



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

Año 2016

XI LEGISLATURA

Núm. 50

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. SEBASTIÁN FRANQUIS VERA

Sesión núm. 2

celebrada el martes 19 de abril de 2016

Página

ORDEN DEL DÍA:

- Delegación en la Mesa de la Comisión de la competencia para adoptar los acuerdos a que se refiere el artículo 44 del Reglamento, de conformidad con la Resolución de la Presidencia de la Cámara de 2 de noviembre de 1983. (Número de expediente 042/000001) 2
- Preguntas:**
- Del diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre:
- Medidas acerca del control de la transmisión de la virasis de Zika en España (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/000039). (Número de expediente 181/000019) 3
 - Número de casos registrados y tratados en el marco del Plan estratégico nacional para el abordaje de la hepatitis C y coste de los tratamientos efectuados, así como previsiones para el próximo año (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/000358). (Número de expediente 181/000020) 3
- Proposiciones no de ley:**
- Sobre la derogación del Real Decreto 954/2015 y la aprobación de una norma que regule la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería y que cuente con el consenso profesional e institucional. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000096) 5

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 2

- Sobre derogación del Real Decreto 954/2015 y aprobación de una ley que regule la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería, basada en los principios de atención sanitaria integral, cooperación multidisciplinar orientada a la integración de los procesos y continuidad asistencial y que cuente con el consenso profesional e institucional y de las comunidades autónomas. Presentada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV). (Número de expediente 161/000130) 5
- Relativa a la mejora de la protección de los consumidores y usuarios ante situaciones como la de Vitaldent. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000131) 14
- Sobre la adopción de medidas urgentes contra la pobreza infantil. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. (Número de expediente 161/000146) .. 20
- Sobre la modificación del procedimiento de diagnóstico, reconocimiento, indemnizaciones, exenciones y pensiones vitalicias a las personas afectadas por la talidomida en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Democràcia i Llibertat). (Número de expediente 161/000228) 26
- Sobre la protección de las personas afectadas por la talidomida. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/000338) 26
- Relativa a la efectiva inclusión social y la lucha contra la discriminación de la población gitana. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000334) 34
- Relativa a desbloquear la paralización de los procesos de adopción en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/000363) 38
- Relativa a la adopción de medidas para reformar el actual sistema de copago farmacéutico. Presentada por el Grupo Parlamentario Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 161/000464) 45
- Relativa a mejorar y actualizar la regulación de la publicidad de los centros, establecimientos y servicios sanitarios. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000465) 50

Se abre la sesión a las diez y cinco minutos de la mañana.

DELEGACIÓN EN LA MESA DE LA COMISIÓN DE LA COMPETENCIA PARA ADOPTAR LOS ACUERDOS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 44 DEL REGLAMENTO, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN DE LA PRESIDENCIA DE LA CÁMARA DE 2 DE NOVIEMBRE DE 1983. (Número de expediente 042/000001).

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, buenos días. Se abre la sesión de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales y entramos a desarrollar el orden del día que ha sido acordado en la reunión de Mesa y portavoces. El primer punto es la delegación en la Mesa de la Comisión de la competencia para adoptar los acuerdos a que se refiere el artículo 44 del Reglamento, de conformidad con la resolución de la Presidencia de la Cámara de 2 de noviembre de 1983. Es una resolución que estamos adoptando al inicio de todas las comisiones, es una delegación condicionada. Si les parece bien e interpreto bien a la Comisión, ¿la acordamos por asentimiento? (**Asentimiento**). Queda aprobada.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 3

PREGUNTAS:

DEL DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE:

- **MEDIDAS ACERCA DEL CONTROL DE LA TRANSMISIÓN DE LA VIRASIS DE ZIKA EN ESPAÑA (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/000039). (Número de expediente 181/000019).**
- **NÚMERO DE CASOS REGISTRADOS Y TRATADOS EN EL MARCO DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C Y COSTE DE LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS, ASÍ COMO PREVISIONES PARA EL PRÓXIMO AÑO (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/000358). (Número de expediente 181/000020).**

El señor **PRESIDENTE**: Entramos en el siguiente punto del orden del día, que es la contestación a las siguientes preguntas formuladas por el diputado Jesús María Fernández Díaz. Aunque ha sido comunicada a cada uno de ustedes cuál ha sido la respuesta del Gobierno a la petición de comparecer para contestar a las preguntas en esta Comisión, paso a dar lectura de la respuesta del Gobierno. En relación con el orden del día de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del próximo día 19 de abril, en el que se han incluido diversas preguntas con respuesta oral convertidas en preguntas con respuesta escrita, reitero que el criterio del Gobierno, avalado por el informe que se remitió el pasado 10 de marzo con número de registro 3025, es que la Cámara no puede someter al Gobierno en funciones y a sus altos cargos a iniciativas de control, en la medida que no existe relación de confianza entre el Gobierno en funciones y el Congreso de los Diputados. Por tanto, comunicada la respuesta del Gobierno, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Señor presidente, quería pedirle un turno de intervención a los distintos grupos y portavoces respecto de esta incomparecencia del Gobierno.

El señor **PRESIDENTE**: En principio, correspondería el turno solo para el diputado, pero el portavoz del Grupo Socialista nos ha pedido que se abra el debate al resto de los grupos parlamentarios. Asumiendo su criterio, daremos la palabra al resto de los portavoces que quieran intervenir por un tiempo de un minuto, en este punto del orden del día, que es la respuesta del Gobierno y ausencia del mismo.

Grupo Mixto.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Compartimos la posición del Gobierno en este tipo de comparecencias.

El señor **PRESIDENTE**: El Grupo Vasco.

La señora **ARDANZA URIBARREN**: Como en otras comisiones hemos manifestado, nos parece una falta de consideración por parte del Gobierno, porque, aun estando en funciones, esta Cámara se merece que nos dé respuesta de aquellos asuntos que le interesan a la ciudadanía. Insisto, nos parece una falta de consideración y de respeto ante la soberanía popular que no se nos dé respuesta a las preguntas que son importantes para todos y para todas.

El señor **PRESIDENTE**: Grupo Catalán (Democràcia i Llibertat).

La señora **RIBERA I GARIJO**: Gracias, señor presidente. Buenos días a todos, compañeros y compañeras de esta Comisión. Intervengo para manifestar nuestro posicionamiento en contra de esta manera de proceder y de actuar de este Gobierno en funciones, no solo porque no quiera comparecer en la Comisión para responder a las preguntas que se le han formulado, lo cual es totalmente anómalo desde todos los puntos de vista y, sobre todo, desde el punto de vista democrático, sino que, también, habiéndose formulado por este grupo parlamentario una petición de comparecencia del Gobierno en Comisión, en concreto del ministro de Sanidad, para informar sobre la situación y la previsible evolución del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, se nos ha denegado con la motivación de que no procede su

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 4

admisión a trámite por versar sobre una materia que excede de la competencia propia de un Gobierno en funciones. Parece ser que hay cosas que exceden de esta competencia y otras cosas no, lo cual es totalmente arbitrario, y lo fija el Gobierno en funciones. Es una burla para la democracia y quiero que conste en acta.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Olòriz, del Grupo de Esquerra Republicana.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Buenos días, a todos y a todas.

Supongo que tendré que hacer este paseillo varias veces a lo largo del día. Espero que se me descuenten los minutos del paseo. Aparte de esta broma, no se puede tomar a broma a un Parlamento. Este Parlamento tiene todas las competencias y, por tanto, el Gobierno en funciones es Gobierno, y más en esta Comisión cuando las dos propuestas que estaban encima de la mesa son de rabiosa actualidad. El zika o la hepatitis C son elementos que necesitan respuestas inmediatas, no para que los parlamentarios que estamos en esta Comisión nos tranquilicemos más o menos, sino para que los ciudadanos de este país sepan qué se está haciendo y, por tanto, se tranquilicen o no a partir de la acción de Gobierno. Es bueno que se haya hecho este turno porque constará en el «Diario de Sesiones», y es bueno que consten en él las cosas oportunas y las cosas desgraciadas como este hecho.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Igea, del Grupo Ciudadanos.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señor presidente.

Desde el Grupo Ciudadanos queremos lamentar nuevamente la inasistencia del Gobierno a esta Comisión. Creemos que no se puede escudar en que se trata de un Gobierno en funciones, porque además los temas a los que se referían las preguntas del Grupo Socialista son evidentemente urgentes y de actualidad. Pretender que el virus del Zika espere a que pasen las elecciones y se forme nuevo Gobierno es una pretensión un poco utópica. El virus no sabe que nosotros estamos en funciones. Esta Cámara, que está legítimamente constituida, debería ser capaz de controlar la acción del Gobierno, sobre todo en lo que se refiere a cuestiones urgentes, como indica la ley con respecto al Gobierno en funciones. Es una falta de respeto a la ciudadanía y una falta de respeto a los representantes legítimamente elegidos que estamos en esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Podemos, señora Sibina.

La señora **SIBINA CAMPS**: Gracias, señor presidente.

Buenos días a todos, compañeras y compañeros. Quisiera reiterar lo que se ha dicho ya, nos parece intolerable esta no comparecencia del Gobierno, nos parece una burla total y absoluta a la ciudadanía. Nosotras ya lo decíamos en las plazas y en las calles desde hace mucho tiempo: Lo llaman democracia y no lo es. Y aquí queda perfectamente claro que es así. Estamos totalmente consternadas, sobre todo por la ciudadanía, que es la que merece respuestas ante situaciones tan graves. Queremos que conste en el «Diario de Sesiones» que pensamos que esto no es democracia.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fernández, del Grupo Socialista.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Muchas gracias.

Nosotros también denunciarnos la incomparecencia del Gobierno en esta Comisión de Sanidad en dos temas que son absolutamente cruciales para la salud pública de este país y que no están en funciones como el Gobierno. No está en funciones el Parlamento y no está en funciones tampoco la salud pública. Son dos temas de máxima repercusión social. En la virasis por Zika estamos viendo cada día un incremento del número de casos, así como el posible riesgo de una transmisión autóctona, dentro de España, por mosquitos relacionados con el *Aedes aegypti*; riesgo que además se puede ver incrementado por la elevación de las temperaturas en el verano. Por tanto, es el momento para discutir cuáles son los planes nacionales para reducir los riesgos de que esta epidemia se convierta en una epidemia autóctona. En el tema de la hepatitis C, qué decirles; hay miles de personas afectadas por hepatitis C en este país. Casi todos los grupos parlamentarios de esta Cámara se han entrevistado con las distintas plataformas de pacientes de hepatitis C. Ha concluido el año de vigencia del plan de hepatitis C y tiene que renovarse, tal y como nosotros hemos pedido en esta Cámara. Por tanto, igual que el Gobierno no está en funciones para enviar a Bruselas planes de recortes al presupuesto de 2016, tampoco lo está para acometer las prioridades de salud pública en España. Así pues, nos parece intolerable.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 5

Señora Sibina, quiero decirle que lo que no es democracia no es el sistema político español; lo que no es democracia es el Gobierno del Partido Popular, que, teniendo obligación de venir a comparecer en esta Cámara, no lo está haciendo.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Eiros, del Grupo Popular.

El señor **EIROS BOUZA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, buenos días a todos. Quiero manifestarles solo dos cosas. Creo que, como ha leído el señor presidente al principio, el Gobierno no puede ni debe someterse al control parlamentario de las Cámaras por cuestiones de estricta legalidad, pero quien les habla, como la inmensa mayoría de ustedes, es sanitario y sí he de manifestarles dos cosas. En mi trayectoria profesional he tenido el honor de dirigir el Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda, con dos administraciones: la del Partido Popular y la del Partido Socialista, y con dos ministras: Ana Pastor y Elena Salgado. Les puedo dar testimonio del rigor con el que trabaja el grupo de arbovirus en España. Y en el caso del Zika el vector, como muy bien señalaba el doctor Fernández, no es solo *Aedes aegyptus*, sino *Aedes albopictus*, que circula también en nuestro país. No ya en Chikunguña, en West Nile, en Zika, por citar arbovirosis que, como muy bien decía el doctor Igea, no distinguen como agente etiológico de hospedador, nadie puede poner puertas al campo, y es muy difícil manejar situaciones de salud pública internacional ligadas a vectores que realmente no podemos controlar de manera autóctona. El número de casos de zika, señorías, en contra de lo que se ha afirmado aquí —y les ruego que lo consulten antes de decirlo y pedir que conste en el «Diario de Sesiones»— está en la página web del ministerio actualizados a 18 de abril; son 99, y creo que es un modelo de transparencia en la gestión de una arbovirosis de esta naturaleza.

Dicho sea de paso, he de decirles que el Grupo de Majadahonda es reconocido internacionalmente, independientemente de quien gobierne porque, entre otras cosas, ha descubierto el Cuevavirus o el virus Lloviu; cosa que no debemos ignorar en una Comisión política pero integrada por profesionales. Algunos de ustedes son abogados, otros filólogos, otras enfermeras y otros médicos, y en consecuencia los ciudadanos a los que servimos deben saber quiénes integran la Comisión de Sanidad. Por lo tanto, no haré más comentarios del virus Zika, el plan está actualizado, transparente y a disposición de todos ustedes.

Segunda idea. En virus de la hepatitis C, me remito a las declaraciones del ministro Alonso a la salida del comité interterritorial: a día de hoy hay 46.000 pacientes tratados y nadie de ustedes que haga un modelo de marco para financiar habría llegado a cotas de amplitud como las que ha alcanzado el Gobierno del ministro Alonso.

Muchas gracias.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **SOBRE LA DEROGACIÓN DEL REAL DECRETO 954/2015 Y LA APROBACIÓN DE UNA NORMA QUE REGULE LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y QUE CUENTE CON EL CONSENSO PROFESIONAL E INSTITUCIONAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000096).**
- **SOBRE DEROGACIÓN DEL REAL DECRETO 954/2015 Y APROBACIÓN DE UNA LEY QUE REGULE LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, BASADA EN LOS PRINCIPIOS DE ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL, COOPERACIÓN MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A LA INTEGRACIÓN DE LOS PROCESOS Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y QUE CUENTE CON EL CONSENSO PROFESIONAL E INSTITUCIONAL Y DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VASCO (EAJ-PNV). (Número de expediente 161/000130).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, que es el debate y votación de las proposiciones no de ley. De acuerdo con la reunión de portavoces mantenida antes del inicio de la Comisión, vamos a debatir conjuntamente las PNL que figuran como puntos 4.º y 5.º, del Grupo Socialista y del Grupo Vasco, respectivamente, y también las que figuran como puntos 8.º y 10.º. Las debatiremos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 6

conjuntamente, pero lógicamente las votaremos por separado. Entiendo que los portavoces de estas PNL están de acuerdo. (Pausa). Si les parece bien, lo asume la Comisión.

También quiero comunicarles que, según el acuerdo de la Mesa y de la Junta de Portavoces y también la comunicación que nos ha remitido la Presidencia del Congreso, el tiempo de intervenciones será de siete minutos para el grupo proponente, cinco minutos para aquellos grupos que enmienden las PNL y cinco minutos también para que los grupos fijen posición. En estas dos PNL que vamos a debatir conjuntamente seremos más flexibles en el tiempo, especialmente para los proponentes. Iniciamos, pues, el desarrollo del orden del día respecto al debate y votación de las proposiciones no de ley. En primer lugar, el punto 4.º, que es sobre la derogación del Real Decreto 954/2015 y la aprobación de una norma que regule la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería y que cuente con el consenso profesional e institucional. Es la propuesta del Grupo Socialista. La siguiente que vamos a debatir conjuntamente sería sobre la derogación del Real Decreto 954/2015 y aprobación de una ley que regule la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería, basada en los principios de atención sanitaria integral, cooperación multidisciplinar orientada a la integración de los procesos y continuidad asistencial, y que cuente con el consenso profesional e institucional y de las comunidades autónomas. Esta es la que propone el Grupo Vasco.

Tiene la palabra el representante del Grupo Socialista, señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Gracias a todos ustedes.

