Gobiernos anteriores por dejadez, falta de inversión, recortes y demás, pero me llama la atención que haya señalado a Andalucía y Madrid, y especialmente a Andalucía como la comunidad en la que hay grandes problemas por la fuga de profesionales, como si fuera algo de lo que no haya tenido culpa el 'supergobierno ultraprogresista' que tenemos. Pero es que, señora ministra, en Andalucía el Partido Socialista, su socio de gobierno, ha gobernado durante más de cuarenta años. Digo yo que algo de responsabilidad tendrá en la fuga, ¿o es que la fuga es un fenómeno de ahora? Compartiré conmigo que es un fenómeno de hace años, podíamos decir que de hace décadas. Y no lo digo para defender al señor Juanma Moreno, que yo con él no voy a ningún lado, y menos después de lo que ha hecho hoy con los sindicatos y su acercamiento —que le gusta— al señor Sánchez y al PSOE andaluz. Mire, es que el PSOE ha gobernado durante más años que ningún otro partido durante la democracia, por lo que algo de incidencia deberá tener también su acción. Lo digo porque son sus socios y porque, ahora mismo, deben tener responsabilidad. Aquí van a decir que todo es maravilloso. Se lo digo así de claro: dudo de que solamente en dos comunidades se produzcan fugas. Habrá más, pero, claro, usted no puede coger y echar balones en su tierra.

Ya le digo que yo estoy con usted, y lo he manifestado. Usted siempre nos ataca con que no defendemos la sanidad pública, pero nosotros siempre hemos defendido a nuestros sanitarios, hemos dicho que hay que cuidarlos, que hay que procurar que no se vayan. Hemos denunciado esto en más de una ocasión; hemos dicho que tenemos que acabar con esa fuga de sanitarios. Pero, señora ministra, hay un 43% de temporalidad en sanidad —un 43%—, y el Partido Socialista y Podemos llevan siete años gobernando, y ahora SUMAR. Pero es que, encima, para más inri, se sube una ministra a la tribuna y dice: No se preocupe, que esto lo soluciono yo con una ley. Pero estamos igual. Yo hago reflexiones sobre lo que usted va planteando. Por eso le digo que usted habla como si los problemas fueran de otros, como si no tuviera nada que ver. Le voy a repetir una frase que le dije una vez, señora ministra: No es cuestión de ideologías, es cuestión de gestión. Puede haber modelos de gestión, pero en el momento en el que entran las ideologías vamos mal, porque entonces no reconocemos los errores, y no puede ser. Sí que puede ser, puede ser que la izquierda gobierne mal en España y haya gestionado mal la sanidad en las comunidades autónomas y a nivel nacional, que se hayan dado pasos equivocados que nos han llevado a callejones sin salida que han acrecentado el problema. Es importante que este Gobierno y usted lo empiecen a reconocer.

Ha hablado usted de la lista de espera como algo que había que solucionar. Son competencias autonómicas, pero usted dice, valientemente, que lo va a solucionar. Según el último informe del Ministerio de Sanidad, en nuestro país faltaban 6000 especialistas en 2023, de los cuales prácticamente el 75% son de atención primaria. Se le suma un deterioro generalizado del Sistema Nacional de Salud, y el tiempo medio de espera para operaciones quirúrgicas es de 121 días y de 94 para consultas externas. Es decir, desde que está usted de ministra la lista de espera quirúrgica ha pasado de 819964 personas a 848340, 28376 más. El tiempo medio de espera para consulta externa ha pasado de 87 a 94, y el de operaciones quirúrgicas, de 112 a 121. Son datos publicados.

Sobre el cáncer, 30 de los 139 tratamientos recomendados por la Sociedad Europea de Oncología, es decir, más del 20%, no cuentan con ninguna financiación; 63 de 139 tienen financiación restringida; solamente 46 de 139, es decir, el 33%, tienen financiación completa. Mientras tanto, los casos de cáncer siguen creciendo: hay 290000 nuevos diagnósticos cada año, y una de cada cuatro defunciones en España son por cáncer.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 35

Por otro lado, el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas ha gastado un millón de euros en comprar obras de arte sin ningún tipo de relación con el cáncer y sus promotores se gastaron 20 000 euros en desplazamientos. Ha visto usted que están diciendo que uno de cada cuatro microscopios ni siquiera funcionan correctamente. Pero es que, luego, los responsables han comprado inmuebles a tocateja, y ya la justicia dirá si ha habido o no delito.

Muface es otro tema abordado: 1,5 millones de funcionarios no saben hoy, a falta de apenas doce días, más o menos, para que acabe el convenio, cuál va a ser su sistema de sanidad. El señor Óscar López sale a decir lo que está haciendo en esta materia, desautorizándola a usted, ministra —o eso es lo que da a entender—: se aumenta la prima un 33%. Y aquí añadido que usted no habla en ningún momento de algo muy importante, que es la colaboración público-privada; porque a usted no le gusta nada lo privado, pero cuando queremos adelgazar listas de espera los conciertos se hacen con la privada, todos. Sin embargo, parece ser que los sanitarios de la privada para ustedes no existen, porque en ningún momento los ha nombrado.

Me queda un concepto, señora ministra. Hablamos todos de sanidad pública. Nosotros defendemos la sanidad pública de calidad, defendemos la sanidad para todos en equidad, igualitaria. Lo hemos dicho: que no dependamos de la comunidad autónoma, de la ciudad, de la provincia, sino que haya igualdad. Pero es que parece que no hablamos de lo mismo, porque usted habla de su sanidad, y no, la sanidad no es suya, la sanidad es de todos y tenemos que defender un modelo que funcione, porque el actual modelo está en franco decaimiento.

Hay algo que nos lleva a preguntarnos, señora ministra, que si la sanidad española pública es tan buena, ¿por qué cada vez hay más españoles que se sacan seguros privados? ¿Por qué cada vez acuden más a la sanidad privada? Usted ha dicho que la sanidad privada es cosa de los privilegiados. Oiga, no, no es cosa de privilegiados que a un trabajador de una empresa que tiene la capacidad de generar un concierto lo afilien a un seguro privado, son trabajadores que, en algunos casos, cobran 1200 o 1300 euros, pero tienen esa posibilidad. Lo digo porque, a la hora de expresar conceptos, ministra, tenemos que ser coherentes.

Ha dicho usted una cosa que me ha dejado sorprendido: habla usted de que si existiese una pastilla que curase, la traería —no me dado tiempo a transcribirlo; ha dicho algo así—. Oiga, es que seguimos con unas cifras inaceptables a la hora de traer los medicamentos que se aprueban. Voy a citar a un medio —seudomedio, que diría Pedro Sánchez— de extrema ultraderecha como *La Vanguardia*: los medicamentos innovadores tardan en llegar al paciente 661 días, ministra; 661 días. Póngase usted en la piel de una persona que sufre una enfermedad y que sabe que se ha aprobado un medicamento que le puede ayudar, que le puede mejorar la calidad de vida, incluso que le puede curar, pero somos incapaces de traerlo. Y esto ocurre en muchos casos. En las reuniones que tenemos los diputados de la Comisión de Sanidad —y creo que tenemos una Comisión de Sanidad que está a la altura, porque estamos teniendo una responsabilidad muy grande y, generalmente, todos los debates que se realizan aquí se hacen en un buen tono y con un consenso muy importante— todo el mundo nos lo dice: tardan mucho en aprobarse los medicamentos. Hay mucha demanda por parte de asociaciones de pacientes y de profesionales para poder acceder cuanto antes a esos tratamientos, ministra. Es importante porque estamos hablando del cáncer de mama, estamos hablando de tratamientos oncológicos, incluso de enfermedades raras; estamos hablando ahora también de situaciones muy graves. Por ejemplo, el nuevo informe «Indicadores de acceso a terapias innovadoras en Europa 2023 (WAIT)», elaborado por la consultora Iqvia para la Federación Europea de la Industria Farmacéutica, revela que en 2019 y 2022 la Agencia Europea del Medicamento dio luz verde a 167 fármacos nuevos, de los cuales el 62%, 103, fueron autorizados por la Agencia Española de Medicamentos en enero de 2024.