Señoras y señores portavoces y vocales de esta Comisión de Sanidad, permítanme un minuto para darles la bienvenida a esta primera sesión de la Comisión de Sanidad; una sesión que puede ser la primera y, desgraciadamente, la última de esta legislatura. Ojalá que no lo sea, pero todo parece indicar que pueda ser la última. Y permítanme hacerlo con un llamamiento al diálogo y al acuerdo de todos los grupos parlamentarios y desde luego de todos aquellos que defendemos unas posiciones progresistas respecto a la defensa de la sanidad. Creo que hoy más que nunca es necesario este talante de diálogo y de acuerdo por tres principales motivos. En primer lugar, porque este Parlamento es más plural que nunca en las últimas legislaturas y, por tanto, el esfuerzo de diálogo hay que redoblarlo. En segundo lugar, porque no olvidemos que heredamos una situación de la sanidad española tremendamente compleja en la cual se han retirado 10.000 millones de euros de la financiación sanitaria, hay 30.000 profesionales menos y casi un 5% de pacientes españoles dicen no poder comprar los medicamentos que necesitan para continuar sus tratamientos médicos. Por último, porque muchos de nosotros nos estrenamos como parlamentarios. Una buena parte de los portavoces de Sanidad de los grupos parlamentarios somos nuevos y, por tanto, venimos con un afán redoblado de poder contribuir a la mejora y a la recuperación de la sanidad española. Por eso, debemos hacer un esfuerzo para unir fuerzas, acordar lo mucho que nos une, que en sanidad es prácticamente todo, e identificar aquellos aspectos en los que todavía necesitamos acordar y trabajar en ellos. Decía el poeta que caminante, son tus huellas el camino y nada más, caminante, no hay camino, se hace camino al andar. Por tanto, no hay pacto social, político y sanitario en la sanidad que uno se encuentra, solamente existen los pactos que se construyen. Por tanto, a pesar de que ya hemos consumido cien días de legislatura y nos faltan solamente trece para que se pueda disolver, quiero hacer un llamamiento de nuevo a todos los grupos políticos para que, de una vez por todas, formemos Gobierno y demos respuesta a los problemas de salud que nos están pidiendo los 46 millones de ciudadanos de este país y los 500.000 trabajadores de la sanidad pública.

Señor presidente, ciñéndome ya al tema de la prescripción de enfermería, el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, es un atentado al ejercicio de la profesión de enfermería y también un atentado al ejercicio de otras profesiones sanitarias. Es el colofón de una gestión desastrosa de la sanidad del Partido Popular en estos últimos cuatro años, que se manifiesta en una medida normativa que ha sido tomada de manera improvisada —incluso diría que chapucera—, al margen de la opinión de todos los agentes sanitarios, de todos los profesionales y de todas las comunidades autónomas. Este real decreto es rechazable en su contenido y ha generado mucho más desasosiego que certidumbre entre los profesionales sanitarios, en particular entre los enfermeros, también ha generado alteraciones en muchos de los procesos asistenciales que prácticamente se habían normalizado en la inmensa mayoría de los centros sanitarios y hospitales de nuestro país, ha introducido inseguridad jurídica en el ejercicio profesional de muchos profesionales tanto de la sanidad pública como privada. En definitiva, ha logrado el rechazo generalizado de la comunidad sanitaria. No contenta a nadie. La mesa de la profesión de enfermería se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 7

ha manifestado en contra de la norma y la ha recurrido, al igual que se han manifestado en contra doce comunidades autónomas en el último consejo interterritorial celebrado la semana pasada. Muchas de estas comunidades autónomas ya lo han recurrido o han anunciado recursos a este real decreto y, en definitiva, muchos parlamentos autonómicos también han manifestado su rechazo —con mayorías yo diría que aplastantes— a este real decreto. Por tanto, lo mejor que puede hacer este Gobierno en funciones es retirar este real decreto y, si no lo deroga, que al menos haga una moratoria en su aplicación.

Este real decreto está en contra de la realidad de la sanidad del siglo XXI porque, lejos de extender las competencias de enfermería, lo que hace es cercenar las competencias y el trabajo de la profesión de enfermería, una profesión que en nuestro país tiene la formación de grado universitario y unas enfermeras y unos enfermeros que están considerados entre los mejores formados de Europa. La profesión de enfermería es uno de los pilares de los cuidados sanitarios tanto en atención primaria como en cuidados especializados y también en otros muchos aspectos que a veces nos olvidamos pero que son muy importantes para garantizar la buena atención sanitaria de nuestros ciudadanos como es la atención en residencias de mayores, la medicina y enfermería del trabajo, la red de salud mental, los centros sociosanitarios, etcétera. Cuando hoy todo el mundo está en el desarrollo de las competencias de enfermería precisamente porque va parejo al crecimiento de las necesidades de una población envejecida con más enfermedades crónicas y mayor polimorbilidad, pero también a una mayor complejidad de los procesos de atención especializada, donde cada vez más el trabajo en hospitales y en centros especializados son trabajos multiprofesionales, hoy tenemos un real decreto que precisamente cercena estas competencias de la enfermería.

Por eso en una iniciativa parlamentaria del año 2009, la Ley 28/2009, que completaba la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos, habilitaba la prescripción autónoma de enfermería para los medicamentos no sujetos a prescripción médica y para los medicamentos sujetos a prescripción médica decía que también la enfermería podrá hacer indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica. Este real decreto lo único que hace en su artículo 3 es copiar literalmente lo que ya decía esta norma y después se dedica a desarrollar un complejísimo y muy burocratizado sistema de acreditación de enfermeros y enfermeras y de validación de protocolos. El real decreto —y voy terminando— lo único que ha conseguido es un enfrentamiento entre las profesiones sanitarias que va a costar tiempo restañar, en lugar de apoyar lo que es hoy una necesidad que es desarrollar el modelo de atención colaborativa y de prescripción colaborativa. Por último, pedimos esta derogación porque hay una invasión de competencias de las comunidades autónomas. El propio recurso que hizo la Junta de Andalucía así lo demuestra, hay jurisprudencia del Tribunal Supremo donde dice que la formación continuada es una competencia compartida, sí, pero sobre unas bases estatales y una aplicación y desarrollo de las comunidades autónomas.

Espero que logremos un acuerdo sobre la derogación de este real decreto. Desgraciadamente, esta solicitud de derogación del real decreto no tendrá efectos prácticos en la medida en que no cambiemos el Gobierno del Partido Popular. Terminó como inicié, pidiendo a los grupos responsabilidad para poder hacer este cambio en la sanidad española que tan necesario es.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra también como grupo proponente de la PNL que figura con el número 5.º del orden del día la señora Ardanza del Grupo Vasco.

La señora **ARDANZA URIBARREN**: Gracias, señor presidente.

La verdad es que tenemos que empezar diciendo que este real decreto no gusta a nadie, ni a los colegios de enfermeros ni a los de médicos ni a los sindicatos ni a las comunidades autónomas y que lo único que ha conseguido es generar un problema y un conflicto en áreas que hasta ahora eran pacíficas. Además, queremos destacar que una vez más nos encontramos ante una invasión competencial, pues la actuación del Gobierno para la fijación de los criterios generales, requisitos específicos y procedimientos de acreditación debe llevarse a cabo al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16.ª de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad. Pero, por otra parte, hay que tener en cuenta el artículo 18.1 del Estatuto de Autonomía del País Vasco que le atribuye la competencia de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. Consecuentemente, la actuación del Gobierno no puede impedir que la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 8

comunidad autónoma tenga un margen de actuación en sus funciones normativas. La fijación de criterios generales, requisitos específicos y procedimientos de acreditación llevada a cabo por el Estado no debería alcanzar hasta el último acto administrativo de la acreditación, de tal modo que excluya a la Administración vasca de cualquier margen de actuación. El procedimiento que se describe en el artículo ocho del Real Decreto 954/2015 atribuye al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la función de dictar el acto administrativo por el que se otorga la acreditación al personal de enfermería. Para el Grupo Parlamentario Vasco la acreditación, tal y como está diseñada en este artículo 8, es un acto administrativo de carácter singular que agota el procedimiento y que impide cualquier actuación de la Administración que tenga atribuidas las competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado. Por tanto, la atribución de la acreditación en los términos expuestos a un órgano del Estado atenta contra las competencias. Creemos que el procedimiento de acreditación debería establecerse por las comunidades autónomas en aplicación de los criterios generales establecidos por el Gobierno y concluir con el acto administrativo de la acreditación, sin perjuicio de su remisión al ministerio a los efectos de su verificación con carácter previo a su inscripción en el Registro estatal de profesionales sanitarios en los términos previstos en la disposición adicional décima de la Ley 16/2003, así como en el artículo 8 de este Real Decreto 954/2015.

Igualmente, del artículo 8.2 del citado real decreto se infiere otra invasión competencial en materia de autoorganización, que corresponde a la comunidad autónoma en la medida en que determina con carácter de norma básica la incidencia de la acreditación en la configuración de los puestos de trabajo. Si a esto unimos que los procedimientos de acreditación se iniciarán a solicitud de los interesados, la gestión de los recursos humanos en las organizaciones de servicios sanitarios y, en consecuencia, la calidad de los servicios ofrecidos pueden resultar especialmente perjudicadas.

Y si esto es así desde el punto de vista competencial, hay que destacar que la entrada en vigor de este real decreto está teniendo consecuencias en la asistencia sanitaria y en la actividad normal de los centros sanitarios toda vez que impide el ejercicio de los enfermeros y enfermeras en lo que respecta al uso de medicamentos y productos sanitarios, trasladando al profesional prescriptor la responsabilidad de toda la gestión de los pacientes, incluido el seguimiento de los mismos, con la consiguiente pérdida de agilidad asistencial al tiempo que fracturando la colaboración tan necesaria entre médicos y enfermeros. Unos ejemplos pueden ser ilustrativos para visualizar lo que estoy diciendo. En el caso del control de los enfermos crónicos, aludiré a algo que utilizan muchos ciudadanos, como es el Sintrom. La praxis era que los enfermeros y enfermeras, valorando la situación y ajustando la dosis de los tratamientos, siempre prescritos originalmente por un médico, realizaban su función, pero con la entrada en vigor de este real decreto-ley se les impide realizar esta labor. Igualmente sucede con el calendario de vacunación infantil, pues las enfermeras y enfermeros no se sienten con capacidad jurídica suficiente para decidir por ellos y por ellas qué vacunas se pueden poner si es que no hay una previa prescripción médica individualizada. Y lo mismo podríamos decir de las curas de heridas, de las escaras, donde hasta ahora los enfermeros y las enfermeras podían decidir si se aplicaba una crema antibiótica. Son unos pocos ejemplos, pero son la muestra de que este real decreto, lejos de resolver una situación de inseguridad jurídica, ha provocado tensiones y conflictos donde hasta ahora no los había, con la lógica repercusión en la calidad del servicio.

Sinceramente, creemos que se ha perdido una gran oportunidad para mejorar los servicios sanitarios y poner en valor el trabajo en equipo de profesionales médicos y de enfermeros y enfermeras, y avanzar en los nuevos roles que este último colectivo debe ir desarrollando. Por todo esto, solicitamos la derogación de este real decreto y que se inicie un nuevo proceso negociador conforme a un nuevo texto normativo que tenga en cuenta las competencias de las comunidades autónomas, que cuente con el consenso profesional e institucional y que desde luego ponga en valor las competencias de los profesionales médicos y de enfermería.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: No se ha presentado ninguna enmienda a estas dos proposiciones no de ley y, por tanto, abrimos un turno de fijación de posiciones de cada uno de los grupos políticos. Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Martínez.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Muchas gracias, señor presidente.

Permítanme una breve incursión personal. En 1978, con el aire fresco de la Constitución, percibí que tenía ciertas actitudes para la enfermería mientras hacía la mili en el enorme establecimiento sanitario del

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 9

ya desaparecido Hospital Militar de Barcelona. Desde entonces —escuela universitaria de por medio— han sido varias las décadas de ejercicio profesional, forjado en el resolutivo hospital gijonés de la Cruz Roja y en una mutua de accidentes de trabajo, sí como en varios destinos ocasionales, como un sencillo consultorio de salud donde a los enfermeros, aunque ya veníamos de la universidad, todavía se nos llamaba practicantes y hervíamos las jeringas de cristal en un ebullidor. Naturalmente, con semejante bagaje a cuestas, que se duplica por vía conyugal, ya expreso de antemano mi inequívoco respaldo a la derogación del Real Decreto 954/2015 que, tras su entrada en vigor a finales del pasado año, el 24 de diciembre, impide a los profesionales de enfermería usar, indicar o autorizar la dispensación de medicamentos, fármacos y productos si antes no hay prescripción de un médico, ya que hacerlo podría entenderse como intrusismo profesional, lo que está tipificado como delito.

Estas dos iniciativas parlamentarias se unen a los recursos que comunidades autónomas, colegios profesionales, sindicatos, asociaciones de enfermería, matronas, etcétera, han planteado para tratar de poner término cuanto antes al deterioro asistencial en todos los servicios de salud como secuela del acuerdo del Consejo de Ministros que aprobó el real decreto, con inseguridad jurídica y, en su caso, sin cobertura de las aseguradoras.

Señorías, por significativo, hago mío el demoledor diagnóstico que la Mesa de la Profesión Enfermera, que reúne al Consejo General de Enfermería y al sindicato profesional Satse, realizó sobre esta norma jurídica que, cito textualmente, supone una traición sin precedentes en la historia de la democracia; fue modificada a última hora con nocturnidad, alevosía y sin consultar con la profesión enfermera, y deja en una situación peor tanto a profesionales como a pacientes. Es conveniente señalar que, además de vaciar de contenido la prescripción enfermera, se constata la carencia de protocolos o guías validadas legalmente y la necesidad de acreditación para unos profesionales de enfermería cuya capacitación les habilita para participar con eficacia y rigor en el proceso cotidiano de atención a los pacientes y de velar por su seguridad y salud. Por lo tanto, la prescripción es un útil imprescindible para la tarea de unos trabajadores muy cualificados que forman parte principal, permanente e insustituible del círculo que atiende a un paciente, con mayor motivo si cabe ante el imparable incremento en los países avanzados como España de los enfermos crónicos, por no referirme al envejecimiento de población, que en el caso concreto de Asturias es ya un problema de primerísima magnitud.

Sin embargo, el real decreto establece que será necesario que el médico haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica asistencial a seguir por parte del enfermero. Es decir, se impide expresamente cualquier actuación o decisión enfermera relacionada con estos medicamentos cuando esta no vaya acompañada de una prescripción médica realizada de forma oficial; es decir, con carácter individual, nominativa para cada paciente y donde se especifique claramente cuál es el acto enfermero objeto de atención. ¿Qué significa esto? Que se obstaculiza y se impide el uso de un recurso clave en el cuidado de los pacientes y se traba la toma de decisiones respecto de su proceso de salud. Tengan ustedes en cuenta que la enfermería está siempre presente en el ámbito asistencial y, por tanto, las restricciones a su actividad derivadas del real decreto inciden en la optimización y coordinación de las herramientas de nuestro Sistema Nacional de Salud.

En el poco tiempo que me resta, quiero invitar a todos los miembros de esta Comisión a respaldar la derogación del real decreto, y se lo pido especialmente a los diputados del Partido Popular porque creo que un acuerdo unánime ayudaría a dar contenido al artículo 79 de la Ley del Medicamento respecto a la participación de la enfermería en la prescripción de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica. Está acreditado que la enfermería española es de lo mejor de toda la Unión Europea y por ello esa acogida con los brazos abiertos fuera de España. No es de recibo que ahora se tiren por la borda los avances que se dieron en nuestro país, gracias, entre otros, al impulso político del Partido Popular, incluso en la pasada legislatura, con una enmienda aprobada por unanimidad en esta misma Comisión en noviembre de 2012 para regular la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte del personal de enfermería. Reiterar hoy aquella unanimidad serviría también para hacer del Foro de las profesiones, que tiene previsto convocar el ministro de Sanidad en torno a la prescripción enfermera, una palanca de impulso para solucionar esta situación derivada del real decreto y que, aparte del desperdicio de recursos que benefician a los pacientes, ha generado disgusto, desinformación, irritación y malestar entre las enfermeras y enfermeros españoles.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Catalán, tiene la palabra la señora Ribera.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 10

La señora **RIBERA I GARIJO**: Gracias, presidente.

Desde Democràcia i Llibertat daremos apoyo a las propuestas presentadas; para nosotros, este real decreto tiene que ser derogado porque limita la capacidad de indicación y prescripción de medicamentos y productos sanitarios por parte de la enfermería. Este, como segundo motivo, porque el más importante lo ha dicho antes la compañera del PNV: no gusta a nadie y se extralimita mucho en sus finalidades, consiguiendo objetivos no buscados que son completamente negativos para lo que es la eficiencia, la eficacia del Sistema Nacional de Salud. Por eso nuestro rechazo a este real decreto, que además genera una franca situación de inseguridad jurídica respecto a la práctica que el colectivo de enfermería realiza de forma habitual.

Por parte del Gobierno catalán se ha expresado ya el compromiso, tanto al colectivo de enfermería como al de médicos, de abordar de manera prioritaria la redacción de una norma catalana de prescripción por parte de la enfermería. Se ha puesto el Gobierno en contacto con el Ministerio de Sanidad para abordar este tema, al mismo tiempo que planteaba un recurso contra el propio real decreto. El Tribunal Supremo comunicó al Gobierno el 12 de abril —al Gobierno catalán— la denegación de las medidas cautelares de suspensión de este real decreto solicitadas por el Gobierno de la Generalitat. Por este motivo, no existiendo una garantía de suspensión cautelar de las medidas que produce el decreto, nuestro grupo parlamentario hoy, sin demorarlo en el tiempo, se va a posicionar a favor de estas propuestas porque consideramos que es el mejor favor que podemos hacer al sistema de salud en general.

El pasado 31 de marzo, en la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña, el consejero presentó sus líneas maestras en el preacuerdo con el Colegio de Enfermería, preacuerdo en el que se tendría que basar esta futura norma del Gobierno catalán, reconociendo la autonomía de los enfermeros y enfermeras en la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos no sujetos —no sujetos— a prescripción médica y de productos sanitarios relacionados en su ámbito de actuación, reconociéndoles también la capacidad para indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, siempre que se sujete a tres condiciones, en los ámbitos en los que se reconozca la interacción de actuaciones entre médicos y enfermeras y enfermeros. Esto se regularía en una comisión de práctica asistencial. Todo esto, sujeto a la obtención de la acreditación correspondiente en base a los protocolos y guías de práctica clínica que seguirán —siguen ya— criterios armonizados y consensuados. Se está trabajando actualmente en esta línea con el Colegio Oficial de Médicos de Cataluña para ampliar este preacuerdo.

Por lo tanto, en base a todos estos argumentos, creo que está bien fundamentado nuestro rechazo a este real decreto.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Olóriz, por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana.

El señor **OLÓRIZ SERRA**: Gracias, señor presidente.

El portavoz socialista, Jesús María Fernández, empezaba su intervención hablando de diálogo. Me parece que este es el mejor remedio para los males que en este momento tiene el Estado español. Pero ha de ser un diálogo sin exclusiones de las fuerzas progresistas, que podemos tener puntos de vista diferentes en muchos aspectos —también en el tema del Estado español— pero tenemos que contribuir a que el conjunto de los ciudadanos que viven y trabajan en este país tengan los medios adecuados para vivir con dignidad. Por eso Machado decía, como usted hablaba, «caminante no hay camino, se hace camino al andar». Pero que no nos pase lo mismo que con su camino; ya sabe usted que está enterrado en Collioure, en el Rosselló catalán, bajo el dominio del Estado francés, y es la expresión, digamos, de un gran fracaso del diálogo para que la democracia se consolidase en nuestro país ya hace años. ¡Qué bien nos habría ido si la democracia hubiese tenido continuidad desde 1939 hasta ahora! En este sentido, este decreto expresa lo peor de las mayorías absolutas; las mayorías absolutas consideran que el diálogo es innecesario porque tienen la soberanía mayoritaria del país. Y el resultado son reales decretos como el que tenemos: sin que haya habido ningún tipo de acuerdo previo y sin diálogo, y por tanto el remedio es peor que la enfermedad. Yo no dudo que el legislador tuviera interés en mejorar las cosas, pero ha provocado lo contrario: inseguridad jurídica y limitar la capacidad de profesionales que tienen probada su eficacia en nuestro servicio de salud. En estos casos lo mejor es deshacer el camino para andarlo mejor y en este sentido las propuestas que hacen el Grupo Socialista o el PNV tienen todo nuestro acuerdo. Ya la pasada semana los consejeros, junto con el ministro de Sanidad, vieron sus desacuerdos. Doce comunidades estaban en desacuerdo con la opinión del ministro. En general, cuando hay una mayoría que va por buen camino es bueno hacerle caso e intentar superar aquellos desencuentros. En esta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 11

Comisión, que puede ser efímera —puede ser la primera y la última, esperemos que no—, es necesario trabajar mucho para que este país funcione. Un buen resultado sería instar al Gobierno a que deje sin efecto este real decreto y permita lo que están haciendo, como decía antes mi compañera de Democràcia i Llibertat, muchas comunidades autónomas, que es empezar desde abajo: hablar con el personal de enfermería, hacer preacuerdos con el personal médico, etcétera, para hacer posible lo que es necesario: que tengamos —o continuemos teniendo— el mejor Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Igea, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señoría.

No quisiera empezar mi alegato sin hacer un llamamiento al miembro de Esquerra Republicana respecto a la integridad territorial no solo del Estado español, sino del francés, que los franceses para estas cosas son muy mirados.

La entrada en vigor el 24 de diciembre del real decreto implica que la actuación del personal de enfermería tiene que ceñirse obligatoriamente a lo dispuesto en el mismo. El real decreto fue modificado unilateralmente por el Ministerio de Sanidad en contra de lo que estaba consensuado en la Mesa de la Profesión Enfermera, en contra de todos los consejeros de Sanidad y en contra de todos los partidos políticos. Entendemos que dicha modificación de última hora, promulgada tres días después de la celebración de las elecciones y en unas fechas muy señaladas, sin contar más que con el acuerdo del Colegio de Médicos, resulta, aparte de un extraño regalo de Navidad, el reflejo de un modo de actuar que afortunadamente ha tocado a su fin tras las últimas elecciones.

Hay que reconocer que el exceso garantista del decreto es reflejo y consecuencia de lo expuesto en el artículo 77 de la Ley del Medicamento. Sin embargo, una mala ley no debe arreglarse con un mal decreto. El exceso legislativo, tan característico de nuestro país, conlleva en casos como éste a la generación de problemas que antes del mismo no existían en la práctica clínica. Para quienes llevamos décadas en el ejercicio de la medicina es evidente cuán alejados están el decreto y la ley originaria de lo que ya es desde hace años práctica común en nuestros centros sanitarios. El personal de enfermería de nuestro sistema de salud está sobradamente capacitado para utilizar, dentro de los límites de la práctica clínica habitual, los fármacos y productos sanitarios que le son propios. Se trataría, por tanto, no de desarrollar nuevas capacidades ni de atravesar fronteras infranqueables, sino, como diría nuestro amado y fallecido presidente Suárez, hacer normal a nivel legislativo lo que ya es normal a nivel de la práctica clínica diaria.

Es llamativo en este caso, como en muchos otros, el excesivo celo que ponemos en los controles *ex ante* y el bajo celo que ponemos en los controles *ex post*. Quiero decir que debemos focalizar mucho más nuestros esfuerzos —o al menos igualarlos— en controlar los resultados de nuestros centros que en incrementar los requisitos y la burocracia para realizar una práctica para la que ya se cuenta con preparación y experiencia suficientes. Por otra parte, los términos del real decreto son de obligado cumplimiento, lo que supone que la práctica asistencial diaria del personal de enfermería queda seriamente limitada y desprotegida al no cubrir ningún seguro, por mucho que algunos consejeros de Salud lo hayan afirmado alegremente, prácticas contrarias al ordenamiento legal. La entrada en vigor del real decreto establece importantes condiciones que deben ser siempre tenidas en cuenta por los profesionales de enfermería, quienes no pueden usar ni indicar un fármaco sujeto a prescripción médica si el médico no ha determinado previamente el diagnóstico y ha realizado la correspondiente prescripción para cada paciente. Es decir, en estas circunstancias el personal de enfermería debe llamar al médico y esperar a que este refleje todo ello en la historia clínica o en el documento sanitario que tenga validez. Además, a fecha de hoy no se cuenta a nivel nacional ni con los protocolos ni con las guías de práctica clínica asistencial aprobadas a nivel nacional y publicadas en el Boletín Oficial del Estado. Por tanto, toda esta actividad es simplemente ilegal. Tampoco parece necesaria la recepción de cursos de acreditación para adquirir unos conocimientos que o bien ya están recogidos en el plan de estudios de enfermería o han sido sobradamente adquiridos en el desarrollo de la carrera profesional. Esto no excluye, naturalmente, la exigencia del debido celo en la formación continuada de nuestros profesionales de enfermería. La vigencia de este real decreto afecta directamente a situaciones asistenciales realizadas con medicamentos sujetos a prescripción médica tales como administración de vacunas; protocolos de vacunación; atención de matronas en partos de forma autónoma; uso de cremas para curar heridas, quemaduras o úlceras por presión; la regulación de la mediación a los pacientes crónicos en consultas, como diabéticos o

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 12

anticoagulados; el uso de heparinas y el mantenimiento de las vías periféricas o centrales, o la analgesia controlada a demanda, por citar solamente algunos de los ejemplos.

Por todo ello, este real decreto supone un grave perjuicio para todos los ciudadanos, los profesionales y el sistema sanitario en su conjunto, generando además una situación de incertidumbre e inseguridad jurídica para el personal de enfermería. Son los pacientes quienes en la actualidad ven cómo sus consultas, sus curas o sus necesidades de analgesia se ven retrasadas, sus estancias en los centros de salud prolongadas y la calidad asistencial deteriorada sin que nadie a día de hoy haya evidenciado una mejoría en su seguridad. Creemos que debe repensarse el decreto en su totalidad y muy probablemente también el artículo 77 de la Ley del Medicamento. Naturalmente, debe hacerse con el acuerdo de todas las partes, incluida la Organización Médica Colegial; no se trata de oscilar la balanza al otro lado. Por tanto, solicitamos, como se indica en la PNL presentada, que el real decreto se deje sin efecto y que se inicien las nuevas negociaciones para que se enteren todos los actores del sistema sanitario español, incluidas las asociaciones de pacientes, que al fin y al cabo son el objeto de nuestros cuidados. Así parece haberlo reconocido también el propio ministro al referirse a la necesidad —tras el interterritorial de la semana pasada— de una convocatoria del Foro de la profesión para analizar el problema.

Por último, debemos señalar que la aplicación de este nuevo decreto debería acompañarse de un plan de evaluación de su impacto que asegurase en todo momento que no se introducen riesgos innecesarios para los pacientes. Votaremos, pues, a favor de esta propuesta.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Sibina, del Grupo Podemos-En Comú Podem-En Marea.

La señora **SIBINA CAMPS**: Gracias, señor presidente.

Diputadas, diputados, no es muy común ver cómo un real decreto pone en su contra tantas críticas, consiguiendo que colectivos profesionales y partidos políticos de la oposición muestren su acuerdo en relación con su derogación. Estamos esencialmente de acuerdo con la redacción de las proposiciones no de ley a debate y por eso las votaremos a favor, pero queríamos plantear algunos aspectos acerca de este real decreto y lo que ha rodeado su aplicación.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria ha sido clara: el Real Decreto 954/2015 supone una distorsión más que una ayuda en el avance del trabajo integrado de las profesiones sanitarias, tanto desde la perspectiva del paciente como en relación con la funcionalidad del sistema. Este real decreto generó descontrol en una situación que estaba funcionando y que necesitaba una regulación que partiera del acuerdo y no de la imposición vertical de normativas. Por eso, la derogación de este real decreto debe ser el punto de partida de la construcción de un consenso que tenga en cuenta no solo a entidades colegiales y sindicatos, sino también a un espectro más amplio de la representación profesional.

Por otro lado, el desconcierto generado por esta normativa no se ha quedado solo en forma de funcionamiento de los centros sanitarios, donde ha provocado descoordinaciones y malestares entre colectivos que habitualmente trabajan cooperativamente, sino que también ha sacado a la luz un escándalo que involucra directamente al Consejo General de Enfermería. Estos días estamos viendo cómo se está utilizando la estructura jurídica de esta organización colegial para la persecución de una persona, el señor Juan Hernández Yáñez, que lleva años denunciando los tejemanejes de dicho organismo con el único objetivo de fomentar el desarrollo autónomo de la profesión enfermera. Ahora mismo está en el juzgado, se puede seguir todo lo que está pasando en el *hashtag* YaNoMax. El diálogo reducido con un número limitado de representantes de la profesión farmacéutica posibilita aberraciones como la generación de oligopolios impermeables a la crítica externa y que se perpetúan durante años.

Por último, queremos insistir en que la norma resultante de los diálogos y trabajos con las instituciones implicadas y los colectivos profesionales no deben dejar ningún atisbo de duda acerca de que pueden existir beneficios económicos por parte de entidades privadas o pseudoprivadas a cambio de la acreditación de profesionales cuya formación y práctica diaria acredita sobradamente su cualificación. En su informe, Sespas afirma lo siguiente: «No hay fundamentación técnica de la efectividad del proceso de formación o acreditación en farmaco-terapéutica que se plantea; por el contrario, el sistema de adquisición de competencias a través de la práctica clínica tutorizada y apoyada en unidades especializadas tiene visos de ser mucho más efectiva, segura y eficiente».

El papel de la enfermería en el presente de nuestro sistema sanitario es esencial y mucho más lo será en un contexto en el cual los cuidados ocuparán la centralidad del escenario sanitario. Diseñar el marco jurídico que posibilite el correcto desarrollo de la profesión enfermera y que haga que crezca mucho más

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 13

allá del ámbito del uso de medicamentos es un imperativo para un Gobierno que quiera lograr la sostenibilidad del sistema mediante la maximización de las capacidades de los profesionales que trabajan en él.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Reynés, del Grupo Popular.

La señora **REYNÉS CALVACHE**: Muchas gracias, señor presidente. Buenos días, señorías.

Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para exponer el posicionamiento de mi grupo ante estas dos proposiciones no de ley presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista y por el Grupo Parlamentario Vasco. Respecto a la PNL del Grupo Parlamentario Vasco sobre la posibilidad de que este real decreto suponga una invasión competencial del Estado, según se recoge en su exposición de motivos, debemos tener en cuenta que el Tribunal Constitucional, en la sentencia 1/2011, de 14 de febrero, establece en su fundamento jurídico sexto el siguiente criterio respecto a la competencia del Estado en materia de formación continuada. Dice: Las actuaciones ejecutivas autonómicas, por el hecho de que generen consecuencias más allá del territorio de las comunidades autónomas que hubieren de adoptarlas por estar así previsto en sus estatutos de autonomía, no revierten al Estado como consecuencia de tal efecto supraterritorial. A este traslado de titularidad solo puede llegarse cuando, además del alcance territorial superior al de una comunidad autónoma del fenómeno objeto de la competencia, la actividad pública que sobre él se ejerza no sea susceptible de fraccionamiento y aún en este caso dicha actuación no pueda llevarse a cabo mediante mecanismos de cooperación y coordinación, sino que requiera un grado de homogeneidad que solo pueda garantizar su atribución a un solo titular que forzosamente deba ser el Estado o cuando sea necesario recurrir a un ente con capacidad de integrar intereses contrapuestos de varias comunidades autónomas. El Tribunal Constitucional establece en esta sentencia una serie de requisitos para admitir la reversión al Estado de competencias ejecutivas autonómicas y la acreditación de los profesionales de enfermería para la indicación, uso y autorización de medicamentos de uso humano los cumple todos. Por lo tanto, el Gobierno no asume en este caso competencias que no le corresponden.

Por otro lado, quiero comentar también que esta norma recién promulgada es consecuencia obligada de la Ley 28/2009, que dice que la receta médica pública o privada y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica. Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios mediante la correspondiente orden de dispensación. El Gobierno regulará —es lo que se está haciendo precisamente con este real decreto— la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica a los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial.

Señorías, lo más importante de la aprobación de este decreto es que se ha mejorado la situación para nuestros profesionales sanitarios de enfermería, que cumplen un papel esencial en el Sistema Nacional de Salud. Tras el acuerdo con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la norma a la que nos referimos hoy siguió su tramitación pasando por otros órganos, lo que supuso algunas modificaciones por observaciones a su texto, como ocurre en todos los proyectos normativos. Lo que se hizo únicamente fue añadir un párrafo en el que se recuerda que el que prescribe es el médico; un real decreto no puede contradecir una ley. Además en ningún momento el texto pactado indicaba que el personal de enfermería pudiera prescribir; se menciona indicación, uso y dispensación, siguiendo lo establecido por la legislación vigente. Por otro lado, la necesidad de una acreditación formativa —requisito que también exige la ley vigente— estaba asimismo en el borrador pactado.

Señorías, la conclusión es que lo fundamental es el trabajo conjunto entre ambas categorías profesionales en la elaboración de pautas de manejo de los pacientes, con una visión integral e integrada en beneficio de los mismos. El ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en funciones, Alfonso Alonso, a la salida del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del pasado día 13 de abril, adquirió el compromiso de su departamento de convocar al Foro de las profesiones sanitarias para buscar espacios de conciliación entre médicos y enfermeros en torno a este real decreto. La aprobación de esta normativa se hizo con responsabilidad y con prudencia, y aporta una seguridad jurídica al trabajo que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 14

realizan a diario los profesionales de la enfermería. Existe la voluntad de reconocer, apoyar y prestigiar a estos profesionales, y por eso queremos buscar espacios de conciliación y poder avanzar en positivo. Creemos que no es necesario derogar totalmente un real decreto a través del cual se ha avanzado mucho y que está pactado al 90%. Por tanto no podemos votar a favor de sus propuestas no de ley, aunque seguiremos trabajando, como ha dicho el ministro, para avanzar y conseguir así un consenso total en lo que a la norma se refiere.