Con respecto al incremento de la cartera de servicios y prestaciones de la sanidad pública —salud bucodental, salud visual, salud mental—, SUMAR se comprometió a garantizar el derecho a la salud de todos los niños, niñas y adolescentes mediante al acceso a servicios de atención a la salud bucodental, mental, audiovisual y audífonos. Por el momento, las supuestas ayudas en este ámbito no han sido concretadas y hoy nos han vuelto a hablar del futuro; lo ha dicho usted: «Y hablando de futuro...». Pues esto lo sigue publicando *La Vanguardia*. Por eso, yo le digo, ministra, que si pasamos esta comparecencia por la máquina esa que compara los plagios, prácticamente variamos que usted ha hecho un corta y pega de la comparecencia que hizo la primera vez, porque ha dicho lo mismo, solamente habla de futuro: Estamos haciendo, estamos trabajando... Me ha recordado un poco al señor Aznar, como le he dicho antes.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 36

Otros asuntos. Entre asuntos pendientes prometidos y no cumplidos divulgados en redes sociales se encuentra el anteproyecto de ley para modificar la ley de consumo de tabaco dentro del plan integral —que usted ha mencionado y que seguimos esperando—; la puesta en marcha de la Agencia de Salud Pública, cuando esté aprobada la ley que la regula —seguimos esperando, era para finales de este año 2024, le quedan doce días—; el fin de las guardias médicas de veinticuatro horas, que se convertirán en diecisiete —tampoco sabemos nada—; la aprobación definitiva del anteproyecto de ley para prevenir el consumo de alcohol de menores o, dentro del apartado de salud mental, acceso de menores a la pornografía con otro nuevo plan, en este caso para el periodo 2025 a 2027, y que tampoco ha llegado —2025 empieza, como le he dicho, en doce días—; o, por ejemplo, las ya citadas ayudas a los pacientes del ELA, y este es un tema muy serio, porque —los pacientes ya lo están manifestando, se ha debatido hoy en el Congreso— empiezan a darse cuenta de que el Gobierno de Pedro Sánchez les ha engañado, ministra, y es una cosa muy grave, porque esto no es una cosa que se haya aprobado hace meses, se lleva debatiendo en el Congreso desde años, y usted sabe, ministra, que la esperanza de vida de un paciente de ELA son tres años y que muchos mueren porque no pueden pagarse los altos costes que conlleva la enfermedad, como el acceso a la autonomía o el personal sanitario que necesitan. Creo que tenemos que hacer una reflexión, y no voy a señalarla a usted, pero muchos se han hecho aquí fotos y se han felicitado cuando han estado prorrogando la ley ELA años y años guardándola en el cajón. Por fin se ha aprobado, todos corren a hacerse la foto y ahora, ministra, no tenemos financiación para estas personas. Es muy grave; es muy grave, señora ministra. No voy a señalarla a usted como responsable, eso sería una osadía, pero sí que señalo a su Gobierno, y usted forma parte de él.

Ha empezado usted la intervención belicosa —me va a permitir la expresión—, sobre todo para lo que estamos acostumbrados en esta comisión, como he dicho. Ha venido usted ya directamente así, se pensaba que se iba a encontrar aquí de todo y ha lanzado varias cosas. Yo voy a recoger un guante. Habla usted aquí de los peligrosos, de los malosos que hablan de la inmigración ilegal, de la situación irregular, estas personas que llega a nuestro país y que están en una situación irregular, personas que no pagan impuestos, que no pueden cotizar y demás. Usted me dice: no, es que colaboran más que unos señores que defraudan. Aquí vuelvo a creer que usted está pensando en la Asamblea de Madrid y se acuerda del señor novio de la señora Ayuso. Yo le digo que los traumas se superan. **(Risas)**. Pero a lo que íbamos: si 500 000 personas entran de golpe en el circuito sanitario, usted no me puede decir que no nos afecta. Si tenemos un problema de saturación en la atención primaria, si tenemos falta de médicos, tenemos falta de estructura, tenemos problemas de salud mental y meto a 500 000 personas más de golpe, no me puede decir que no nos afecta. Luego me dice: No, es que ellos consumen en restaurantes, compran y cotizan. Si no trabajan, no pueden cotizar lo que cotizan los demás.

Yo he estado buscando un dato, lo que pasa es que no me ha dado tiempo a conseguirlo del todo: gastamos *per cápita* en sanidad en España 2134 euros por habitante desde 2023, más de 1000 millones —¿pueden ser 1087 millones?— de gasto solo en sanidad. Imagínese en el resto de servicios, ministra. Y usted me dice que no. Pues nada. Seguimos recibiendo cada vez más y más y, sin embargo, nos dice que faltan sanitarios, etcétera. Lo que le he dicho: faltan sanitarios, recursos, salud mental y demás.

Otro relato, la historia clínica. Ya lo he mencionado y voy a explicarlo un poquito. Usted ha dicho que la historia clínica está. Los profesionales siguen diciendo que no, pero es que las personas que estaban en el ministerio con usted nos dijeron que no existía, pero que teníamos que mirar a la Comunidad de Madrid. Entonces, ¿en qué quedamos? ¿Hay que mirar a la Comunidad de Madrid? ¿Está? ¿No está? ¿Seguimos accediendo? Los representantes de los separatistas dicen que quieren acceder con los idiomas.

Son muchos los temas que se van a quedar en el tintero, porque en quince minutos no me da para contestar a una intervención de una hora. Solamente le digo una cosa, ministra, para terminar: la Unión Europea ha situado a España hoy —después de siete años de Gobierno del PSOE con Podemos y ahora con SUMAR— en situación crítica de riesgo de pobreza infantil, exclusión social y abandono escolar. Desde que gobierna Pedro Sánchez esta situación no ha dejado de crecer, seguimos siendo el país que lidera, además, el consumo de benzodiazepinas, con una cifra de 2750 veces más que Alemania, consumo motivado por el entorno que nos afecta, la política, la sociedad y demás. Yo no le responsabilizo a usted de estos últimos siete años, digo que el partido que más ha estado en el Gobierno ha sido el Partido Socialista, y luego el Partido Popular; por tanto, algo habrán tenido que ver en crear una situación en que los españoles hayamos terminado siendo adictos a las benzodiazepinas.

Yo le pregunto por esos temas, qué van a hacer en este sentido y, sobre todo, cómo va a hacer desde el Ministerio de Sanidad para revertir las políticas de miseria y hambre que está aplicando el Partido

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 37

Socialista del señor Sánchez, porque le voy a decir que la Unión Europea, Bruselas —aunque para el señor Bolaños se ve que Bruselas no, porque le gusta sacar periódicos que le digan cosas que le gustan—, sitúa a España en una situación crítica, en riesgo de pobreza infantil, exclusión social y abandono escolar. Todas estas personas, ministra, necesitarán un Estado fuerte, resistente y que esté a la altura, y me temo, señora ministra, con el pesar de mi corazón, que no va a ser así.

No voy a poder quedarme porque pensábamos que íbamos a terminar a las siete, así que escucharé sus respuestas después. Le deseo una muy feliz Navidad, salud para todos y agradezco a esta comisión el año tan maravilloso que me ha dado.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Martínez por un tiempo de diez minutos.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Buenas noches a todos y a todas. Agradezco su disponibilidad, señora ministra, y la de todo el personal del ministerio a comparecer y a proporcionar toda la información necesaria a la comisión, la suya, como le decía, la del secretario de Estado, la de la comisionada de Salud Mental y también la del director general de Salud Pública y Equidad en Salud. También, por supuesto, le agradezco el trabajo tan intenso realizado este año de legislatura para cumplir con los compromisos que nos marcamos en el Gobierno de coalición y consolidar los avances iniciados en la pasada con los ministros Illa, Darias y Miñones, con el programa legislativo que se inició en la legislatura pasada y que en esta se está abordando y ampliando. Coincidiremos en que nuestro Sistema Nacional de Salud está consolidado y es un modelo admirado por muchos de los países del mundo, y lo es por ser universal, público eminentemente, equitativo y accesible. Tenemos desafíos —y usted lo ha dicho— que acometer, como la política de recursos humanos, implementar las listas de espera, la sostenibilidad de la política farmacéutica. Esos desafíos, lógicamente, son compartidos por las comunidades autónomas, que tienen la mayoría de las competencias sanitarias en nuestro país, y es ese Consejo Interterritorial el foro para generar consensos y reflexiones sobre nuestro Sistema Nacional de Salud.

En esta casa tenemos importantes leyes en tramitación que para nuestro grupo son fundamentales y, como decía antes, muchas de ellas ya venían de la legislatura anterior, como la ley de universalidad, que ampliará derechos y coberturas a personas residentes en el extranjero y a sus familiares cuando vengan a España y también a personas vulnerables víctimas de trata de personas, entre otras; la ley de equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, que va a mejorar la coordinación dentro del sistema y apuesta por el enfoque transversal de salud en todas las políticas; o la ley de creación de la Agencia Española de Salud Pública, que ojalá sea pronto una realidad y nos prepare mejor para responder a las nuevas emergencias sanitarias.