Muchas gracias.

— RELATIVA A LA MEJORA DE LA PROTECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS ANTE SITUACIONES COMO LA DE VITALDENT. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000131).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos entonces al punto 6.º del orden del día, relativo a la mejora de la protección de los consumidores y usuarios ante situaciones como la de Vitaldent.

Tiene la palabra por el Grupo Socialista el señor Hurtado.

El señor **HURTADO ZURERA**: Buenos días. Gracias, presidente.

En primer lugar, quiero agradecer a los grupos parlamentarios la disposición a negociar esta propuesta de resolución. El objeto de la misma es la respuesta a un malestar entre profesionales y usuarios de servicios bucodentales. Como saben sus señorías recientemente ha habido una investigación policial por parte de la UDEF en relación con altos cargos de una importante franquicia española en la prestación de estos servicios bucodentales, denominada Vitaldent, que tiene 7 millones de usuarios, 450 establecimientos —no solamente a nivel nacional, sino también a nivel internacional, incluyendo Portugal, Italia y Polonia, por ejemplo— y que afecta a más de 7.500 profesionales. Anteriormente había sido otra la que había creado un enorme problema a profesionales y usuarios, que se llamaba Funnydent. Es evidente que este malestar requería abordar el problema, un problema que se está ocasionando ante unas circunstancias muy concretas: una transformación de la demanda de estos servicios bucodentales y también en cuanto a la prestación de los mismos. Están proliferando empresas franquiciadas que tienen unas características comunes, basadas, por una parte, en una publicidad bastante agresiva, también en contratos precarios o mal retribuidos a sus trabajadores, y por otra parte, otras características como el sistema de franquicia, el sistema de financiación anticipada a través de entidades bancarias, y con dudosos criterios de carácter profesional y sanitario en relación con otros posibles criterios más mercantiles y de productos de consumo.

El Grupo Parlamentario Socialista se puso mano a la obra abordando la necesidad de una mejora, en aras de la protección no solamente de los usuarios y clientes de estos servicios, sino también de sus profesionales, y mantuvimos contacto con los tres principales actores intervinientes: por una parte, las asociaciones de consumidores, defensoras del usuario y del cliente de estos servicios bucodentales; en segundo lugar, los prestadores, las franquicias, las empresas que prestan estos servicios de la fórmula que he mencionado con anterioridad, y en tercer lugar, los colegios de odontólogos, que son los garantes de la prestación de este servicio, que es un servicio sanitario —y queremos redundar en ese carácter sanitario, de salud, que tienen los servicios bucodentales—. De estos contactos para mantener un criterio equilibrado, razonable y eficaz ha surgido esta proposición no de ley, que en primer lugar quiere trasladar a los usuarios un mensaje de tranquilidad y de confianza en relación con los servicios que hayan contratado, que hayan financiado y que aún no tengan prestados. Queremos trasladar este mensaje de confianza en cuanto a que hay cuestiones de garantía jurídica que desde luego prevalecerían en todo caso, y que posibilitan que, tanto trabajadores como usuarios, puedan tener calma y estar tranquilos. Pero por otra parte consideramos necesario abordar una sustancial mejora en cuanto a la prestación de estos servicios bucodentales, y a la transformación que ha significado la prestación de los mismos no solamente en España, sino también en el resto de los países de Europa, y abordar lo que para nosotros son los cuatro problemas fundamentales: en primer lugar, como he dicho, una publicidad bastante agresiva —incluso consideramos que engañosa en algunos términos— en la que los precios preponderan sobre el tipo y la calidad del servicio, en la que se habla también de garantías, que luego en la letra pequeña todos sabemos que no son tales garantías, sino que realmente muchas de ellas tienen el coste añadido igual que si no existiese esa cláusula. Por tanto consideramos necesario abordar la publicidad de servicios sanitarios, pero con una regulación que tiene que ser muy rigurosa y con las comunidades autónomas, porque son las competentes, hasta el punto de que hay comunidades que ya han regulado la publicidad de servicios sanitarios, como pueden ser el País Vasco o Asturias. Respetando esa competencia queremos abordar

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 15

una necesidad, que es la de una publicidad, que en estos momentos es agresiva y posiblemente engañosa, sobre productos de carácter sanitario. En ese sentido apuntamos incluso que no se puedan establecer, a nivel de publicidad, precios o rebajas o premios, alicientes económicos, digamos, para conseguir usuarios a los que prestar el servicio. Es un importante problema que hay que mejorar a través de una regulación más exhaustiva. En segundo lugar, la financiación. Estamos ante un sistema poco común, digamos, y es que se anticipa en la gran mayoría de los casos el pago a la prestación del servicio. Esto evidentemente significa que algunas medidas de financiación pueden ser injustas, sobre todo cuando se obliga al usuario o cliente a anticipar el dinero o a que sea una financiera de la propia franquicia la que posibilite esta financiación. Creemos necesario regular y garantizar que las ofertas de la prestación de servicios nunca obliguen a un modelo o a un sistema de financiación, sino que se ofrezcan distintas alternativas, y que si hay préstamos añadidos evidentemente se regulen por la Ley de Contratos de Crédito al Consumo.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Hurtado, tiene que ir acabando.

El señor **HURTADO ZURERA**: Voy a concluir. En tercer lugar, que prevalezcan los criterios profesionales y técnicos. En ese sentido es necesario que los directores técnicos estén perfectamente identificados. En cuarto lugar, que se garantice la transparencia, incluso hablamos de un portal de transparencia, y de que las resoluciones sobre reclamaciones de los colegios de dentistas sean públicas y se pueda acceder a ellas. Y en último término, la lucha contra el falso autónomo, que prevalece sustancialmente en la prestación de estos servicios a través de franquicias. Trasladamos esta propuesta y estamos preparando una transaccional que espero que sea firmada por todos los grupos parlamentarios.

El señor **PRESIDENTE**: Hay enmiendas presentadas a esta proposición no de ley.

Abrimos el turno de defensa de estas enmiendas. Por el Grupo Mixto tiene la palabra el señor Martínez.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Muchas gracias, señor presidente.

Tal y como se ha recordado, las pesquisas y actuaciones policiales realizadas hace un mes en torno a los principales directivos que concedían licencias a sus franquicias de la marca Vitaldent despertaron una alarma generalizada entre los titulares de clínicas franquiciadas, entre los profesionales que las atienden y en los pacientes que son atendidos en sus establecimientos. Unas pocas semanas antes también se habían realizado intervenciones policiales en torno a las estafas producidas en las clínicas dentales de la firma Funnydent, que también generaron perjuicios a pacientes y a trabajadores. En ambos casos los jueces determinaron el ingreso en prisión de los presuntos delincuentes sanitarios que utilizaron ingeniería financiera para burlar las leyes y obtener grandes beneficios económicos. Por tanto, pensando en los perjudicados, es decir en los derechos de los millones de usuarios, de los miles de trabajadores de las clínicas y de los centenares de franquiciados, es oportuna una proposición no de ley que impulse desde el Congreso de los Diputados la actuación del Gobierno para tratar de facilitar soluciones a los problemas generados por comportamientos que no tienen nada que ver con la sanidad, y que sí tienen que ver con la codicia y la utilización de la salud con fines mercantilistas, muy alejados de los fines de facilitar la salud de los pacientes.

La preocupación por estas malas prácticas relacionadas con el uso comercial de la atención bucodental no es nueva. Los colegios oficiales de odontólogos y el Consejo de Dentistas de España, que es desde hace casi noventa años la organización colegial que trabaja de forma independiente e imparcial por la ordenación profesional, por la calidad de los servicios odontológicos y su cumplimiento con la legislación vigente y los principios éticos y deontológicos, ya venían advirtiendo de las consecuencias de los tratamientos *low cost*, de las campañas publicitarias de contenido engañoso, de las contrataciones basura de profesionales, en ocasiones sin acreditación, del intrusismo e incluso de clínicas cuyos dueños acaban desapareciendo y dejando colgados a pacientes y a trabajadores. En definitiva este asunto es importante, porque hablamos de unas prácticas que inciden en la prestación de servicios en la salud bucodental de un país como España, en el que hay un muy buen nivel de odontología y estomatología. Aquí en Madrid se organizará el próximo año el congreso internacional más importante del mundo, con profesionales que llevan tiempo reclamando que se ponga coto a la aparición de franquicias que degeneraban en la proliferación indiscriminada y descontrolada de establecimientos, y el despliegue de clínicas que no se ajustaban a las condiciones adecuadas para la prestación de los servicios correctos, acompañadas además de ofertas engañosas para atraer clientes. En este caso de Vitaldent no solamente están afectados los clientes, sino que además también arrastra a los franquiciados.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 16

El asunto preocupa mucho en toda España, como es lógico, y de hecho hay ya parlamentos autonómicos que lo han debatido. He querido ampliar la iniciativa parlamentaria con una enmienda que añade dos puntos a la propuesta original. Un primer punto para que se continúe mejorando la calidad de la asistencia sanitaria bucodental, reforzando la labor de la odontología española, tanto en la investigación como en la proyección de los equipos y productos fabricados por la industria dental española, y otro punto más para que se impulse la regulación de modelos de franquicias y cadenas franquistas dentales, a los efectos de que el control de la dirección facultativa de las mismas corresponda a profesionales adscritos a los correspondientes colegios de odontólogos. En todo caso, el señor Hurtado Zurera está trabajando en la elaboración de un texto transaccional que contempla algunas de estas enmiendas propuestas por Foro, y por tanto anuncio que votaré favorablemente este texto.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Ciudadanos, señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señor presidente.

Nos encontramos en este asunto ante sucesivos casos de fraude y estafa que han generado una justificada alarma en la población, tanto por lo reiterado de los casos como, más importante, por afectar principalmente a un sector de la población más vulnerable y con menos recursos. No es nuestra intención dirigir nuestras políticas contra la lícita actividad de las empresas franquiciadas, sino proteger los derechos de los pacientes por igual en todos los casos, así como salvar los legítimos intereses de la Hacienda pública. Por todo ello les comunico nuestra intención de votar a favor de esta proposición, una vez enmendada, con el fin de evitar en lo posible la aparición de nuevos casos como los que en los pasados meses han llenado las portadas de nuestros periódicos.

Desde Ciudadanos creemos importante valorar la seguridad y el resultado de los tratamientos, así como su adecuación a las circunstancias personales de los pacientes. La sanidad no puede ni debe publicitarse como un producto más, sino que debe sujetarse a normas más estrictas que eviten la toma de decisiones por criterios distintos a los de la eficacia, la eficiencia y la necesidad. Por ello parece obvio que publicitar servicios sanitarios con ofertas, bonos, regalos y otro tipo de incentivos ajenos al del resultado clínico y la seguridad no son apropiados en este campo y pueden inducir a tomar decisiones erróneas en una población poco informada. La ausencia de cobertura de los servicios públicos de salud en lo que a salud bucodental se refiere deja en manos de la iniciativa privada la mayoría de los casos, lo que no quiere decir que el Estado renuncie a garantizar desde el Poder Legislativo la correcta asistencia a estos pacientes. En los países de nuestro entorno es habitual la existencia de unas normas regulatorias similares a las aquí propuestas, tratándose de forma diferenciada la publicidad sanitaria del resto de los productos. Así lo contempla también nuestra Ley del Medicamento y nuestra Ley de Sanidad.

Por otra parte, y en línea con nuestro posicionamiento tradicional sobre rendición de cuentas y transparencia, creemos imprescindible que en todos los centros sanitarios se lleve un registro de todas las intervenciones y tratamientos, a fin de poder determinar las diferencias en el número y tipo de indicaciones, así como los resultados en salud. Es también obligado registrar los efectos adversos, así como las conclusiones finales de las reclamaciones efectuadas, a fin de obtener una medida lo más imparcial posible de la calidad de los servicios prestados. Toda esta información abierta y accesible al público puede ayudar también a una toma de decisiones más informada por parte de los pacientes. Tampoco podemos obviar el necesario control del fraude a la Hacienda pública que se da en estos establecimientos, para cuya persecución es imprescindible la existencia de estos registros. La lucha contra la frecuente presencia de falsos autónomos en este sector ha de ser también una prioridad de nuestra Inspección de Trabajo.

Por último, y no menos importante, queremos destacar la necesidad de impedir la obligatoriedad de acudir a financiaciones predeterminadas por las clínicas de dichos tratamientos. Es obligatorio reseñar que en algunas ocasiones, y de forma más o menos velada, se presiona para que recurran a la financiación por parte de las propias clínicas o de entidades preseleccionadas a fin de obtener determinadas ventajas. Este hecho atenta contra la libertad individual y la libertad de mercado, dejando a los pacientes indefensos tras las quiebras o los cierres de dichos establecimientos. Esto es así ya que, a pesar de la obligatoriedad de contar con seguros que cubran estas incidencias, los pacientes pueden tardar meses en continuar su tratamiento y se ven perjudicados al quedar atrapados hasta la resolución del problema. Por todo ello les anuncio nuestro voto favorable a la proposición en los términos de la enmienda transaccional.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 17

El señor **PRESIDENTE**: Como último grupo que ha presentado enmiendas tiene la palabra el Grupo Podemos-En Comú Podem-En Marea (GP-EC-EM).

La señora **BOSAHO GORI**: Buenos días, señor presidente. Buenos días, diputados y diputadas.

Hemos presentado una enmienda respecto a Vitaldent que vamos a leer seguidamente. Principalmente nos hemos fijado en las deficiencias de la sanidad pública para cubrir las necesidades bucodentales de la población, y entendemos que la operación de la UDEF esclarecerá la situación del entramado empresarial que ha sido denunciado por eludir el pago de impuestos y por blanqueo de dinero. Por eso creemos que, tanto los titulares de las franquicias como los empleados y clientes, pueden quedar resarcidos tras las actuaciones que estime oportunas la justicia. Por tanto la parte más importante de esta materia gira en torno a la protección de la salud bucodental de los usuarios como un derecho fundamental recogido en los principios generales que se expresan en los artículos siguientes. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Las garantías de los derechos de los profesionales y la atención a los usuarios quedan recogidas en la proposición no de ley que nos presenta el Grupo Parlamentario Socialista para que continúe su funcionamiento siempre y cuando cumplan con los requisitos legales, y no supongan perjuicio alguno para la salud de los usuarios por posible mala praxis. Entendemos que al no haberse cerrado el ciclo de la investigación, no se podrán cotejar todos los datos de manera eficaz. Es pertinente por tanto establecer mecanismos eficaces en la sanidad pública de nuestro país para que el capítulo de la protección bucodental de la población pueda estar cubierto, sobre todo en casos de gran fragilidad económica.

Los últimos datos que maneja la Sociedad Española de Periodoncia, que analiza la situación que ha dejado la crisis, indican que un 90% de los mayores de sesenta y cinco años solo conservan de seis a doce piezas dentales de media, y que más de la mitad de la población no fue al dentista entre 2011 y 2012. La situación económica ha originado un descenso de las revisiones en un 35%. La mayoría de los padres no llevan a sus hijos a revisiones periódicas, y entre el 35 y el 37% de los críos en edad escolar tienen caries. La crisis no ha hecho más que agravar una asignatura que España jamás aprobó con nota; todo lo que cubre por ahora nuestra sanidad pública son extracciones. En los últimos años están proliferando asociaciones odontológicas solidarias para suplir las carencias de una atención necesaria que debería cubrir y garantizar nuestra sanidad pública, lo que en estos momentos no está ocurriendo. Como decimos, si este servicio estuviera cubierto, es posible que se pudieran evitar muchas situaciones de fraude fiscal generadas por parte de las empresas como el caso que se presenta. En países como Francia la sanidad pública se hace cargo del 70% de la tarifa que el sistema fija, se cubre también el 70% de las prótesis dentales, y en el caso de que el dentista respete las tarifas oficiales el Estado suele abonar el cien por cien, previa provisión de presupuesto.

En la situación que se describe no podemos olvidar la existencia de algunos problemas estructurales que habrá que poner de relieve, para que no se solapen con cuestiones de otra índole. En primer lugar, la asistencia dental en el sistema público es escasa y muy desigual por comunidades autónomas. En segundo lugar, se extiende la publicidad engañosa, como el Consejo General de Odontólogos ha denunciado en algunos casos. Y en tercer lugar, el fraude fiscal y el contrabando que se está investigando por parte de la UDEF están ligados de una u otra manera a la economía informal. Aunque se presentan algunas consideraciones indicando metodologías y ciertos alineamientos que permiten ubicar posibles evasores, han tenido que pasar veinticinco años para que se pusiera en marcha la investigación con la que se desenmascara a un grupo organizado, dentro de la estructura empresarial aparentemente legal de Vitaldent, diseñado para eludir el pago de impuestos y para el blanqueo de dinero.