Nos ha comentado que está en marcha desarrollar estos compromisos y los anexos pendientes a la ley de esclerosis lateral amiotrófica y describir o relatar los otros procesos irreversibles similares que debemos incluir en la ley. Es prioritario para mi grupo y estoy convencida de que se elaborarán esos anexos necesarios con la participación de las entidades y de las organizaciones de pacientes y de que habrá financiación para esta ley.

Coincidiremos en que los profesionales sanitarios son la joya del sistema y en que hemos de implementar, como decíamos, políticas de recursos humanos que valoren, que retengan y que atraigan el talento hacia la sanidad pública, un nuevo estatuto marco —ya lo ha dicho— que mejore las condiciones de trabajo y que dé respuesta a las necesidades presentes y futuras y que salga del consenso con sus representantes. Vamos a avanzar con la creación de nuevas especialidades, como la Medicina de Urgencias y Emergencias. La propuesta reciente de creación de la especialidad de Genética será una realidad en unos meses. El aumento de plazas de formación sanitaria especializada ha sido importante y debe seguir siéndolo: 11 607, si no recuerdo mal, cifra récord este año con 336 plazas más. Como saben, está en consulta pública una nueva norma para agilizar y modernizar la homologación de especialistas extracomunitarios, que tan necesaria es para nuestro país.

Mención especial y prioritaria merece para nuestro grupo —es nuestra seña de identidad— la atención primaria. Tiene que volver a ser el eje vertebral de nuestro sistema; hemos de empoderarla y prestigiarla, y hemos visto como la evaluación del anterior Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, que fue el primero en la historia del Sistema Nacional de Salud con estas características, reconoce el trabajo alineado realizado por las comunidades autónomas y el ministerio, priorizando acciones y asignando

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 38

recursos a esta. Hemos de seguir. Por eso, esta semana, el plan que hemos conocido —2025-2027—, aprobado en el Consejo, tiene como principales líneas de actuación —algunas ya las ha comentado usted, pero me parece relevante— la longitudinalidad, que me parece fundamental, y que es verdad que aumenta la esperanza de vida de los pacientes; fidelizar y atraer talento con planes de recursos humanos flexibles, adaptados a las circunstancias demográficas de cada comunidad, por ejemplo; ampliar la cartera de servicios, con especial énfasis en la prevención y atención de colectivos vulnerables; la gestión integral de la demanda; promover la atención domiciliaria; el impulso a la atención y a la orientación comunitaria con la participación activa de la comunidad —y ahí siempre me gusta incidir en la importancia que tienen los ayuntamientos, las Administraciones locales, en esta cuestión y las asociaciones de pacientes, a las que les hemos de dar un mayor protagonismo—. Hemos de fomentar la interoperabilidad y también la farmacia comunitaria. Es una asignatura que tenemos pendiente. Tenemos que trabajar en ese sentido y fomentar —claro que sí— la investigación en atención primaria, que es una manera también de prestigiarla.

En este plan también debe tener un papel fundamental la enfermería. En él se habla de que la población asignada no debe superar los 1500 habitantes por enfermera, adaptado —claro que sí— a las características de la población, que son variables. Se han aumentado las plazas de eir desde 2018 en un 21 % y, en el Comité de Cuidados de Salud del ministerio, se está trabajando en los indicadores que proporcionan ratios idóneas, según la complejidad de los cuidados. Además, se está avanzando en la prescripción en el marco de la ley de garantías. Ya se han elaborado nueve guías para el uso y autorización de dispensación de medicamentos por enfermería. Y hablando de medicamentos y política farmacéutica, es una muy buena noticia la aprobación de la Estrategia de Industria Farmacéutica 2024-2028, que a su vez contribuye a la estrategia europea, cuyos ejes principales son que el acceso quede garantizado y sea equitativo, justo cubriendo las necesidades médicas y que, además, sea sostenible; que fomente la investigación, la innovación en el sector; que se consiga la autonomía estratégica a través de la cadena de suministros. Algunas de las medidas por las que apuesta —y que nos parecen muy acertadas— son crear esos sistemas de evaluación de las tecnologías sanitarias de acceso a los medicamentos; el fomento de uso de genéricos y biosimilares; incrementar la financiación e investigación. Para ello, la estrategia establece un esquema de gobernanza y colaboración público-privada muy interesante. El ministerio del que usted es responsable ya ha avanzado en esa redacción de decretos, normas, como herramienta para lograr estos objetivos, para establecer un marco de relación más transparente entre la Administración, las compañías farmacéuticas, los profesionales y los pacientes, aumentando —como decía antes— la participación de todos en la toma de decisiones. Conocido es que existe ya un borrador de una nueva ley de medicamentos y productos sanitarios, que también pretende consolidar toda la actividad legislativa desplegada desde la Unión Europea.

Nos queda mucho trabajo para recuperar y aumentar la confianza de la ciudadanía en nuestro sistema de salud, que haga que nos sintamos todavía más orgullosos de él y lo defendamos todos más y mejor. Hemos de luchar contra el tabaquismo en el marco del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027, contra el alcoholismo, especialmente en menores. Hemos de abordar las listas de espera y estamos, en mi grupo parlamentario, expectantes sobre las conclusiones y las propuestas del grupo de trabajo creado para mitigar este grave y generalizado problema de nuestra sanidad, que sigue aumentando y que mina la credibilidad del sistema y engorda las arcas de la sanidad privada. Sobre la salud de las mujeres, se están dando pasos positivos para garantizar el derecho al aborto y hay que priorizar, todavía más, las medidas para eliminar el sesgo de género que, como pacientes, seguimos sufriendo. Ensanchemos el Sistema Nacional de Salud, ampliando la cartera de servicios, como se está haciendo con el cribado neonatal, aumentando el número de pruebas y, definitivamente, hagamos una apuesta clara por solucionar los problemas de salud mental en nuestro país, dotando de recursos al Plan de Prevención del Suicidio y de Salud Mental. Como valenciana, quiero agradecerle la dotación de unidades de emergencia de salud mental por la DANA en mi comunidad, tan necesario en este momento; y le solicito que se mantengan en el tiempo, porque es necesario en nuestra comunidad. Quiero terminar poniendo en valor los trabajos de la subcomisión de salud mental que, por consenso, como suele ser afortunadamente en esta comisión, está haciendo un excelente trabajo de escucha para fortalecer la política de salud mental.

Para finalizar, me gustaría hacer dos comentarios. Usted hablaba de un informe que va a aparecer sobre la sostenibilidad medioambiental de nuestro Sistema Nacional de Salud, y yo le quería recordar una PNL que hicimos en mi grupo parlamentario, en la que apostábamos por los inhaladores no contaminantes, así como el tema que usted ha comentado, el de los gases anestésicos. Nos gustaría saber si, además

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 39

de ese informe, que parece que va a salir en el año 2025, ustedes harán recomendaciones en este sentido de que, siempre que no se perjudique la clínica del paciente, la sintomatología del paciente, se puedan utilizar este tipo de inhaladores, que son menos perjudiciales para la salud.

Una última cuestión, y con esto ya acabo. Hemos hablado de las compensaciones a los enfermos de talidomida. Me consta que ustedes también han recibido a las plataformas de enfermos de polio y síndrome postpolio. Nosotros también. Tienen unos derechos que en este momento debemos reforzar. Queremos también comentar que están necesitando que se aumente la rehabilitación y la fisioterapia y que se les considere como enfermos crónicos para poder acceder con mayor diligencia a este tipo de servicios que tanto necesitan. Es un derecho que tienen reconocido en la Ley de Memoria Democrática y que nosotros queremos reiterar aquí.

Muchas gracias, señora ministra. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ministra, tiene la palabra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Muchísimas gracias a todos y todas. Voy a intentar responder todo lo rápido y diligente que pueda.

Señora Vázquez, a mí me ha encantado que usted empezará su intervención hablando de los determinantes sociales de la salud. Seguramente, aquí todos somos conscientes y todos somos sensibles. Cuénteselo a su grupo parlamentario también. Cuénteselo, hágale una sesión clínica a su grupo parlamentario y hábleles de que la vivienda es un determinante social fundamental para la salud. No solo para la salud, sino también para la salud mental, como también lo son —como decía usted— la calidad del empleo y todos aquellos determinantes sociales que, al final, dependen de la política y a los que su grupo parlamentario se opone insistente y permanentemente.

Usted se ha visto ofendida porque yo he dicho en el Pleno, esta mañana, que su grupo no tiene empatía. **(La señora Vázquez Jiménez: Yo, no).** Sí, no pasa nada. Seguramente, usted la tenga, pero es que entonces, seguramente, usted se ha equivocado de grupo parlamentario. Ese es el problema. Espero que esto no le cause ningún problema dentro de su grupo parlamentario y no la quiten de portavoz, porque la verdad es que yo estoy encantada, porque es verdad que usted es sensible, es profesional y está real y genuinamente preocupada por nuestro sistema sanitario.

Con respecto a los profesionales, efectivamente, el estatuto marco avanza. El estatuto marco es, de alguna manera, uno de los pilares, el estatuto de los trabajadores de los profesionales sanitarios. Desde que hemos llegado al ministerio, le hemos puesto especial mimo. No queríamos un estatuto marco de chapa y pintura; le queremos poner especial mimo. Cuando hablamos de las diecisiete horas, hablamos de las diecisiete horas no de guardia, sino de las diecisiete horas de trabajo en cómputo total. Hay muchas cosas —y usted lo sabe— en el Sistema Nacional de Salud que vienen haciéndose por inercia. De hecho, el estatuto marco decía que los que hacen las guardias serán los que venían haciéndolas hasta ahora. Era de una inseguridad jurídica el estatuto marco anterior que nos hemos tenido que poner a trabajar y a profundizar en los aspectos jurídicos y en los aspectos que hay que mejorar. Y para eso también le pido a usted que convenza a su grupo parlamentario de que voten a favor de un estatuto marco que es moderno, que mejora la calidad de trabajo de nuestros profesionales sanitarios y que pone las condiciones laborales de nuestros profesionales a la altura del siglo XXI.

Retener el talento. Vuelvo otra vez un poco a lo mismo. Nosotros podemos formar todos los profesionales —y esto va para muchos grupos parlamentarios que han hablado de retener el talento, que no tenemos profesionales—, nosotros podemos llenar el vaso de profesionales —¡ojo!, que estamos hablando de profesionales con un talento especial, con una entrega y un compromiso especiales, lo han demostrado tanto en la EBAU como en su carrera, o sea, en la Facultad de Medicina, como a través de la residencia—, pero cuando llegan a tener un contrato, las comunidades que tienen la competencia para contratar les dicen: bueno, no, no vales tanto. Vales un contrato de tres meses, vales un contrato de dos meses, tú vales un contrato de un mes. Y, como bien decía el parlamentario de VOX, el señor García, el 43 % de inestabilidad, y eso es responsabilidad, no culpa, responsabilidad de las comunidades autónomas, que tienen que afianzar y retener el talento. ¿Cuántos profesionales quiere, por ejemplo —así al azar—, la Comunidad de Madrid que formemos para que no se quede ni el 40 %? ¿Cuántos tenemos que formar para que se fugue el 60 %? Claro, es que esta es una pregunta que hay que hacer. Nosotros podemos formar un 40 % más. Si a la Comunidad de Madrid se le escapa un 60 % —que no se quedan en la Comunidad de Madrid, que se quedan cero pediatras—, ¿cuántos tenemos que formar para que uno se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 40

le quede? Por eso, desde la OMS y desde el Ministerio de Sanidad decimos: ¡jojo!, vamos a hacer un buen diagnóstico para ver de dónde se nos fugan nuestros profesionales.

Ha empezado usted hablando de *one health* y ha terminado hablando de Muface; ha sido un giro dialéctico que me ha maravillado. **(Risas)**. Le voy a hablar de Muface. Mi posición ha sido siempre clara y precisa; lo digo también para otros grupos entre los que ha salido el tema de Muface. He dejado claro que para mí la mejor atención sanitaria es la atención que defendemos en esta comisión, que defendemos en el Ministerio de Sanidad, que defendemos como legisladores públicos, y es la sanidad pública. Usted ha dicho que se va a empeorar la salud. ¿Usted realmente cree que los pacientes que van a la sanidad pública empeoran su salud? No. Usted ha dicho que he puesto en riesgo la salud de los mutualistas porque van a empeorar su salud. **(La señora Vázquez Jiménez: Yo no he dicho eso)**. ¿De verdad creen que el 98 % de la población española tiene peor salud que los que tienen una provisión privada? No, no es verdad. Es más, ha habido publicaciones que hablaban de que se iban a quedar ciegos. ¿De verdad el 98 % de la población que está atendida por la sanidad pública se va a quedar ciega? Seamos rigurosos. Mi posición es clara: la mejor atención sanitaria, también para los funcionarios, creo que es la sanidad pública; lo digo y lo ratifico, entre otras cosas porque tenemos algo envidiado en el resto de países, que es la atención primaria. De hecho, muchos de los nuevos funcionarios, un 70 %, eligen esta sanidad pública, entre otras cosas porque nos cuida y nos protege a través de su atención primaria.

Dicho esto, la pregunta no es a día de hoy si Muface sí o Muface no, la pregunta es cuándo hacemos la transición de los funcionarios a la pública, cómo lo hacemos, cómo lo hacemos ordenadamente para que puedan disfrutar del mejor sistema sanitario que tenemos ahora a su disposición. Nosotros pensamos que cuanto antes, mejor; nosotros pensamos que la parte competente en esta materia dentro del Gobierno ha tomado una decisión, ha decidido dotar de más recursos a las aseguradoras privadas y nosotros respetamos esa decisión, pero no la compartimos. Y lo que sí que hemos dado desde el primer momento es tranquilidad a todos los funcionarios. Si las aseguradoras no concursan, que son las que están poniendo en jaque el concurso, si las aseguradoras no concursan y no quieren hacerse cargo de los mutualistas de Muface —ojo, que de los de ISFAS y de los de MUGEJU sí se quieren hacer cargo— porque les ha aumentado la siniestralidad, como dicen ellos mismos, porque ha aumentado la edad, ha aumentado la cronicidad y ha aumentado la edad de los mutualistas, la sanidad pública sí. La sanidad pública no mira rentabilidades; lo que no es rentable para unos siempre siempre siempre es rentable para la pública.

Señor Sánchez, creo que he hecho un despliegue de lo que es el plan de atención primaria. Efectivamente, la ley de listas de espera está avanzando con ese grupo que tenemos con las comunidades autónomas y lo debemos seguir impulsando. En cuanto a la ley de listas de espera, vuelvo a nombrarlo otra vez, la gestión de las listas de espera es de las comunidades autónomas. Aquí me ofrezco una vez más; si hay alguna comunidad que no sabe, no quiere o no puede gestionar las listas de espera, nosotros encantados de asumir esa competencia, pero a día de hoy es competencia de las comunidades autónomas. Nosotros queremos dar a través de esa ley transparencia y trazabilidad. No sé ahora mismo qué portavoz ha dicho —creo que ha sido el portavoz del VOX—: 37 días, 140 o 150 días. ¿140 días de qué? ¿De esperar a un psicólogo, de esperar al psiquiatra, de esperar a que te operen un tumor, de esperar una consulta en el dolor? ¿De esperar a qué? Esto no es un bombo del que se saca un número y se dice: 25. No, queremos saber qué está pasando desde que un paciente entra en atención primaria porque tiene un problema de salud hasta que se le resuelve el problema de salud, cuánto tiempo ha tardado hasta que se le ha hecho el diagnóstico y cuánto tiempo ha tardado hasta que ha visto a su especialista.

Con respecto a la ley del medicamento, sí, vamos a dar transparencia y trazabilidad también a los medicamentos para que la propia industria nos diga cuáles son los costes reales de fabricación del medicamento. Por eso queremos darle transparencia. Ha habido varias intervenciones respecto al desabastecimiento. De los 33 000 medicamentos, el año pasado ha habido un 4,28 de falta de medicamentos, y la mayoría se han resuelto —creo que lo decía la portavoz de Junts, Pilar Calvo— porque ha habido importación de medicamentos o porque ha habido otros recursos con igualdad terapéutica, lo cual ha dejado un desabastecimiento del 0,33 % de los fármacos, para los cuales la AEMPS, la agencia del medicamento, sigue trabajando para que no exista, y muchos de esos desabastecimientos son europeos, porque se cierran fábricas en Europa y porque no tenemos abastecimiento europeo. Por eso, la propia Unión Europea se ha puesto en marcha para que tengamos autonomía estratégica en la fabricación y producción de nuestros medicamentos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 41

En cuanto a la ley de gestión sanitaria, yo hablo de una privatización obscena, sí, hablo de una privatización obscena. Las cifras tienen que ser rigurosas, no somos el país que más privatizamos de Europa, no somos de los que más privatizamos ni tenemos un 30 % de privatización. Tenemos un sistema sanitario catalán que tiene otro modelo diferente al resto del sistema de Europa, que se asemeja más a otros sistemas, como al sistema Bismarck que tienen en Francia o que tienen en Alemania y que tiene más recursos privados —ojo, sin ánimo de lucro la gran mayoría—, pero no somos uno de los países que más privatiza.