Termino diciendo que es obligación del Estado poner en marcha mecanismos dentro del sistema público de salud para cubrir los gastos que en materia bucodental requiere la población, así como instrumentos para atajar el fraude fiscal de manera que esas partidas puedan sostener algunos servicios necesarios para mantener la salud bucodental de la población española.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Es ahora el turno de fijación de posiciones del resto de los grupos parlamentarios. Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), señora Ardanza.

La señora **ARDANZA URIBARREN**: Está claro que los ciudadanos y ciudadanas somos libres para acudir a la sanidad privada, pero hay que establecer sistemas de control. Si los sistemas de control son necesarios en la sanidad general, aún son más necesarios en el caso de la odontología, ya que es la única

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 18

especialidad médica no incluida en su totalidad en el sistema público de salud. Es necesario regularlo salvando por supuesto las competencias de las comunidades autónomas. Entendemos que esta regulación tiene que ser más en la vertiente asistencial que en la económica, y con la participación y la implicación del Colegio General de Odontólogos, las asociaciones profesionales y de consumidores. La situación actual que se está viviendo puede ser muy perjudicial, tanto para los pacientes como para los profesionales, por la despiadada competencia en el sector, donde parece que está primando más el precio que la calidad de servicio. Esto supone un riesgo para la salud de los ciudadanos y de las ciudadanas. Cada vez conocemos más casos en que, ante la bajísima calidad de los algunos tratamientos, los pacientes tienen que buscarse otras alternativas y pagar dos veces por el mismo tratamiento. Por eso vamos a apoyar la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista y las enmiendas que se han presentado y que parece van a ser aceptadas.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Gracias, señor presidente.

Seguro que todos estamos de acuerdo en que la salud es un derecho, pero la realidad también demuestra que la salud es un negocio; y puede ser un negocio sin escrúpulos, sobre todo en los ámbitos que la sanidad pública deja vacíos o sin instrumentos para la mayoría de los ciudadanos. La ortodoncia no es un lujo. Muchas personas necesitan tener una dentadura adecuada para encontrar un puesto de trabajo. Necesitan poder mostrar un cierto aspecto externo, ya que desgraciadamente muchos trabajos hacen de este hecho un elemento clave. Por tanto la ortodoncia no es un lujo. Esto lo saben muchos dentistas que afortunadamente se agrupan en actividades solidarias. He tenido el honor de trabajar con Dentistas Sin Fronteras en la ciudad de Girona. Hace cuatro años se abrió una consulta que desde el primer día estuvo desbordada, tratándose de personas derivadas por los servicios sociales no de personas que no entraban sin ningún filtro. Esto demuestra la carencia de la cartera de servicios de nuestra sanidad pública. Si la cartera de servicios fuese adecuada a la realidad en este aspecto no aparecerían muchos negocios o —permítanme la palabra— negocietes en los que se hacen tratamientos sin ninguna calidad, aprovechándose de la necesidad de las personas. El problema no es tanto de publicidad, aunque también puede ser. Como en muchas de las sociedades capitalistas, el problema es de oferta y demanda. Si la oferta pública no es suficiente, aparece oferta privada que muchas veces no cumple las condiciones adecuadas, y con unos precios temerarios a los que muchas personas, dada su condición y el poco dinero que tienen, se acogen como a un clavo ardiendo. Por lo tanto diremos sí a esta proposición no de ley, pero tendremos que ir más allá. La enmienda del Grupo Parlamentario Podemos-En Comú Podem-En Marea va en este sentido, es decir, hemos de buscar las causas y no tanto paliar los efectos.

El señor **PRESIDENTE**: Hemos saltado antes el turno del Grupo Parlamentario Catalán (Democràcia i Llibertat) y les pido disculpas. Tiene la palabra la señora Ribera.

La señora **RIBERA I GARIJO**: Gracias, presidente.

Nosotros también vemos con buenos ojos la propuesta presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. Aún diríamos más: la aplaudimos, como también aplaudimos las buenas maneras del diputado que la ha presentado, el señor Hurtado. Se lo agradezco.

Dicho esto, nos encontramos ante un tema sometido a investigación, una investigación que aún se encuentra abierta. Se presume un fraude de unos 10 millones de euros en un sistema franquiciado en una empresa con una plantilla alrededor de 7.500 empleados, con un número de usuarios estimado en 7 millones y una incertidumbre que se ha generado muy grande sobre todos los afectados por este tema y por esta investigación. Por eso, decíamos que aplaudimos esta iniciativa y las propuestas concretas que ofrecía el diputado en la proposición no de ley que ha presentado.

Por lo tanto, vemos con buenos ojos que las clínicas franquiciadas continúen con su funcionamiento; que se tenga en cuenta en el tratamiento de todo este tema a los afectados, pero también, desde aquí, les queremos recordar a todos que también se tenga en cuenta el reparto y la distribución de competencias que existen entre el Estado y las comunidades autónomas, sobre todo en lo que hace referencia a las competencias exclusivas que se encuentran reconocidas y avaladas en este momento, incluso, por el Tribunal Constitucional.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, tiene la palabra la señora Angulo del Grupo Popular.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 19

La señora **ANGULO ROMERO**: Gracias, presidente.

Señorías, nos encontramos ante una proposición no de ley que presenta el Grupo Socialista, sobre un asunto muy concreto al que se hace referencia en su exposición de motivos, como es el asunto de las clínicas Vitaldent. El debate, quizá, ha derivado a cuestiones más genéricas, por lo que me van a permitir que, en este caso, yo también vaya de lo concreto a lo genérico, como aquí se ha hablado. El pasado mes de febrero, la UDEF procedió a la detención del dueño y los directivos de Vitaldent en el marco de una operación de blanqueo y estafa a los franquiciados. Esta operación, como es lógico, causó cierta preocupación entre los clientes de las mismas ante la incertidumbre de cómo podría afectar al normal funcionamiento de las clínicas y, con ello, a sus tratamientos. Sin embargo, a día de hoy, la detención del dueño de esta franquicia no ha tenido repercusión alguna en los consumidores y usuarios, ya que las clínicas han seguido funcionando con plena normalidad sin que los consumidores que tenían tratamientos contratados se hayan visto afectados o al menos no existen reclamaciones sobre este extremo.

Por eso, de momento, desde las perspectivas de las competencias que corresponden al Ministerio de Sanidad, no parece oportuno adoptar medidas extraordinarias respecto de este caso concreto, en tanto que actualmente no hay noticias de que se encuentren amenazados los derechos de sus consumidores. Aún así, quiero decir —como decía antes—, con carácter general, que la Ecosan siempre está alerta y vigilante a lo que pueda ocurrir en cada supuesto concreto donde puedan verse afectados los derechos de los consumidores y usuarios españoles. Pero hemos de decir que, en todos estos casos, es necesaria la prudencia para no afectar, sobre todo, a los franquiciados en este tema con una alarma innecesaria. En este sentido, las propias asociaciones de consumidores y usuarios trasladaron también calma, ofreciendo asesoramiento al respecto. La Ecosan siempre traslada la información sobre qué hacer en caso de verse afectados, así como dónde dirigirse y qué hacer cuando ya se ha solicitado un crédito —del que han hablado aquí diversos portavoces— vinculado a este tema. Saben ustedes que la legislación, en materia de protección al consumo, establece que los usuarios que suscriben estos préstamos de forma vinculada a la prestación de un servicio tienen la facultad de resolver el contrato ante su incumplimiento, de manera que pueden dejar de pagar el crédito e incluso recuperar el dinero entregado.

Entiendo la buena fe del Grupo Parlamentario Socialista a la hora de presentar esta proposición no de ley, pero quizá fue un poco precipitada, ya que la Ecosan actúa ya solicitando de manera genérica en su punto primero, informando de los trámites y cauces necesarios en caso de posible fraude o desatención al consumidor. Asimismo, tiene establecido un protocolo de actuación y gestión de las reclamaciones y su derivación a quien resulte competente que, en muchas ocasiones, por las competencias establecidas en materia de consumo es una comunidad autónoma concreta.

Por lo que respecta a las cuestiones más genéricas —a las que quizá, también se refiere el apartado 4 de la PNL, incluso la enmienda transaccional que el Grupo Socialista nos ha enseñado que se está negociando en estos momentos con los grupos—, nos queremos remitir a la iniciativa presentada por mi grupo —y que se debatirá en esta misma Comisión un poco más tarde—, ya que entendemos que es más completa, más eficaz y, sobre todo, más exhaustiva para seguir actuando en la defensa de los intereses de los consumidores y usuarios, que yo creo que es lo que nos une aquí a todos. La enmienda habla de cuestiones muy diversas y muy dispersas, e incluso de cuestiones que se deben hacer y que, entiendo, que se hacen de oficio. Es decir, la persecución de los falsos autónomos por parte de la Inspección de Trabajo es una tarea que de oficio hace la Inspección de Trabajo no solo en este tipo de negocio, sino en cualquier actividad económica en este país.

Nosotros lo que pedimos —y me adelanto al debate de la iniciativa que, como he dicho, este grupo ha presentado, atendiendo al sentir de que hay que regular de manera más exhaustiva y concreta todo el tema de la publicidad de los establecimientos y de los servicios sanitarios—, es una norma de carácter estatal que contenga esa regulación básica del Estado en materia de esta publicidad; una norma que garantice la seguridad de los pacientes y usuarios persiguiendo la publicidad engañosa y evitando, así, los posibles perjuicios que pudieran producirse. En este sentido, estaríamos de acuerdo en que se debe evitar esa publicidad, ya que se hace nada más con carácter mercantilista, en la que primen únicamente los criterios sanitarios. Por eso, nosotros queremos una norma básica que regule, de forma detallada, la inspección, el control, las responsabilidades y las sanciones que se deriven de esta publicidad engañosa en estos centros, cualquiera que sea el régimen bajo el que se presten los servicios, incluidas las franquicias; todo ello, por supuesto, estableciendo los mecanismos de coordinación necesarios con las comunidades autónomas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 20

Por eso, no nos sumamos a esta PNL ni a la transaccional, porque creemos que eso es quedarnos en lo menos, y nosotros queremos ser muchos más ambiciosos e ir a lo más. Queremos que se establezca una norma de rango estatal que, además, es lo que están solicitando los colegios profesionales y, por lo tanto, queremos ir a lo máximo y les pedimos que se sumen ustedes a esa PNL que se debatirá posteriormente, y que no nos quedemos solo en cuestiones concretas o puntuales que, además, creo que en el supuesto concreto —como decía antes, y termino porque me quedo sin tiempo— son cuestiones que, entiendo, que tiene que hacer de oficio la propia Inspección de Trabajo.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Hurtado, como ha habido tres enmiendas, tiene la palabra solo para saber si las aceptan o no.

El señor **HURTADO ZURERA**: Estamos preparando una transaccional que haremos llegar a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien, gracias.

— SOBRE LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS URGENTES CONTRA LA POBREZA INFANTIL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA. (Número de expediente 161/000146).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al séptimo punto del orden del día sobre la adopción de medidas urgentes contra la pobreza infantil. Presenta la proposición no de ley el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. Tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Gracias, señor presidente.

Vivimos unos momentos de emergencia social que afecta especialmente a la población infantil más vulnerables. Es cierto que la lucha contra la pobreza infantil no afecta sólo a niños y niñas, también afecta sus familias; es consecuencia de la desigualdad y necesita profundos cambios en las políticas que la genera en la mantiene. Sin duda hay que ir a un nuevo modelo económico que apueste por el I+D+i y en el que la competitividad no se logre exclusivamente mediante la sobreexplotación de la mano de obra. Sin duda hay que mejorar la protección laboral, los salarios, la estabilidad en el trabajo, los mecanismos de defensa colectivos. También medidas que impulsan una fiscalidad con más capacidad recaudatoria y con una mayor progresividad y reforzar, sin duda, las políticas sociales y corregir los recortes que se han llevado a cabo.

Esta proposición es mucho más modesta; no trataremos estos cambios que un futuro Gobierno —espero— y una acción parlamentaria estratégica en los próximos años tendrá que implementar. Tampoco en esta proposición les pido una declaración de principios o una declaración de intenciones. No dudo de que a todas y todos los que estamos en esta Comisión nos conmueve la pobreza infantil. Les pido que, mientras no se puedan implementar y aplicar estas nuevas políticas, ayudemos de forma urgente a los ayuntamientos y a las comunidades autónomas, que están haciendo un gran esfuerzo en plantear planes de choque para los próximos meses.

He propuesto una cifra, 800 millones de euros, una cifra de mínimos pero factible. He buscado fundamentarla con la mejor precisión, situando la cifra más adecuada y posible para este esfuerzo presupuestario 2016, pero tengo que reconocer que en nuestro país ni la contabilidad educativa ni la social tienen hoy buenos instrumentos. El que les propongo es fruto de una proyección de las inversiones extraordinarias que diferentes ayuntamientos que conozco están implementando como planes de choque y que recientemente ha aprobado el Parlament de Catalunya, proyectándolo al número de niños y niñas que Save The Children y Cáritas han situado como víctimas de pobreza infantil en todo el Estado español. También he tenido la ayuda de los excelentes servicios de documentación que tenemos a nuestra disposición en esta Cámara. Todo ello me hace pensar que la propuesta que les hago es factible y no pone en peligro la estabilidad presupuestaria, e insisto, no pretende ir más allá que una acción de emergencia. Una emergencia que me han hecho llegar muchos ayuntamientos que en estos meses están haciendo un enorme esfuerzo en planes de choque y para los que el refuerzo presupuestario que pedimos aquí y ahora será fundamental este verano cuando se cierren las escuelas y muchas familias no tengan las ayudas imprescindibles.

Me adelantaré a algunas de las enmiendas que se han presentado y así puedo aprovechar estos minutos. Las enmiendas de Ciudadanos y del Partido Socialista son excelentes para otra proposición no

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 21

de ley —les prometo que si presentan una proposición no de ley con estas propuestas, la votaré favorablemente— pero no tienen que ver con la emergencia y el objetivo de la proposición no de ley que yo presento; son alternativas pero no complementarias. La que sí que es complementaria es la de Podemos-En Comú Podem-En Marea, que dice algo imprescindible que yo no tenía porque no se había aprobado la creación de la comisión de infancia en su momento y es que este presupuesto se ha de tener presente, hacer su seguimiento y evaluar. Es cierto que hay ayuntamientos, y ayuntamientos hay; es cierto que hay comunidades autónomas, y comunidades autónomas hay, y es imprescindible un seguimiento para que este dinero tenga una opción finalista, que se gaste bien y que se den las cuentas a este Parlamento. Pero lo que es más importante, es imprescindible y urgente es que no dejemos solos a los ayuntamientos porque —es cierto que unos más que otros— se han puesto a la labor. Este es el objetivo y espero su voto.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Como ha dicho el proponente, hay varias enmiendas presentadas a esta proposición no de ley. Abrimos el turno de defensa de las enmiendas. Tiene la palabra por el Grupo Ciudadanos, doña Orlena Miguel Muñoz.

La señora **MIGUEL MUÑOZ**: Gracias, señor presidente.

Señor Olòriz, estamos de acuerdo en que la reducción —o más aún, la eliminación— de la pobreza infantil debe ser una prioridad para las administraciones. Es indudable que el impacto de la crisis, como apuntan ustedes en su proposición, ha sido notablemente más agresivo en los hogares con niños. Lo que no alcanzamos a comprender es que, tras manejar como han hecho el informe de Unicef al respecto, hayan concluido que para erradicar la pobreza infantil lo más efectivo sea darle más fondos con carácter discrecional a las comunidades autónomas sin un plan u objetivo claro de cómo gastar ese dinero de manera eficiente. Ustedes piden la creación de un fondo de 800 millones, pero sin objetivos claros, sin indicadores, sin la evaluación previa de qué políticas públicas contribuyen realmente a la reducción de esa pobreza. Llegan a esa cantidad, nos dice, extrapolando datos de ayuntamientos que usted conoce de Cataluña e incluso de la misma Comunidad catalana. ¿Realmente es extrapolable eso al resto de ayuntamientos? ¿Y si esta cantidad no resulta ser suficiente, habrá sido de nuevo muestra de una gran incapacidad del Estado español o es que quizá esos ayuntamientos que usted conoce o la Comunidad Autónoma de Cataluña no son precisamente el mejor modelo de gestión en el que fijarse? Puesto que compartimos el diagnóstico del problema y creemos que lo realmente importante es llegar a acuerdos para dar soluciones, les hemos propuesto un texto alternativo a su propuesta, basándonos en las recomendaciones de Unicef, que también se recogen en el acuerdo de reforma suscrito entre Ciudadanos y el Partido Socialista. En primer lugar, les proponíamos elaborar un plan específico dirigido a erradicar la pobreza infantil, con la suficiente dotación presupuestaria y que incluya un pacto de Estado en el plazo de tiempo más breve posible, de modo que todas las políticas públicas que se pusieran en marcha desde el Estado respondieran a una estrategia bien definida, común a todos los territorios del Estado y cuyos resultados y eficacia fuesen evaluables. Nos parecería bien que se hiciera a través de la Comisión de Infancia, no tendríamos ningún problema.