Con respecto a Ceuta y Melilla, se revisarán los datos de la deuda, pero a las aseguradoras se las cobra; se cobra a las aseguradoras de los accidentes de tráfico, a las aseguradoras privadas.

En cuanto a la intervención del PNV, de la señora Vaquero, nosotros consideramos la Osakidetza uno de los mejores sistemas de salud que tenemos en nuestro país. De hecho, no tenemos ningún problema en ninguna de las áreas de hacer *benchmarking* y copiar las mejores prácticas, y muchas de esas mejores prácticas las copiamos de la Osakidetza, como también las copiamos del sistema de salud catalán o de otros sistemas de salud que son pioneros en determinadas áreas y que son innovadoras.

Volvemos otra vez a lo mismo, los retrasos en las autorizaciones de los fármacos son multicausales. Pero no nos engañemos, lo he dicho en mi primera intervención, no es verdad que no tengamos acceso a los medicamentos en España, no es verdad. Hay un informe, el informe WAIT, que dice que pasan seiscientos días, en los cuales no se incluyen ni los fármacos de uso compasivo, que son los que hay antes de la autorización, los que están en ensayos clínicos —y somos país líder en ensayos clínicos, nuestros pacientes tienen acceso a los medicamentos, somos el tercer país en cuanto a acceso de nuestros pacientes a los ensayos clínicos—, y luego hay treinta mil o cuarenta mil fármacos a los que se accede a través del mecanismo de uso especial, treinta mil o cuarenta mil fármacos que tampoco están en ese informe WAIT. Aun así, por supuesto que queremos agilizar ese procedimiento y lo necesitamos. De hecho, en los últimos dos años se han mejorado mucho las cifras tanto de autorización como de financiación. Pero no digamos que en este país la gente se queda sin fármacos, porque no es verdad, somos uno de los países que tiene mayor acceso a los medicamentos antes de su autorización, antes de la financiación y, por supuesto, en comparación con el PIB de los países que están en nuestro entorno, después de su financiación somos uno de los países con más acceso a medicamentos y que más dinero nos gastamos en ellos.

En la Conferencia de Presidentes se habló de la falta de profesionales, y muchas de las cosas que propuso el propio lehendakari son cosas que ya estamos haciendo, como es agilizar las convocatorias, hacer esa segunda vuelta para que no se queden plazas vacantes —de hecho, hemos reformado el real decreto para que podamos sacar todas las plazas que se han ido quedando vacantes—, elaborar esa jubilación activa para que todo aquellos profesionales que se quieran quedar después de la edad de jubilación puedan seguir en activo. En este aspecto hemos recuperado a mil profesionales que se han quedado en atención primaria. O sea, La homologación, la flexibilización y el sistema de plazas vacantes.

Con respecto a la portavoz de Junts, Pilar Calvo, insisto, nosotros somos firmes defensores de la descentralización y no queremos la competencia de nadie a no ser que alguien nos la pida, a no ser que alguien no se vea capaz de hacer sus propias competencias y nos diga: Mire, yo no puedo gestionar la lista de espera; entonces, nosotros, encantados. Pero, si no es así, nosotros encantados de que haya una descentralización porque consideramos que son las comunidades autónomas las que conocen mejor todo el territorio y todo su sistema de salud.

Hemos incorporado todas las enmiendas a la Agencia Española de Salud Pública de todos los grupos parlamentarios: de Junts, de Esquerra, de Bildu, de todas las que tenían ese miedo de que hubiera una invasión de competencias que nunca ha sido una pretensión. Pero sí que es verdad, como decía el señor Cofiño, que la salud pública tiene una mirada poblacional, tiene una mirada general, no es: Yo tengo una salud pública que va muy bien y yo tengo un plan de salud pública que va muy bien y mi agencia de salud pública va muy bien. Ya, es que así no funciona la salud pública. La salud pública funciona de manera poblacional y debemos tener un radar estatal. ¿Para qué? Para que no nos vuelva a pasar lo que nos pasó durante la pandemia.

Sobre terapias avanzadas, hay un capítulo especial dentro de la estrategia de Farmaindustria que habla de las terapias avanzadas y que parte del PERTE para la salud de vanguardia ha puesto en marcha no solamente una sociedad mercantil para que se puedan desarrollar y comercializar todas aquellas que se desarrollan y que se innovan dentro de nuestros hospitales públicos, sino que hay iniciativas público-privadas, como puede ser Terafront, en el cual hay un porcentaje privado y uno público para que se pueda

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 42

también comercializar. Quiero decir, hay muchísimas iniciativas que tienen que ver con desarrollar las terapias avanzadas y que nos van a servir también para poder hacer ese uso también en los medicamentos innovadores.

Vuelvo a decir que no es verdad que tengamos una dificultad de acceso a los fármacos en nuestro país y que cuando hablamos de desabastecimiento tenemos que ser rigurosos porque tenemos que hablar de un 0,33 de 33000 medicamentos.

La ley ELA —y ha salido en varias intervenciones— es de los pacientes ELA es impulsada por los pacientes de ELA y, por supuesto, que le vamos a dar continuidad al reglamento. De hecho, en las próximas semanas tenemos una reunión con los colectivos y con el Ministerio de Derechos Sociales. Por supuesto, porque muchas de las reivindicaciones tienen que ver con lo sanitario, pero la gran mayoría tienen que ver con las ayudas sociales.

Efectivamente, respecto a los donantes de plasma, tenemos que adaptar el Reglamento SoHO, de las sustancias de origen humano, a nuestra reglamentación.

En respuesta a Esquerra Republicana, ¿faltan psicólogos? Sí, somos un país en el que faltan psicólogos. Hemos ido aumentando en un 50 % todos los profesionales que tienen que ver con la salud mental, y aquí yo sí que quiero aclarar, porque ha salido en varios sitios, el tema de las acreditaciones y el de las plazas. Los criterios de las acreditaciones los pone el ministerio en consonancia con las comunidades autónomas, señora Vázquez, que usted también lo ha mencionado. Los criterios los pone el ministerio, pero quien acredita son las comunidades autónomas, porque estaremos de acuerdo en que, para acreditar una plaza, tenemos que garantizar que la formación de ese profesional sea de calidad. Por poner un ejemplo un poco burdo, no se puede acreditar una plaza para formar a un médico de atención primaria en un supermercado. Ese médico de atención primaria necesita tener sus rotaciones, tener sus tutores, tener sus espacios, sus infraestructuras, sus lugares, es decir, tener todo el plan formativo asegurado. Y eso no es tan fácil. De hecho, no es tan fácil ¿sabe por qué? Porque todas las comunidades autónomas, aunque esos criterios se han flexibilizado a demanda de las comunidades autónomas, no han sido capaces de acreditar más de 25 plazas para el año que viene. Entonces, es una falacia pedir 1000 plazas y luego acreditar 25. Las acreditan las comunidades autónomas. El Ministerio de Sanidad lo único que hace es de correa de transmisión de esas acreditaciones. Nosotros las ponemos a disposición del examen mir, bir, fir, de la formación sanitaria especializada, pero son las comunidades las que ofertan y acreditan las plazas. Y no es fácil, efectivamente. De la noche a la mañana no salen 1000 plazas y, como usted bien ha dicho, en estos años se ha hecho un esfuerzo importante. ¿Desde cuándo? Desde que gobierna un Gobierno progresista, señora Vázquez. Entre la empatía y que está completamente de acuerdo en que hemos hecho un esfuerzo, yo le digo, es que igual se ha equivocado de grupo parlamentario; nosotros encantados de que reconsidere su posición en los grupos parlamentarios del Congreso. **(Risas.—La señora Vázquez Jiménez hace signos negativos).**

Vuelvo otra vez a la falta de sanitarios. Me decía la señora Estrems, de Esquerra, que había que dignificar los puestos de trabajo. Los puestos de trabajo se dignifican a través de los contratos, contratos de calidad. Si tú a un profesional que ha tenido la mejor formación, que ha tenido los mejores currículums, le ofreces un contrato de tres meses, le estás maltratando e insultando, eso es lo que yo creo.

Decía el señor García, de VOX: No, hombre, es que usted habla de Andalucía y de Madrid. Bueno, es que Andalucía y Madrid son los que tienen las peores cifras, yo lo siento mucho. Que hable con Andalucía y Madrid y le diga a Andalucía que el 80 % de los contratos no sean de menos de seis meses y a Madrid que el 60 % no sean de menos de seis meses. Eso es lo que nos sale en las encuestas, y eso es lo que nos sale en la realidad, que no son capaces de retener el talento. ¿Por qué? Porque ofrecen malas condiciones laborales.

Me preguntaba la portavoz de Esquerra por qué no salen las leyes. Las leyes están en Cortes. Muchas de estas leyes están en Cortes y ha habido enmiendas parciales, ha habido un trabajo exhaustivo por parte de todos los grupos parlamentarios, y esperemos que todas estas leyes vayan saliendo el año que viene, porque creo que son fundamentales dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Señor Cofiño, gracias por el conflicto de interés, espero que siempre todos los conflictos de interés sean de proximidad y cercanía. Ojalá los conflictos de interés que tenemos en toda la sanidad, en toda la Farmaindustria, siempre sean de cercanía y de cariño. Como usted bien decía, la salud pública es el oráculo a nivel global. Si la vemos fragmentada no estamos viendo salud pública, estamos viendo otra cosa. Estamos viendo otros problemas u otros indicadores, pero no estamos viendo la salud pública. La salud pública es un oráculo poblacional y por eso tiene que haber una agencia estatal.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 43

Como siempre, me encantan las metáforas del señor Cofiño. Me encantó la de: la mayor medicina de precisión te la da tu médico o tu enfermera de atención primaria que va a verte a tu casa y ve todo el entorno en el cual está viviendo y conviviendo un paciente y sus familiares. Y la de la ambulancia también. Efectivamente, en una ambulancia pueden convivir profesionales de diferentes ideologías y nadie se baja de la ambulancia porque no coincide en ideología con el de al lado. Pues esto es lo que pasa aquí.

De hecho, hay una cosa que me ha sorprendido y quiero felicitar a esta Comisión de Sanidad porque, en la anterior comparecencia, me encontré a un portavoz de VOX absolutamente iracundo, oye, y no sé si ha sido fruto de esta comisión o qué, pero me lo he encontrado bastante amansado, bastante institucional, con sus críticas lógicas pero, oye, en un diálogo que les doy la enhorabuena a sus señorías si ha sido gracias a su perseverancia en el diálogo y en el compromiso con el Sistema Nacional de Salud. **(Risas)**. Lo vuelvo a decir, el Sistema Nacional de Salud es el aglutinador. Hemos conseguido que el señor García, por lo menos, haya mejorado el tono.

Respecto a los programas de salud sexual, salud y mujer, sesgo de género, ha salido también en varias intervenciones y en el Ministerio de Sanidad estamos plenamente comprometidos con abolir los sesgos de género que llevan instalados dentro de nuestro sistema sanitario desde hace décadas y siglos y, efectivamente, solo teniendo esa mirada dentro de nuestro observatorio también de salud y mujer podemos hacer ese diagnóstico preciso que nosotros hemos llamado diagnóstico feminismo.

Siento que no esté, efectivamente, el portavoz de VOX para darle la enhorabuena en la mejora del tono. Me ha gustado también la pegatina que lleva de Trump, que dice: *Save America. Save America*; pero sin los americanos. Se salvará América, pero no salvará a los americanos porque, entre otras cosas, el secretario de Salud y Servicios Humanos es un activista negacionista de la salud y, por supuesto, ya si le hablamos de sanidad pública, no te digo más. Decía que es una cuestión de gestión y no de ideología. ¡Claro! Bienvenido. Claro que es una cuestión de gestión y no ideología, y este ministerio y esta ministra nunca ha echado balones fuera, lo que pasa es que cada uno tiene que decir qué competencias tiene y, como bien decía en la metáfora el señor Cofiño, cada uno dentro de los equipos multidisciplinares, cada uno dentro de una ambulancia tiene una competencia. Si cada uno hace de correa de transmisión de lo que tiene que hacer, todo se hará bien. Y en medicina nunca hablamos de culpas, nunca, jamás hablamos de culpas, hablamos de responsabilidades. Cada uno, cada profesional tiene una responsabilidad. Nunca hablamos de culpas. En la pandemia empezamos a utilizar un fármaco que luego se vio que no funcionaba —es más, que era deletéreo— y nadie habló de culpas, se cambió de fármaco tranquilamente y se siguió tratando, porque se ponía al paciente en el centro, no a ver cómo le saco rédito a que el primer tratamiento no estaba bien hecho.

Por otro lado, no he pasado por Ceuta y Melilla de puntillas. De hecho, creo que este es el equipo ministerial que más esfuerzo está poniendo en la mejora del sistema sanitario de Ceuta y de Melilla. Nuestra directora de INGESA es de las mejores profesionales que hemos podido poner en esa dirección para reordenar una situación que es difícil. La situación de Ceuta y de Melilla es tan difícil que todo Ceuta y Melilla se ha considerado de difícil cobertura. Pero no es verdad que cobren poco; de hecho, son los profesionales que mejor cobran de toda España, lo cual nos dice que no solamente los incentivos económicos son los que mueven a nuestros profesionales, sino que son otras cosas. Hay otras cosas que mueven a nuestros profesionales como es el desarrollo de la carrera profesional, como es el desarrollo de la investigación, como es el desarrollo de la formación etcétera. Tendremos que mejorar también esas áreas porque no solamente el incentivo económico es lo que mueve a nuestros profesionales.

Voy terminando. Yo nunca he hablado de privilegio. Para mí es un privilegio tener una sanidad pública, pero nunca he hablado de los privilegios de la sanidad privada. No creo que sea un privilegio, porque para mí un privilegio es tener una sanidad pública, una atención primaria, un médico o una médica de atención primaria que te conoce a ti, a tu familia y a tu comunidad, que hace medicina familiar y comunitaria, que es capaz de establecer los determinantes sociales de la salud y que tiene tiempo para ver a los pacientes. Eso es un privilegio y es un privilegio reconocido en toda Europa. Yo jamás he dicho que la sanidad privada, y por supuesto la de los mutualistas, sea un privilegio para nadie.

Esperemos que el resto de legislación que está pendiente vea la luz el año que viene. Me ha parecido intuir también que el señor reconducido de VOX **(risas)** va a votar a favor de todas las iniciativas, porque las echa de menos. Echa de menos la de alcohol y menores, supongo que votará a favor, y echa de menos también la Agencia de Salud Pública, supongo que votará a favor. También me ha parecido que va a votar a favor de aumentar los impuestos a las grandes empresas, a las grandes corporaciones y a las eléctricas, porque dice que hacen falta recursos y que hay que financiarlos. Y que, obviamente, la ley ELA

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 44

necesita recursos y financiación. Pues tengo una buena noticia para el señor de VOX y es que las leyes se financian con impuestos, y el que más tiene paga más impuestos y el que más los necesita los recibe. Así que tengo una buena noticia, porque supongo que este buen señor votará a favor del pago de impuestos. Y también votará a favor de regularizar a los inmigrantes, porque como ha dicho que no cotizan, entonces estará a favor de regularizarlos —creo que votaron en contra, es una pena, ha perdido esa oportunidad— ya que, efectivamente, los migrantes colaboran en el pago de los impuestos y, si están regularizados y pueden trabajar, colaboran, además, a través de sus cotizaciones.

Señora Martínez, coincidimos en los desafíos y en los retos. El consejo interterritorial, pese a lo que pueda parecer desde fuera, es un lugar de consenso y de trabajo. Eso lo hemos conseguido no nosotros como equipo ministerial, sino que ha sido fruto también del trabajo consensuado y cooperante durante la pandemia, cuando las comunidades se dieron cuenta de que es mejor trabajar en los aspectos micro, meso y macro de manera conjunta. Siempre digo que el que venga al consejo interterritorial a hacer oposición se ha equivocado, tiene que venir aquí, le haremos una prescripción para que venga al Congreso de los Diputados; porque el que quiere venir a trabajar al consejo tiene un sitio donde trabajar. Y cuando los consejeros y consejeras de todos los signos políticos se ponen a trabajar y ponen al paciente en el centro, sacamos acuerdos, como todos los acuerdos que hemos sacado durante este año.