Por otro lado, según Unicef, las políticas que tienen un mayor impacto a la hora de reducir la pobreza infantil son aquellas basadas en prestaciones económicas con carácter universal. Los datos que refleja el informe publicado por el comité español de Unicef, titulado *Políticas públicas para la reducción de la pobreza infantil en España*, señala que las medidas que más reducen la tasa de pobreza así como la intensidad de esta son las del aumento de las transferencias que se otorgan a las familias, como es una prestación universal por hijo a cargo. El informe señala de manera taxativa que una prestación por hijo a cargo, similar a la que existe en la mayoría de los países europeos, reduciría potencialmente la pobreza infantil en un 18%, que no es poco. En Finlandia, por ejemplo, existe una prestación por hijo a cargo de 140 euros mensuales, que aumentan de manera exponencial según el número de menores a cargo, llegando a casi los 200 euros mensuales por hijo en las familias numerosas. En Francia existe una prestación por hijo a cargo de tres años de duración para nacimientos y adopciones, que supone una prestación mensual de 185,54 euros durante tres años. En los Países Bajos o en Dinamarca, por ejemplo, optan por una prestación por hijo a cargo que aumenta según va creciendo el menor. Y esa es la situación que tenemos en los países europeos. Sería bueno que tomásemos el ejemplo de políticas que están funcionando en los países de nuestro entorno y por tanto les pedimos que incluyan en su propuesta el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 22

incrementar la cuantía de la prestación por hijo a cargo y la extensión de su duración, con objeto de combatir de forma eficaz la pobreza infantil.

Por todo esto les conminó a que reconsideren nuestra propuesta de enmienda, porque eso es lo realmente importante, eso es lo que esperan los españoles de nosotros, que nos pongamos de acuerdo y que seamos eficaces a la hora de solucionar los problemas que realmente les preocupan.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Marcello Santos.

La señora **MARCELLO SANTOS**: Gracias, presidente.

Señorías, quiero empezar haciendo referencia a la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas ratificada por España, que significó que el bienestar de los niños, las niñas y los adolescentes salió de la esfera privada para convertirse en un asunto público, en un bienestar social que conlleva obligaciones y responsabilidad para todos los adultos en particular y con especial énfasis para las instituciones públicas. Sin embargo, la situación de los niños, las niñas y los adolescentes en nuestro país es verdaderamente de emergencia social. Los derechos fundamentales de la infancia se ven vulnerados de forma sistemática en España. Prueba de ello son los más de 500.000 desahucios producidos sin alternativa habitacional en nuestro país, sin que las administraciones hayan dado ninguna respuesta.

Quiero resaltar diferentes datos. La pobreza y la desigualdad han aumentado y lo han hecho mucho más en la población infantil. Según datos del Comité español de Unicef, el 30,5% de los menores de dieciocho años se encuentra en riesgo de pobreza y el 35,8%, un tercio de la población infantil, en situación de riesgo de exclusión social. Según los datos de Unicef sobre infancia de España en 2014, uno de los rasgos más distintivos de la realidad social española es el riesgo diferencial de pobreza en los hogares con niños. En España tener hijos es hoy ya un factor de riesgo de pobreza en sí mismo; la pobreza infantil además se traduce, a medio plazo, en mayores costes de prestaciones y en un tejido laboral de menor calidad. Invertir en infancia, señorías, es invertir en el conjunto de toda la sociedad.

Señorías, son muchos los retos que tenemos que abordar, las políticas públicas que hay que desarrollar para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las niñas, de los niños y de los adolescentes. Empecemos por erradicar la pobreza infantil. En este sentido, vamos a votar sí a la proposición no de ley que se nos presenta hoy. Sin embargo, creemos que debemos dejar claro que el seguimiento y la evaluación —como ha dicho el compañero— deben ser competencia de la Comisión permanente para la promoción y la protección de los derechos de la infancia y la adolescencia, cuya creación se firmó y se acordó el 16 de marzo, a propuesta de Podemos.

Sin más, decimos sí a la proposición no de ley, siempre y cuando sea desde la Comisión permanente de promoción y protección a los derechos de la infancia y de la adolescencia.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, por el Grupo Socialista, la señora Guinart.

La señora **GUINART MORENO**: La infancia, después de todo, es la primera moneda preciosa que la pobreza roba a un niño. Esta frase, del escritor británico Anthony Horowitz, nos invita a reflexionar. Esta frase podría trasladarnos a escenarios dickensianos, pero lamentablemente remite a nuestro entorno más inmediato, a la España de hoy en día, un país en el que un 30% de los niños y de las niñas, más de dos millones, viven bajo el umbral de la pobreza. Las políticas dirigidas a la infancia y la adolescencia han sufrido un severo retroceso a lo largo de la pasada legislatura, y lamentablemente también en esta, en la que arrastramos el mismo Gobierno, aunque en funciones, con la misma ineficacia y la misma pasividad ante una situación tan grave. Alguien debería tenerlo en cuenta cuando tiene en sus manos la posibilidad de cambiarlo y decide no poner fin a tamaña injusticia.

España dedica a la protección de la infancia y a las familias un 1,4% del producto interior bruto, casi la mitad que la media de los veintiocho países de la Unión Europea y casi tres veces menos que Dinamarca, que es el país que más destina a esta finalidad. A la escasa cuantía de las prestaciones dirigidas a la infancia se unen los recortes en los servicios públicos, unos recortes que inciden sobre todo en las rentas más bajas, y es la situación de las rentas familiares la que define la situación de la infancia. Por eso necesitamos incrementar el salario mínimo interprofesional, extender la protección por desempleo, incrementar las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social, incluidas las prestaciones por hijo a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 23

cargo, para dotar a las familias de capacidad para atender sus necesidades básicas. Es imprescindible reforzar los servicios sociales para dar respuesta a la actual situación de la infancia, también a los niños y a las niñas de familias que han padecido desahucios o los que residen en viviendas inadecuadas.

Yendo a la propuesta concreta de Esquerra Republicana, esta plantea una solución transitoria, no consolidada, al problema que nos ocupa. Un fondo está supeditado a la aprobación anual del presupuesto. Un fondo se agota. Consideramos, en cambio, que estamos ante un problema de suficiente envergadura y trascendencia social como para plantear su solución de una manera solvente y de manera urgente y prioritaria, para plantearlo como un derecho de ciudadanía consolidado a partir del sistema integrado de ingreso mínimo vital. De esta manera y solo así podremos atender a las familias en situación de necesidad por carecer de recursos económicos de cualquier naturaleza. Unas 800.000 familias con hijos e hijas no tienen ningún tipo de protección.

El informe de Unicef, al que algunos de ustedes ya se han referido, que se presentó hace tan solo unos días bajo el título de *Equidad para los niños: el caso de España*, pone de manifiesto la necesidad urgente de instaurar un sistema de rentas mínimas garantizadas. El referido informe afea la actitud del Gobierno actual, ahora en funciones, porque en la pasada legislatura ninguna de las más de cincuenta iniciativas legislativas presentadas por la oposición referidas a la infancia pudo ser aprobada. El ingreso mínimo vital requiere del establecimiento de una nueva modalidad no contributiva dentro de las prestaciones familiares de la Seguridad Social, cuya cuantía sería igual al 80% del Iprem —el indicador público de rentas de efectos múltiples— mensual. Esta cuantía debería incrementarse en función del número de miembros a cargo de la unidad familiar. En razón de lo expuesto, es necesario el incremento de la cobertura de la prestación por hijo a cargo dentro de la modalidad no contributiva de las prestaciones familiares de la Seguridad Social, así como también el incremento de la cuantía de manera escalonada en función de las rentas familiares, todo ello en el marco de un nuevo plan estratégico nacional de infancia y de adolescencia que esté dotado de recursos tanto económicos como humanos en cuantía necesaria y suficiente para permitir su aplicación efectiva.

Así pues, en el convencimiento de que esta es la mejor solución para atajar este gravísimo problema de la pobreza infantil, presentamos esta enmienda para su aprobación.

El señor **PRESIDENTE**: Abrimos el turno de toma de posición.
Por el Grupo Mixto, el señor Martínez tiene la palabra.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Muchas gracias, señor presidente.

El tema de la pobreza infantil es muy recurrente en las Cortes Generales. Esta proposición no de ley presentada por el señor Olòriz Serra forma parte de la inequívoca preocupación de los representantes de los españoles para atajar la tasa de pobreza infantil. Cuando se plantean estos temas se encienden todas las alarmas, porque todos somos conscientes de la importancia de este asunto y el segmento de la población al que tiene que ir dirigida prioritariamente nuestra atención.

Yo no he presentado enmienda alguna y he escuchado en los portavoces de los grupos enmendantes algunas discrepancias respecto al contenido de la iniciativa original. Por tanto, en función de los argumentos del resto de los portavoces tomaré una decisión respecto a mi voto, si bien mi impresión es que en los últimos cuatro años se han dado avances trascendentes en los que el Gobierno ha sido abanderado y también ha sido estimulado por iniciativas parlamentarias en el Congreso y en el Senado. Como dije, en función del resto de intervenciones tomaré una posición definitiva.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Vasco, tiene la palabra la señora Ardanza.

La señora **ARDANZA URIBARREN**: Entendemos que los datos que aparecen en esta iniciativa son los que el pasado jueves presentó Unicef en esta sede, en el Congreso. Es verdad que a la mayoría nos puso en evidencia y nos impactó que la crisis —aunque ya lo sabíamos, pero con números— es mucho más dura en aquellos hogares con niños y niñas. El Grupo Nacionalista Vasco vuelve a insistir en que para luchar contra la pobreza infantil hay que luchar contra la pobreza de las familias. Para ello debemos llevar a cabo políticas transversales, y estas son fundamentalmente económicas. Queremos dejar claro que la competencia en materia de servicios sociales y de la lucha contra la exclusión y el sistema de protección de la infancia es exclusiva de las comunidades autónomas. No nos vamos a oponer a esta iniciativa, pero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 24

tampoco nos gustaría que precisamente la crisis del sistema de bienestar pueda ser la excusa perfecta para una centralización de las políticas públicas.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Democràcia i Llibertat, la señora Ribera tiene la palabra.

La señora **RIBERA I GARIJO**: Gracias, presidente.

Manifetamos nuestro apoyo a esta iniciativa, como no puede ser de otra manera. De la misma forma nos posicionamos en el Pleno del Congreso cuando abordamos la propuesta formulada por Podemos de llevar hacia delante una comisión permanente para el tema de la infancia. La pobreza castiga a todos los colectivos, pero en especial a este. Así lo demuestran todas las cifras. Uno de cada tres niños —niño/joven— se encuentra en riesgo de pobreza. En el último año, a pesar de que la crisis ha dejado de golpear con la virulencia con que lo hacía, ha incrementado el riesgo de pobreza en función del grupo de edad, de tal forma que, en esta franja de edad, del 31,9% al 35,4% es elevado el riesgo, por lo cual vemos que este es un colectivo bien vulnerable, lo que justifica la concreción de la medida que ha presentado el Grupo de Esquerra Republicana.

A Democràcia i Llibertat no le parece correcto el argumento que acaba de oír por parte de Ciudadanos de que el fondo que se pide, que es de 800 millones de euros a repartir en función de las necesidades entre las comunidades autónomas que tengan competencias, no sea asumible, sencillamente porque le parece a la portavoz que se ha determinado, según ella, de una forma poco precisa. Si el Grupo de Esquerra Republicana fija un fondo mínimo de 800 millones de euros revisable en los sucesivos presupuestos, está estableciendo un mínimo y se pasa de lo abstracto y lo general, en lo que normalmente nos podemos poner de acuerdo los diputados cuando hay buena voluntad, a una propuesta ya concreta que tiene un número, número que también nosotros consideramos mínimo. Si se dice que no se puede dejar esto a las comunidades autónomas sin un plan, sin unos criterios, sin unas indicaciones..., ¡por favor, ya solo falta un manual de instrucciones! Si hasta aquí lo hemos hecho bien, ¿por qué no lo podemos continuar haciendo bien?

Precisamente por esto, nosotros daremos apoyo a la propuesta de Esquerra Republicana, con independencia de lo que haga con relación a esta enmienda.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Para finalizar este turno, tiene la palabra la señora Bonilla Domínguez, del Grupo Popular.

La señora **BONILLA DOMÍNGUEZ**: Gracias, señor presidente.

Señorías, buenos días. La lucha contra la pobreza ha sido y es un objetivo prioritario desde el comienzo de la pasada legislatura y en esta misma desde la convicción profunda de que el empleo es la herramienta fundamental para luchar contra la pobreza, acompañado por supuesto de las prestaciones básicas y servicios de calidad a todos los ciudadanos, pero de una manera muy especial a aquellos que están en una situación de mayor necesidad. España, señorías, fue el país de la OCDE en el que más creció la desigualdad entre 2007 y 2011, según puso de manifiesto la OCDE en un informe publicado el 19 de junio de 2014. El número de personas en riesgo de pobreza aumentó en España de 10,3 millones en 2007 hasta 13 millones a finales de 2012. España había alcanzado cifras récord de desigualdad, pobreza y exclusión y sus magnitudes habían aumentado a mayor ritmo que en la Unión Europea. El número de hogares en que todos sus miembros estaban desempleados se incrementó de forma continua desde 2006, alcanzando en marzo de 2012 un total de 1.728.000, con un aumento de 1.335.000 de hogares con todos sus miembros en paro, una destrucción de empleo que generó una dinámica insostenible de deterioro de las condiciones sociales. Solo indicaré un dato, señorías. Al inicio de la pasada legislatura uno de cada tres niños se encontraba en riesgo de pobreza o exclusión social. A pesar de ello, el anterior plan de inclusión concluyó en el año 2010 y el anterior Gobierno socialista desoyó el mandato parlamentario de aprobar un nuevo plan 2011-2013. En el debate sobre el estado de la Nación celebrado en 2011, la resolución 47 decía que el Congreso de los Diputados instaba al Gobierno a elaborar, en el marco de la estrategia europea 2020, un plan nacional de inclusión social en el segundo semestre de 2011 que tuviera en cuenta la evaluación y resultados del Plan nacional de acción para la inclusión social 2008-2010.

Señorías, el aumento de la pobreza y en especial de la pobreza infantil ha sido, desde el minuto uno, una preocupación constante para el Gobierno del Partido Popular en la Legislatura 2012-2015, por lo que se han ido tomando determinadas medidas dirigidas a hacer frente a este problema que afecta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 25

especialmente a las familias más vulnerables con hijos a cargo. En España, señorías, se han realizado reformas estructurales profundas que han mejorado la situación desde 2011, reformas que han permitido la recuperación económica y una creación de empleo vitales para mejorar el bienestar social de todos los españoles, reformas de amplio calado social dirigidas a las personas y familias más vulnerables. El empleo, las prestaciones sociales y los servicios públicos de calidad constituyen la política más eficaz para luchar contra la pobreza y el riesgo de exclusión, especialmente después de que el paro se duplicara en España durante las dos legislaturas anteriores a 2012, y así lo dicen los informes publicados. Por eso la reforma laboral, la reforma sanitaria, la reforma educativa, la reforma de la dependencia o la consolidación del sistema de pensiones pusieron los cimientos necesarios para dar la vuelta a la situación heredada al comienzo de la Legislatura de 2011. A las reformas mencionadas hay que unir también la reforma fiscal, cuyo impacto es mayor para las familias con menos ingresos y que creó por primera vez en España cheques familiares para familias monoparentales con hijos con discapacidad o dependencia y para familias numerosas.