También estamos completamente de acuerdo en el tema de la financiación. No podemos hablar de salud sin hablar de financiación. No podemos hablar de salud sin hablar de impuestos y sin hablar de fiscalidad, no son dos temas aparte. Vamos a cuidar a nuestros pacientes, estoy totalmente de acuerdo y, por supuesto, nos vamos a reunir con todas las asociaciones, con todas las que nos hemos reunido y con todas a las que abrimos las puertas. Hay que cuidar a las personas que sufrieron la talidomida; hay que cuidar a las personas que han tenido polio o síndrome pospolio; hay que cuidar no solamente en el aspecto médico, en el aspecto sanitario, en la rehabilitación, en la investigación, sino también en la ayuda dentro de sus derechos sociales. Pues es que todo esto se paga con impuestos. Entonces, no son debates paralelos, son debates que van unidos.

Por supuesto, nuestra apuesta clara por la salud mental coincide perfectamente con la de la portavoz del Grupo Socialista. Vamos a crear las unidades de emergencia de salud mental, que, en mi opinión, van a ser un instrumento fundamental también para las futuras catástrofes. Además, las vamos a tener en el territorio afectado por la DANA todo el tiempo que sea necesario, atendiendo a todas las personas que lo necesiten. Asimismo, seguiremos trabajando, cómo no, para fortalecer nuestro Sistema Nacional de Salud con la ayuda de todos ustedes y, en este caso, creo que también con la ayuda del Grupo Popular y VOX, a los que he visto muy en línea con todas las políticas que ha desarrollado el Gobierno de España y, en particular, el Ministerio de Sanidad.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Hay tres grupos que se han reservado intervenir en la segunda vuelta y el cuarto, el Grupo Vasco, que puede también hacerlo si quiere.

La señora **VAQUERO MONTERO**: Lo dejaremos para otra vez, ministra, porque no me ha contestado a algunas de las preguntas como la de los organismos notificadores y demás. Yo entiendo que está todo el mundo ya muy cansado, pero si tiene algo que decirme se lo agradecería, porque es algo que llevamos pidiendo desde la legislatura pasada y, verdaderamente, estamos transmitiendo una necesidad y una preocupación. No se piensen que tenemos acciones en estas empresas, sino que verdaderamente es una necesidad que, además, puede provocar desabastecimiento de productos sanitarios que son necesarios.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

¿SUMAR? **(Denegaciones)**.

Grupo Socialista, tiene la palabra.

La señora **MARTÍNEZ RAMÍREZ**: Sí, no voy a llegar ni a un minuto, solamente quiero volver a hablar de nuestro Sistema Nacional de Salud. Hemos dicho que es sólido, que es robusto y que, aunque tiene debilidades y desafíos, podemos estar muy orgullosos de él. Desde luego, el Grupo Socialista está muy orgulloso de la gestión realizada por los diferentes Gobiernos socialistas a lo largo de la historia y estamos muy orgullosos también de seguir apostando por él. En ello tiene que ver el que estemos mejorando en la apuesta en recursos humanos y económicos. Me gustaría destacar que lo hemos reforzado porque en el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 45

año 2018 suponía 6,4 % del producto interior bruto, y en el año 2024 el 7,4 %, incluidos los cuidados de larga duración, 99 300 millones de euros al año.

Ministra, estamos en el buen camino y vamos a seguir trabajando —cuenta con nosotros para ello— y vamos a seguir orientando nuestro sistema también hacia la prevención y la promoción de la salud.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Grupo Popular, por favor.

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

Querida ministra, qué le voy a decir. Para no ser andaluza tiene mucho arte. **(Risas)**. O sea, es lo primero que hay que reconocerle. Pero no, yo no me he equivocado de grupo y soy la portavoz de mi grupo en las cuestiones de Sanidad. Quizá lo que tenga, si me lo permite y con cariño, es un poco de prejuicio. No sé de dónde viene o cuál es su trayectoria anterior, pero a lo mejor no ha conocido al Grupo Popular lo suficiente o con suficiente profundidad. En esta comisión estamos para defender la sanidad. Creo que en este año hemos trabajado muy bien con todos los grupos y hemos llegado a muchos acuerdos. Nosotros no tenemos de antemano una postura, defendemos lo que consideramos que es bueno para todos. Entonces yo le agradezco la oferta, pero no lo estoy considerando. **(Risas)**. Yo me siento muy querida en mi grupo también, así que no lo veo, se lo agradezco, pero no lo veo.

Quizás yo no me he explicado bien cuando le he llamado la atención sobre el tema de Muface. No he puesto en su boca que se esté tratando mal a los pacientes, no me entienda mal. Yo lo que he dicho es que no era el momento de añadir angustia cuando se está renegociando el concierto a esos pacientes que están viendo que se levantan y no concursan, que qué va a pasar con nosotros... No cuestiono —jamás lo haría— la atención sanitaria que cualquier compañero —facultativo, enfermera o personal sanitario— da a un paciente en un sistema o en otro. Considero que dan la atención correcta que tienen que dar y si alguien piensa que no es así, tiene que decirlo, denunciarlo e investigarlo. No estoy cuestionando la atención que se da en un sitio o en otro, solo digo que no era el momento de añadir tensión a una negociación que estaba yendo mal. Ahora no sabemos cómo va a ir realmente, se va a sacar la nueva licitación con otro importe, pero no sabemos cómo va a ir. Sin embargo, los que lo van a recibir tienen cierta angustia y eso lo puede compartir conmigo. Están viendo que no hay compañías, que la compañía que te llevaba ahora dice que no y dicen: Bueno, ¿ahora qué va a pasar conmigo? No es el momento de plantear un cambio de modelo cuando ahora mismo hay mucha tensión en la renovación de un concierto.

En esta comisión —y en cualquier parte del Congreso— se puede debatir cualquier tema. Si quieren un cambio de modelo, lo pueden proponer. Si consideran que porque no tienen Atención Primaria, que es básica y fundamental, deben cambiar de modelo, quizá deben tener en cuenta que la sanidad penitenciaria tampoco tiene primaria y también está teniendo una mala atención y también pertenece a otro ministerio, que es el de Interior. Puestos a meterse en el campo de otro, ¿por qué no tienen un poco en cuenta la sanidad penitenciaria, tan necesitada y tan deficitaria salvo en las zonas donde está transferida donde se ve la diferencia que hay? ¿Por qué no? La ley de calidad y cohesión garantiza que las Administraciones públicas colaboren y cooperen para dar el mejor servicio en condiciones de igualdad, de equidad y de calidad. Bueno, pues Administraciones públicas son. Yo le decía, ¿por qué no ha hecho más presión al ministro de Transformación Digital para que entienda lo importante que es no añadir tensión a una negociación? ¿Por qué no se sienta con el ministro de Interior y negocia un cambio en el modelo? Pero negociando de forma serena, que se pueda dialogar, no a las bravas y añadiendo tensión, que es lo que considero que pone en perjuicio la salud de esta población afectada.

A nosotros nos gustaría que viniera más. De hecho, cuando vino en enero dijo que iba a venir más, pero no ha podido ser. También entiendo que su agenda está repleta y le reconozco todo el trabajo que lleva durante este año. Nos gustaría que viniera a presentarnos la Agencia Estatal de Salud Pública, cuando sea, porque ya me dirá usted si no le hubiera venido bien en el plan de gripe y de invierno y de enfermedades respiratorias haber tenido un informe de infecciones respiratorias agudas de una autoridad independiente para poder sentarse con las comunidades autónomas y decirles cuál es realmente la recomendación y no ir al consejo interterritorial con un documento intentando buscar un consenso. Se convirtió en un documento tan laxo y abierto que luego las propias comunidades no lo aceptaron porque ya tenían desarrollados documentos que superaban al que se proponía. No es que el PP, como un ente, se oponga, no es que las comunidades se opongan. No, no, es que el documento tenía sus deficiencias técnicas y al final se convirtió en un documento que, teniendo en cuenta que yo comparto que hay

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 46

determinadas decisiones que tienen que estar basadas en la evidencia, tenía recomendaciones con evidencias débiles y algunas sin evidencia. Bueno, esto es cuestionable técnicamente. Tendremos que ver las características de esa agencia. No está a punto de salir, tenemos mucho que hablar sobre el modelo; importa el modelo y en eso estamos trabajando. Lo único que debe tener claro es que vamos a trabajar sin parar para que salga la mejor agencia de la que podamos estar orgullosos y seamos referentes internacionales. Hay que crear una agencia verdaderamente buena.

Hay una cuestión que me ha surgido de su intervención —igual lo he entendido mal, pero le pido, por favor, si me lo puede aclarar—, ¿el plan de temperaturas extremas lo ha hecho el Observatorio de Salud y Cambio Climático? ¿Ese observatorio ya está emitiendo informes? ¿Ese ya es del observatorio? Es una duda que me ha surgido.

Lo que rezuma de la evaluación anual es que hay muchas leyes que venían de la legislatura anterior que, efectivamente, han entrado al Congreso, pero que están en prórroga semanal, pero no por nosotros. Todavía no hemos tenido oportunidad de debatir la agencia en una ponencia, no está abierta. Las demoras no han sido nuestras. Tampoco hemos todavía oportunidad de debatir la universalidad, se está demorando. Es verdad que los trámites son largos, pero también es verdad que se están alargando mucho más de lo necesario.

También quiero decirle que tengamos que conocer el anteproyecto de ley de garantías por las filtraciones tampoco nos parece bien. Al fin y al cabo, lo tenemos que trabajar, y tampoco es necesario que nos enteremos por detrás porque, ¿y si luego no es el documento correcto? Creo que quizá deberíamos replantear la transparencia y la forma de trabajar.

Como se dice en Andalucía, hemos visto una renovación de votos. Ha pedido una prórroga para el próximo año de lo que se estaba haciendo, pero realmente tampoco hay nuevos proyectos como tal. Como vamos a renovar el año, le digo que tenga cuidado con lo que promete, porque las promesas que no se materializan al final se las acaba llevando el tiempo.

Quiero cerrar deseándoles feliz Navidad y los mejores deseos para el año nuevo. Felicito a todas las señorías. Ha sido un placer compartir este año; debatir y llegar a acuerdos ha sido lo mejor de esta comisión.

Muchísimas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ministra, si quiere contestar.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Lo haré telegráficamente. Claramente nos merecemos después por lo menos un bocata.

Sobre los organismos notificados, aunque sean privados, todo lo que tiene que ver con el proceso de designación, autoría, monitorización y seguimiento recaen sobre la autoridad competente, que es la AEMPS, y se priorizan los recursos de redesignación que actualmente están en marcha. De todas maneras, si a ustedes les interesa especialmente esto, volvamos a hablar especialmente sobre esto.

Estamos totalmente de acuerdo con todos los retos. Respecto a la crítica de que trae lo mismo que antes, sí, claro, no traigo cosas nuevas; traigo cosas de sanidad y no traigo pocas, pero tienen que ver profesionales, Atención Primaria y salud mental. Supongo que en esta comisión se hablará siempre de lo mismo y nadie puede decir que siempre hablan de lo mismo. Claro, están hablando de profesionales, de salud mental, de adicciones..., de las cosas que competen a sanidad, que son siempre las mismas. Otra cosa es que tengamos miradas diferentes. No es que tenga prejuicios, porque vuelvo al inicio, a usted no le ha gustado que esta mañana dijera que no tienen empatía. Al revés, creo que con usted tenemos muy buen entendimiento —que vuelvo a decir que espero que no sea un perjuicio para usted— porque usted entiende el sistema sanitario —me lo va a permitir— de la misma manera que lo entendemos nosotros, de la misma manera que lo entienden los ciudadanos y de la misma manera que lo entienden muchas consejerías: desde el trabajo y desde el compromiso.

No somos nosotros los que hemos añadido angustia. Nosotros hemos dado tranquilidad. Nosotros no hemos dado angustia, y además lo he dicho en una frase: son las compañías las que han dicho que no concursan. Son las compañías las que han dicho: Los mutualistas ya no me rentan. Nosotros no hemos dado angustia. Nosotros no hemos difundido portadas diciendo que hay pacientes que se van a quedar ciegos. Nosotros no hemos dicho que se va a caer el Sistema Nacional de Salud. Nosotros no hemos dicho que los sistemas sanitarios no pueden soportar un 2% más porque las listas de espera van a hundir el sistema. Nosotros no hemos dicho eso, ni muchísimo menos; al revés, hemos dicho: Si las compañías aseguradoras no concursan, ahí está la sanidad pública; no se preocupe, usted no se va a quedar ciego, va a tener una Atención Primaria, va a tener especialista, va a tener una cirugía, va a tener un diagnóstico

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 249

18 de diciembre de 2024

Pág. 47

y va a tener lo que tiene el 98 % de la población. Va a tener eso. El Ministerio de Sanidad ha dado certidumbre y tranquilidad a los mutualistas, eso es así. En el propio consejo interterritorial nos dijeron: ¿Qué pasa si no se renueva Muface? ¿Tienen ustedes algún plan? Nos pusimos a trabajar e hicimos un plan por comunidades, por patologías, por edades... Lo hicimos. Claro, la crítica no puede ser: Ah, es que han hecho ustedes un plan. Claro que hemos hecho un plan. Hemos hecho un plan de contingencia en caso de que a las aseguradoras no les compense. Si es que esto es una cuestión de rentabilidad. Lo que no les compensa a las aseguradoras a la sanidad pública le compensa siempre. Nosotros no medimos rentabilidades; es más, tenemos los procesos menos rentables de todo el sistema sanitario, incluido el público y el privado, y esto lo sabe todo el mundo. Los procesos menos rentables, incluida la formación de todos nuestros profesionales y la investigación, los trasplantes, y todos los procesos más exclusivos, los CSUR y los centros de referencia recaen todos en la sanidad pública. Nosotros no medimos rentabilidades, no hemos dado nosotros intranquilidad ni angustia a los mutualistas.

Y, luego, sí, claro, sanidad penitenciaria. ¿Sabe lo que pasa? Que, cuando nosotros llevamos la transferencia de la sanidad penitenciaria al consejo interterritorial, las comunidades nos dijeron que no podían asumir eso, pese a que es un compromiso de hace... no me acuerdo, dieciocho años. **(La señora Martínez Ramírez: En 2003)**. Hace dieciocho años había una ley por la cual la sanidad penitenciaria tenía que transferirse en seis meses, y ha habido algunas que lo han hecho: Cataluña, País Vasco y Navarra. Es más, nos han dado los indicadores de cómo se ha hecho, por ejemplo, en Cataluña, y nosotros dijimos al resto de comunidades: Mirad, lo podéis hacer así. Y nos dijeron: No, nosotros no queremos. No me venga a decir a mí lo que es la sanidad penitenciaria. Por supuesto que nos hacemos cargo y por supuesto que el ministro del Interior también quiere que la sanidad pública se haga cargo de la sanidad penitenciaria.

Vendré más, por supuesto. Si me echan de menos, yo vendré más.

Y ya lo último, el plan de gripe. Usted me dice que las comunidades tenían unos documentos técnicos mejores. ¿Y por qué no los han llevado al grupo de trabajo? Llevamos trabajando meses con ellos. No sé si me está diciendo que ha habido mala fe, que ellos tienen documentos muy buenos, pero que no nos los llevaron. Insisto en que los documentos no son del Ministerio de Sanidad, son de los gabinetes técnicos de las consejerías. Las direcciones generales de Salud Pública los han elaborado, y yo no me puedo creer que tenían uno muy bueno para su comunidad y, en cambio, en el estatal nos han dado el malo y que, luego, hayan dicho: Ah, es que ese es el malo. No me lo creo. Entonces, el Partido Popular es el que se ha opuesto; las consejerías del Partido Popular son las que han dicho no. Pero, han dicho no a sus propios técnicos, que son los que realmente tenían indicadores buenos, criterios buenos y evidencia científica, no han dicho no al Ministerio de Sanidad. El documento era bueno, trabajado por todas las comunidades autónomas y por el Ministerio de Sanidad, y han sido las comunidades del Partido Popular las que han dicho no, las que lo han vetado. Y esto solo perjudica a la salud de los españoles y las españolas. Así que nada más que decir.

Muchísimas gracias. Feliz Navidad. Nos veremos el año que viene. **(Aplausos)**.

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

SOLICITUD DE PRÓRROGA DE LOS TRABAJOS DE LA SIGUIENTE SUBCOMISIÓN:

— SUBCOMISIÓN PARA MEJORAR LA PROTECCIÓN, LA PROMOCIÓN Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL. (Número de expediente 154/000002).

El señor **PRESIDENTE**: Solicitud de prórroga de los trabajos de la Subcomisión para mejorar la Protección, Promoción y Atención Integral de la Salud Mental, hasta el final del próximo periodo de sesiones. ¿Alguien en contra? **(Denegaciones)**.

Se aprueba por asentimiento.

Feliz Navidad y felices fiestas a todos.

Se levanta la sesión.

Eran las nueve y veinticinco minutos de la noche.

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.