Además, con el objetivo de hacer frente al impacto que la crisis económica estaba teniendo sobre la sociedad en su conjunto y de forma específica sobre los colectivos más desfavorecidos y la repercusión sobre la infancia más vulnerable, se aprobó mediante acuerdo del Consejo de Ministros de 13 de diciembre de 2013 el Plan nacional de acción para la inclusión social del Reino de España 2013-2016 compuesto por 240 medidas como herramienta principal contra la pobreza y la exclusión social. En el marco de este plan se ha diseñado la primera estrategia nacional integral dirigida a las personas sin hogar. El plan aborda de forma prioritaria la adopción de políticas universales para luchar contra la pobreza infantil, para favorecer el bienestar de la infancia y para el apoyo a las familias dentro de un enfoque estratégico basado en la inclusión activa. Muchas de ellas, señorías, ya se han cumplido y cito algunas: mantenimiento del Plan concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de las corporaciones locales. En 2014 se crea un nuevo fondo extraordinario para la lucha contra la pobreza infantil, con una dotación de 17 millones de euros destinada a las comunidades autónomas para financiar precisamente prestaciones económicas de urgencia social. En el ejercicio de 2015 se creó una nueva partida presupuestaria para programas de apoyo a la familia e infancia, con una dotación de 32 millones de euros sin compromiso de cofinanciación por parte ni de las comunidades autónomas ni de las corporaciones locales. En el presente ejercicio 2016 se ha incrementado esta dotación hasta 48 millones de euros. A las actuaciones anteriores e igualmente en cumplimiento de lo previsto por este plan, también hay que añadir determinadas medidas dirigidas al apoyo a las familias más vulnerables y al desarrollo del nuevo Fondo europeo de ayudas a los más desfavorecidos. Se ha reforzado el Fondo de garantía del pago de alimentos destinado a garantizar, mediante un sistema de anticipos a cuenta, a los hijos menores de edad y mayores de edad con un grado de discapacidad igual o superior al 65% el pago de alimentos reconocidos e impagados establecidos en convenios judiciales de separación o divorcio. Se continúa apoyando a las familias numerosas y a aquellas con todos sus miembros en desempleo. En materia de protección frente al desempleo, se ha dado continuidad y adaptado el programa de recualificación profesional del Plan Prepara. Se ha consolidado —y son muchas las medidas— y se ha hecho más operativo el Fondo social de viviendas. La comisión de seguimiento de dicho fondo acordó el 14 de septiembre de 2015 ampliar en 3.974 el número de pisos destinados a las personas afectadas por la situación de crisis. Finalmente, señorías, con la recomendación de la Comisión Europea de incorporar los nuevos fondos sociales en España, los recursos del Fondo social europeo en el plano nacional estarán dedicados a luchar contra la pobreza en un porcentaje del 25,62%, con lo que se rebasa el mínimo del 20% fijado por la Comisión.

Termino, señor presidente. A pesar de que la gestión de los servicios sociales forma parte del ámbito de las comunidades autónomas, los Presupuestos Generales del Estado han dotado partidas en políticas transversales —ya lo he dicho— tanto en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como en los de Asuntos Exteriores y Cooperación y Agricultura. Señorías, para el Gobierno del Partido Popular ha sido, es y seguirá siendo una prioridad combatir y erradicar la pobreza y poner a disposición de los ciudadanos los recursos suficientes para que puedan tener una vida absolutamente digna y oportunidades de futuro.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: ¿El proponente de la PNL acepta o no las enmiendas presentadas?

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Las del Grupo Ciudadanos y Grupo Socialista no se ajustan al objetivo. La del Grupo Podemos sí.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 26

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien.

- **SOBRE LA MODIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO, RECONOCIMIENTO, INDEMNIZACIONES, EXENCIONES Y PENSIONES VITALICIAS A LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA TALIDOMIDA EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (DEMOCRÀCIA I LLIBERTAT). (Número de expediente 161/000228).**
- **SOBRE LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA TALIDOMIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/000338).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 8.º, proposición no de ley sobre la modificación del procedimiento de diagnóstico, reconocimiento, indemnizaciones, exenciones y pensiones vitalicias a las personas afectadas por la talidomida en España, presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Democràcia i Llibertat), que se debate conjuntamente con la que figura como punto 10.º, sobre la protección de las personas afectadas por la talidomida, del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

Tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Catalán (Democràcia i Llibertat), la señora Ciuró.

La señora **CIURÓ I BULDÓ**: Gracias, señor presidente.

Señorías, buenos días. Hoy volvemos a esta Cámara a tratar un tema muy importante para nosotros. Hemos hecho el seguimiento desde hace varias legislaturas de un tema tan importante como es el reconocimiento de los derechos de las personas afectadas por talidomida. Llevamos como digo un largo camino parlamentario. Hemos celebrado sesiones de la Comisión de Sanidad con diferentes propuestas o proposiciones no de ley. Hemos interpelado al ministro de turno cuando ha sido necesario y hemos cada vez —sí que es cierto— avanzado un poquito en el camino a reconocer a estas personas una reparación de los daños causados como consecuencia de este medicamento.

A aquellos diputados y diputadas que no estén tan familiarizados con esta causa les diré que sobre los años 1955 o 1956 una farmacéutica alemana llamada Grünenthal patentó en España un medicamento que fue prescrito a las madres gestantes cuando manifestaban padecer náuseas o vómitos a causa del embarazo. Por la ingesta de este medicamento que se comercializó en España, como en muchos países de la Unión Europea, se evidenció, sobre 1961, que habían nacido muchísimos niños con graves malformaciones físicas, con acortamiento de extremidades e incluso con falta de las cuatro extremidades. Como digo, en 1961 se determinó que eran consecuencia de la ingesta de esta medicación, que fue retirada en esa fecha, en 1961 en Alemania.

No fue el caso de España. En el Estado español los documentos que tenemos hoy en nuestro poder nos dicen que hasta el año 1985 se estuvieron comercializando medicamentos con talidomida sin la prevención necesaria; por tanto, no se retiraron del mercado. Fue en 1985, como decía, cuando un real decreto del Gobierno recomendaba la prescripción de medicamentos con talidomida con el máximo cuidado, sobre todo para las madres gestantes. Por tanto, ha habido muchísimas mujeres gestantes expuestas a la toma de esta medicación y, en consecuencia y confiando en la prescripción de los facultativos, tomaron esta medicación hasta muy entrados los años ochenta, hasta 1985, como les decía.

Ha habido, desde nuestra forma de ver y entender esta cuestión, una negligencia por parte del Estado, porque no ha conseguido ser diligente en retirar un medicamento que fue retirado en Alemania y que ha causado muchísimo sufrimiento. Creemos que es hora de decir basta, de buscar una solución y de aprovechar la pluralidad de la Cámara para de nuevo traer a colación este debate y conseguir cerrar con un nuevo real decreto la brecha que se abrió entre estas personas y su dignidad y el reconocimiento por parte del Estado. Digo reabrir un real decreto porque fue en 2010 cuando se aprobó en esta casa un real decreto a instancias del Gobierno socialista, que reconocía una serie de protocolos para que las personas que se considerasen afectadas por esta medicación pudiesen obtener ciertas indemnizaciones. El periodo de duración de este real decreto fue muy corto, escasamente tres meses, en los que se exigía, entre otras cosas, que los afectados pudiesen traer recetas o algún tipo de justificante de que sus madres tomaron estos medicamentos, por tanto una *probatio* diabólica, una prueba muy difícil que hizo que muy pocas personas pudiesen acogerse a este real decreto. En consecuencia, fue una media solución o un cuarto de solución que sirvió para que se hablase en esta Cámara de esta cuestión y para que después de sucesivas iniciativas, en este caso de mi grupo parlamentario, hoy estemos aquí para poner fin a esta reclamación tan larga.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 27

Las víctimas de la talidomida se han unido en una asociación que se llama Avite. Han hecho una gran campaña en las redes sociales. Son pocos pero están fuertes porque su reivindicación es justa. Cada vez son menos porque van muriendo y van muriendo solos. Además, han luchado solos ante la justicia, la cual ha dicho que habían prescrito sus derechos de reclamación ante la farmacéutica, ni siquiera reclamaron al Estado, a la farmacéutica. Los plazos de prescripción de la justicia española hicieron que estas personas viesan desatendidas sus peticiones cuando otros ciudadanos europeos, víctimas también por la ingesta de esta medicación, sí tuvieron una respuesta por parte de sus Estados primero y después por parte de la farmacéutica. Entendemos vital el acompañamiento del Estado a estas personas. Entendemos necesario que se repare su mal, que se repare su agravio. Por tanto, esta proposición no de ley tiene la voluntad de sumar las mayorías necesarias para que se aborde por parte del Gobierno de turno. Entendemos que puede ser el que salga en esta legislatura o el que salga inmediatamente después de las eventuales elecciones, pero, de nuevo, si esto decae, se volverá a presentar en sus términos para que el Gobierno de turno, como decía, aborde otro real decreto que sirva para reabrir el de 2010 y se puedan acoger a él el mayor número de personas y, en consecuencia, que se cree una unidad de valoración que permita el acceso de estas personas para que se pueda determinar si su discapacidad es consecuencia de la talidomida y que, como consecuencia de esta determinación, cuente con el seguimiento de esta asociación, Avite, de todos los pasos que se den. Si a resultas de estos análisis se concluye que su daño es a causa de la ingesta de la talidomida, pedimos que tengan acceso a las indemnizaciones justas que por esta cuestión se les deben.

No quiero acabar mi intervención sin hacer necesariamente un reconocimiento —de hecho la transaccional que ahora explicaré lo recoge— a todas las familias, a los afectados, por su lucha, por su constancia y porque han tenido que pasar muchos años hasta que esta Cámara —parece que hoy puede tener cierto éxito, espero— haya podido aprobar esta proposición no de ley. Es un reto que tenemos contraído, es un empecinamiento de esta diputada y de su grupo parlamentario, así como de otros muchos grupos parlamentarios que han luchado por esta cuestión, recogiendo el guante de estas familias, de estas personas, que no han cejado en el empeño, que a pesar de ser pocos y a pesar de estar muriendo por los daños provocados, siguen teniendo la fuerza necesaria para poderlo reclamar. Solicitamos que la transaccional sea apoyada por todos los grupos —la haremos llegar a la Mesa porque está acabándose de redactar— y solicitamos una vez más el apoyo en favor de todas las víctimas de la talidomida.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra ahora el portavoz del Grupo Ciudadanos, señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señor presidente.

El 22 de mayo de 1962 nació en Lieja la hija de Suzanne Coipel y Jean Noel Vandepuut. Esta niña nació sin brazos, sin ano, con grandes deformidades y plagada de angiomas planos. Ante este imprevisto y terrorífico hecho, los familiares solicitaron de inmediato al ginecólogo que acabase con la vida de la pequeña. El médico y la comadrona se negaron rotundamente a hacerlo, pero su médico de cabecera, el doctor Casters, ante la presión de los familiares, accedió a darles una receta de barbitúricos que, suministrada a través del biberón de la niña, acabó con su vida. En España, pocas fechas después, en un pueblo de Barbastro, nació otro pequeño con grandes deformidades en brazos. Su padre, obrero de profesión, dudó por unos instantes sobre tomar la misma dramática decisión que aquellos desgraciados. Afortunadamente para todos nosotros, no fue así. Hoy, Rafael es el vicepresidente de Avite y uno de los escasos centenares de víctimas de la talidomida que aún sobreviven y pelean por que se haga justicia.

No quiero ni por un momento, señorías, que se les tenga lástima, ellos no me lo permitirían. Quiero más bien, señorías, que tomemos ejemplo de su coraje, de su determinación, de su alegría de vivir y de su ejemplo de superación. Hoy, mientras en esta Cámara todos parecemos ensimismados con nuestras propias gracias y perfecciones y somos incapaces de sacar nuestro trabajo hacia delante, Rafael y todas las víctimas de la talidomida podrían servirnos de ejemplo, ejemplo de que nada hay imposible cuando uno deja de mirarse en el espejo y se olvida de sus limitaciones, acortamientos y deformidades mentales e ideológicas. Si fuéramos capaces de seguir su ejemplo, tendríamos la posibilidad de dar a nuestro país el Gobierno que necesita, pero este no es el tema. Estamos aquí para intentar cumplir con una obligación de cualquier Estado democrático que se precie: proteger a sus ciudadanos, reconocer sus errores como tal Estado y compensar los daños producidos por un mal funcionamiento de las instituciones.

Estos son los hechos en resumen. La talidomida, derivado sintético, se registra en 1955 en Alemania por primera vez y posteriormente se comercializa en múltiples países a excepción de Estados Unidos. Se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 28

llegó a vender en cincuenta países con ochenta nombres comerciales distintos. El fabricante indicaba en algunos de ellos que era especialmente conveniente para el embarazo. El fabricante informó de que se habían realizado pruebas de toxicidad en diferentes mamíferos en periodo de gestación, pero mucho más tarde se descubriría que los animales recibieron la talidomida en un periodo de tiempo y dosis equivocados y que, en resumidas cuentas, las pruebas se hicieron de forma incorrecta y los resultados se falsearon.

A los pocos meses de su comercialización en los países donde había sido comercializada, empezaron a producirse nacimientos de bebés con enormes deformidades. Se trataba de la ausencia de miembros superiores o inferiores, graves acortamientos de los mismos, ausencia de dedos en extremidades y otras malformaciones. En el dramático argot de la medicina se denominó a este caso focomelia, por el parecido de sus extremidades con las de las focas. En total, en Alemania nacieron unos 6.000 niños afectados de focomelia, de los que solo sobrevivieron al año unos 4.000; en el Reino Unido se calcula que unos 1.400 niños nacieron afectados de focomelia y en España se calcula que pudieron llegar a los 3.000.

En el año 1961 se descubre la relación entre la talidomida y esta grave deformidad por parte de un médico español, de un médico alemán y de un médico australiano y, tras su comunicación, se suspende inmediatamente la venta del medicamento en Alemania; sin embargo, en España no será así. El 27 de mayo de 1968 se inicia en Alemania la causa criminal contra la Chemie Grünenthal como principal responsable de esta auténtica catástrofe para la humanidad que no puede sino calificarse como crimen contra la humanidad. La sesión final del juicio tuvo lugar el 18 de diciembre de 1970. No hubo ni absolución ni condena porque se llegó a un acuerdo extrajudicial para recibir indemnizaciones millonarias.

Hablemos de lo que sucedió en España, de nuestra responsabilidad. En 1955 comienza la distribución y en 1959 se encuentran seis medicamentos —el Imidan, el Varilal, el Glutonaftil, el Softenon, el Noctosediv y Entero-Sediv—. Según la propia información de la Agencia Española del Medicamento, no es hasta el 21 de enero de 1963 cuando se anula su autorización salvo en el caso del Insonit, que continúa distribuyéndose hasta el 10 de julio de 1969 y figurando en el Vademécum hasta el año 1973, dándose la orden en 1985 de que se le incluya en los medicamentos de especial control. La ausencia de registros farmacéuticos adecuados y la disposición del medicamento sin receta, así como la costumbre española de almacenar fármacos y la deficiente información prolongaron sin duda en nuestro país la distribución del fármaco. Así pues, la reacción del Estado español no puede sino calificarse como desastrosa. Su deficiente sistema de alerta, registro y control supuso un agravante claro de los daños producidos por el medicamento. En España no se creó un registro de embriopatías hasta el año 1976, con lo cual es difícil de valorar el alcance del daño. Únicamente, a día de hoy, ocho españoles fueron recompensados por el Gobierno alemán y Grünenthal tras cumplir estrictos criterios médicos que incluían conservar la receta original de la talidomida, el nombre de la farmacia en la que se compró y el propio recipiente. No es hasta el año 2010 cuando se publica el Real Decreto 1006, en el que se abre un periodo de certificación de víctimas de menos de dos meses entre agosto y septiembre. Este decreto contempla como víctimas de la talidomida a los nacidos entre los años 1960 y 1965, a pesar de saber que la venta y distribución se comenzó antes y que continuó hasta 1973, como hemos dicho.

Así pues, a día de hoy no llegan en nuestro país a medio centenar los reconocidos como víctimas de la talidomida, lo cual no hace sino producir sonrojo teniendo en cuenta el número de víctimas que se calcula hubo en nuestro país. Un Estado que no reconoce sus fallos, un Estado que no repara a las víctimas de su desidia e ineficiencia, un Estado que no consigue que sus nacionales sean tratados en pie de igualdad con los de otras naciones es simplemente un Estado que no es digno de llevar tal nombre. No es el objeto de nuestra propuesta repartir culpas. Han pasado suficientes años y suficientes administraciones para que ninguno —ni siquiera los que entramos ahora— podamos sentirnos libres de culpa. Si callaron las administraciones, otros miramos hacia otro lado. Lo que les proponemos ahora es simplemente cerrar una herida, la herida por la que todos sangramos, la herida de la indignidad, la herida de la desidia y la del abandono. Proponemos también cerrar definitivamente este episodio sin dejar a nadie por el camino. Las lesiones de la talidomida son tan características y poco frecuentes que, en ausencia de otras causas, es difícil atribuirles a un origen distinto. Debemos ciertamente mantener un rigor a la hora de identificar a las víctimas, pero este rigor no debe ser cicatería. Proponemos, pues, la apertura del registro de forma indefinida a fin de que nadie tenga que renunciar a su derecho por el simple hecho de no haber rellenado un formulario. Proponemos también compensar a las víctimas de los daños producidos y ayudarlas con generosidad a recibir las prestaciones ortoprotésicas y médicas que precisen. No queremos, por supuesto, olvidarnos de la responsabilidad de la compañía a quienes trasladamos desde aquí nuestra exigencia de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 29

colaboración en la reparación del daño, pero no por ello podemos negar nuestra responsabilidad como representantes de un Estado negligente.

Señorías, dice el Eclesiastés que hay un tiempo para nacer y otro para morir, un tiempo para plantar y un tiempo para cosechar, un tiempo para matar y otro para sanar. Hagamos de este tiempo un tiempo para sanar, un tiempo para reconocer, un tiempo para construir. Si todo esto no les resultara suficiente, les recomiendo por favor que escuchen las voces que hoy nos recriminan nuestra incapacidad. Les recomiendo que piensen que, en las pocas semanas que nos quedan, al menos tenemos la oportunidad de hacer algo decente, algo que transmita a nuestra sociedad que no solo trabajamos para ganar votantes y permanecer en nuestros escaños, algo que transmita que la política es capaz también de cuidar de los débiles aunque no sean numerosos, que la política es capaz también de cuidar de los pequeños aunque no sean poderosos. Les propongo simplemente que hagamos algo egoísta. Seamos decentes.

El señor **PRESIDENTE**: Iniciamos ahora el turno de defensa de las enmiendas. Han presentado enmiendas prácticamente todos los grupos, excepto el Grupo Vasco. Daremos la palabra por el orden en que se han presentado. Por el Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Gracias, señor presidente.

Un poeta y artista, Joan Brossa, en un haiku, decía: (**Pronuncia palabras en catalán**), es decir: Para moverte has de conmoverte. Pienso que en este caso las conversaciones con Avite, la información que teníamos antes sobre estas personas que han sufrido los efectos de un determinado fármaco, cuya expedición no se fue capaz posteriormente de impedir, nos han conmovido profundamente. Vamos a intentar de una vez por todas, espero, acabar con un agravio comparativo que nuestros tribunales no han sabido superar y sobre el que el Gobierno, a veces fluctuando, ha desandado el camino adecuado. Por eso, nuestro grupo está totalmente de acuerdo con las dos proposiciones que se han presentado.

Ahora bien, hemos hablado con los afectados y nos han propuesto añadir dos puntos que completan las dos proposiciones y que dan seguridad a lo que ahora vamos a aprobar y participación de los afectados en el seguimiento. El punto 10 sería constituir una comisión de seguimiento de estos acuerdos en la que participen representantes de la Administración y de los afectados por talidomida. El punto 11, fijar un tiempo máximo de un año a partir de la aprobación de esta proposición no de ley para que los beneficios de estos acuerdos lleguen a todos los afectados. Pensamos que estas dos enmiendas completan y garantizan dos proposiciones —dos en una— que darán solución definitiva a unos hechos terribles.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Martínez.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Muchas gracias, señor presidente.

Ante estas dos proposiciones no de ley que hacen referencia a las víctimas de la talidomida, ya anuncio mi voto favorable a la par que expreso mi deseo de que culmine un acuerdo transaccional que recoja las enmiendas planteadas por siete grupos parlamentarios. He tenido la oportunidad de repasar algunas iniciativas e intervenciones relacionadas con este asunto aquí en el Congreso de los Diputados y muy especialmente la interpelación al Gobierno que, como esta mañana, la diputada Ciuró i Buldó planteó en el Pleno de la Cámara en el último mes de septiembre. Esa iniciativa del entonces Grupo de Convergència i Unió fue seguida de una moción cuyo texto final fue transaccionado y que recibió un masivo apoyo en forma de votos prácticamente unánime.

Señorías, tampoco tengo dudas sobre el respaldo a las iniciativas que hoy se traen a esta Comisión y que van a permitir una vez más reflejar el respaldo parlamentario a la lucha que las víctimas de la talidomida y la Asociación Avite, que las representa, vienen desarrollando con tenacidad. Efectivamente, como se ha recordado, aproximadamente 3.000 personas en España sufrieron discapacidades por los efectos de este específico que formaba parte de una medicación administrada en mujeres gestantes y que causó malformaciones corporales a sus hijos. El de la talidomida, por dramático, es un caso que forma parte de nuestra historia, porque, aunque son muchos los años transcurridos desde entonces, conserva actualidad, ya que es evidente que aún no se ha dado una respuesta adecuada para que todas las víctimas reciban el trato, las compensaciones y la protección que se merecen, peor aún con la prescripción de las responsabilidades que determinó el Tribunal Supremo, lo que supuso una enorme decepción tanto para los afectados como para la sociedad española en general, que solidariamente ha hecho suyo este problema.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 30

He leído en los correos electrónicos que nos han venido dirigiendo las víctimas a los diputados que hay una evidente responsabilidad del Estado, por cuanto en España —hablamos de los años sesenta— continuaron en el mercado algunos fármacos con este contenido tan nocivo —como han señalado los portavoces de los grupos proponentes—. No obstante, me gustaría señalar algunos hitos, como la reunión que en diciembre de 2014 mantuvo el señor don Alfonso Alonso, apenas recién llegado como ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con los movimientos de personas afectadas por la talidomida para ofrecerles colaboración y estudiar su situación. En cualquier caso, me uno a lo que ya se ha dicho en las intervenciones y al contenido de estas dos iniciativas parlamentarias en el sentido de que ya ha transcurrido un tiempo suficiente para avanzar más que lo que se estableció en el Real Decreto 1006/2010, de 5 de agosto, por el que se reguló el procedimiento de concesión de ayudas a las personas afectadas por la talidomida en España durante el periodo 1960-1965.

He presentado una enmienda de adición a ambas proposiciones no de ley, en la que reconozco que apenas he tenido que esforzarme mucho porque responde precisamente al acuerdo que el Pleno del Congreso tomó a finales de la X Legislatura y que es el resultado, como dije antes, de un consenso amplísimo, porque la Cámara lo respaldó con 319 votos favorables, 8 abstenciones y ningún voto en contra. Constató, sin embargo, que no se ha querido incorporar mi enmienda en el texto transaccional, aunque hay algunos aspectos de aquel acuerdo que, insisto, son muy interesantes y, sin embargo, no se recogen en las propuestas que se han presentado. A mí me parece que aquel mandato del Pleno supuso un avance sustancial y muy definido a favor de las víctimas de la talidomida y que en esta Comisión deberíamos darle prolongación, de ahí que haya presentado esta enmienda de adición que pretende dar continuidad al cumplimiento de la moción consecuencia de la interpelación aprobada en el Pleno del Congreso de los Diputados del 13 de octubre de 2015, que se concretó en una enmienda transaccional de ocho apartados con diferentes medidas a favor de las víctimas de la talidomida. De todas formas, señor presidente, tal como señalé al principio, las dos proposiciones no de ley son necesarias y tratan de que se pueda dar carpetazo definitivo al caso de la talidomida o, lo que es lo mismo, que todas, absolutamente todas sus víctimas, puedan sentirse en lo que cabe resarcidas por el Estado y apoyadas por el conjunto de la sociedad española, que en 2016, tantas décadas después, continúa teniendo una gran deuda moral con ellas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Popular tiene la palabra la señora García-Pelayo.

La señora **GARCÍA-PELAYO JURADO**: Gracias, señor presidente.

En nombre del Grupo Popular, en primer lugar quiero decir que queremos trasladar, igual que hemos hecho siempre, nuestra mayor consideración y respeto a las víctimas de la talidomida porque su vida es un auténtico dolor, están padeciendo las consecuencias de las decisiones de una empresa farmacéutica, Grünenthal, que actuó con total desprecio hacia la vida y los valores humanos más preciados. También quería trasladar nuestro reconocimiento a la asociación Avite, porque han sido capaces de aglutinar a todas estas personas y luchar unidos en la consecución de un objetivo, y es conseguir el reconocimiento de su enfermedad pero también una compensación ya no solamente económica, sino una compensación moral por todo el daño que han venido sufriendo a lo largo de sus vidas. Por lo tanto, en primer lugar pongo encima de la mesa esos dos reconocimientos que hago de corazón y en nombre de mi grupo.

También he de decir que este tema, esta cuestión, este problema, esta cruda realidad no es la primera vez que viene al Congreso de los Diputados, sino que a lo largo de la legislatura anterior, incluso antes, en muchos casos se ha debatido sobre este asunto. Es verdad también que terminó la anterior legislatura con una buena noticia, y fue la aprobación casi por unanimidad de esa moción en relación con las compensaciones y los reconocimientos que había que hacer a las víctimas de la talidomida. Pero también estamos en una nueva legislatura, no sé si será larga o corta, y es necesario que nos pronunciemos nuevamente, ya no solamente que nos pronunciemos, sino que garanticemos a las víctimas que las decisiones que se acuerden se hagan realidad; no podemos hacerlas esperar más.

Quiero anunciarles que el Grupo Popular está trabajando a través de su portavoz, el señor Eiros —que se ha reunido además con la asociación Avite—, para sumarse a la enmienda transaccional que se está elaborando por parte de los distintos grupos políticos. Decía antes que no sé si será una legislatura más corta o más larga, pero creo que todos nos podemos sentir orgullosos y satisfechos con la sensación del deber cumplido en relación con las víctimas de la talidomida, y porque en el día de hoy trasladaremos una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 31

buena noticia, esa que tanto esperan los ciudadanos, y es que hemos sido capaces de ponernos de acuerdo en trabajar por el bien de las personas.

No voy a contar el origen de esta cuestión porque lo ha hecho ya el portavoz de Ciudadanos y lo han hecho también los portavoces que han intervenido antes que yo. Lo que sí quiero decir es que no se ha cumplido con las víctimas a lo largo de todos estos años, aunque tampoco es cierto que las víctimas no hayan sido atendidas, lo han sido por los sucesivos Gobiernos; por el Gobierno socialista, que aprobó el real decreto del año 2010, un real decreto evidentemente del todo insuficiente, prueba de ello es que hoy vamos a aprobar una proposición no de ley en la que pedimos que se modifique y que se ajuste a la realidad de lo que necesitan estos hombres y mujeres; pero es verdad que tuvieron una respuesta. Pero también a lo largo de esta legislatura se han dado pasos que considero que son importantes y que en buena medida han sido respuestas a las propias reivindicaciones que la asociación Avite ha venido haciendo al Gobierno de España, en algunos casos en relación con la jubilación anticipada y, en otros casos, con las prestaciones que perciben, que, insisto, son del todo insuficientes.

Por eso en el día de hoy el Grupo Popular se va a sumar a la enmienda transaccional que va a pedir que se reabra con urgencia el registro contenido en el Real Decreto 1006/2010, de 5 de agosto, para ampliar el alcance, las condiciones y el procedimiento para el reconocimiento a las personas que sufrieron malformaciones corporales durante los años 1955 a 1985. Creo que es importante esta ampliación de fechas; el primer real decreto solamente abarcaba de 1960 a 1965. En segundo lugar, vamos a solicitar que a los efectos de la determinación se constituya una unidad de diagnóstico de daños por talidomida en colaboración con las comunidades autónomas a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Nos vamos a sumar a la petición para que la unidad que se cree tenga en cuenta criterios científicos aceptados internacionalmente, sin ánimo ninguno de poner en cuestión los trabajos que se están realizando por parte de los expertos del Instituto de Salud Carlos III. Queremos también que se proceda a indemnizar a los pacientes de acuerdo con una tabla de valoración de discapacidad, así como que se paguen unas prestaciones justas, en todo caso con un plazo máximo del año 2018, que es lo que ellos mismos nos solicitan en los escritos que nos han dirigido; que se faciliten los tratamientos rehabilitadores y ortoprotésicos; que se analicen las exenciones fiscales y tributarias, que se abra también un periodo para exigir a la compañía Grünenthal que se moje, que se retracte en España igual que lo ha hecho en otros países, y en eso creo que todos tendremos que ir de la mano.

Advierto que evidentemente la aprobación de esta enmienda transaccional llevará consigo obligatoriamente no solamente la revisión del real decreto del año 2010, sino que obligará también a modificar alguna legislación en vigor actualmente que afecta fundamentalmente a los tratamientos rehabilitadores y ortoprotésicos o, por ejemplo, en lo que se refiere a las prestaciones.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Alconchel.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, desde el Grupo Parlamentario Socialista lo primero que queremos hacer es un reconocimiento a las personas afectadas por su lucha y por su tesón a la hora de hacer frente a una injusticia que calificamos todos como flagrante y que sin duda debe ser reparada, y también por la aportación que han hecho las víctimas, a través de su sufrimiento, a la sociedad, en el ámbito de la investigación y de la implantación de nuevos sistemas de farmacovigilancia.

Queremos decir que inevitablemente existe una obligación directa de reparar el daño por parte de la empresa Grünenthal, que no advirtió de los efectos del medicamento, que engañó a las madres que lo tomaron, que engañó a los profesionales que lo prescribieron y que ha generado dolor y sufrimiento a las víctimas y a sus familias, y que además se ha negado a responder ante las personas afectadas en España, mientras sí lo ha hecho en otros países. Pero no podemos olvidar, señorías, que las personas afectadas también han sido víctimas de la inacción del Estado español durante muchísimos años, demasiados años; un Estado que no actuó a tiempo para evitar la administración masiva del medicamento una vez que se conocieron sus efectos adversos, y un Estado que no estableció los mecanismos para resarcir los daños, mientras otros países sí iban reconociendo las consecuencias del medicamento e iban reparando esos daños. Este agravio llevó a que unas doscientas personas afectadas en el año 2003 crearan la asociación Avite para llevar a cabo sus reivindicaciones de forma organizada.

En el año 2009 el Gobierno socialista reconoció la jubilación anticipada a las personas con anomalía congénita secundaria de talidomida y en el año 2010, con el real decreto por el que se reguló el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 32

procedimiento de concesión de ayudas a las personas afectadas por talidomida en España durante el periodo 1960-1965, es cuando se hace efectivo el compromiso del Gobierno socialista, que ya había tenido reflejo en los presupuestos generales de aquel año para abordar esta problemática, se aprobó el protocolo para determinar las víctimas de este fármaco y se estableció el derecho a una indemnización entre 30.000 y 100.000 euros en función del grado de discapacidad causado por la medicación. A día de hoy parece que hay un consenso, parece que todos somos conscientes de que el decreto debe ser revisado y mejorado, todos somos conscientes. Pero también es justo reconocer que fue un primer paso para el reconocimiento de las víctimas de talidomida y para establecer una serie de procedimientos para exigir el resarcimiento por las consecuencias del consumo del medicamento, aunque tenemos que seguir avanzando. Tenemos que seguir avanzando en función de las nuevas necesidades y de las nuevas informaciones y datos que se van obteniendo.

Si la historia de la talidomida en España ha sido la historia del horror, del abandono y del agravio comparativo durante largos años, desde la sentencia del Tribunal Supremo de septiembre de 2015 la situación requiere aún más una actuación decidida por parte del Estado, porque tenemos una sentencia en la que los magistrados del Alto Tribunal consideran indudable que los daños que sufren los afectados se debieron a la talidomida, pero entienden que los hechos han prescrito, por lo que ahora a través de Avite los afectados tienen que continuar la lucha por medio de recursos ante el Tribunal Constitucional. Ante la falta de voluntad de la empresa para resarcir los daños y ante una respuesta judicial que ha declarado prescritos los hechos —me pregunto si las lesiones, las malformaciones, los daños físicos y morales también prescriben—, está claro que es nuestro Estado quien debe dar una respuesta. No podemos quedarnos impasibles viendo la lucha de las víctimas a través de Avite, víctimas que están siendo protagonistas de una trágica y vergonzosa historia, porque no olvidemos que su sufrimiento ha reportado muchísimo a la sociedad, como decía al principio. La tragedia de la talidomida obligó a los Gobiernos progresivamente a emitir normas y reglamentos que garantizan la seguridad en el uso de los medicamentos. Han obligado a la creación de centros de farmacovigilancia y sistemas para detectar las reacciones adversas de los medicamentos comercializados. En materia de ensayos clínicos con nuevos medicamentos, supuso el inicio del desarrollo de una estricta normativa sobre productos en fase de desarrollo para garantizar la seguridad y se propició la creación de comités de ética y de investigación para controlar el desarrollo de la investigación clínica en humanos. Por otra parte, la experiencia clínica de la talidomida y otros medicamentos en mujeres embarazadas propició en algunos países la elaboración de recomendaciones de uso de los medicamentos durante el periodo de gestación y su clasificación en categoría. Además, el colectivo de afectados en España ha desarrollado una intensa actividad en todos los ámbitos, encaminada no solo al reconocimiento por parte de la multinacional farmacéutica y del Estado español de sus responsabilidades, sino que también ha aportado nuevas informaciones, por ejemplo en cuanto a las fechas durante las cuales las distintas presentaciones comerciales del fármaco fueron distribuidas en España.

¿Cuánto debemos como sociedad a estas víctimas? Debemos muchísimo, y por eso no podemos quedarnos impasibles viendo cómo la empresa indemniza a las víctimas en otros países y en España los somete a un periplo judicial para evitar darles respuesta. No podemos conformarnos con que el Estado español no evalúe, actualice y mejore, adaptando a estos nuevos conocimientos, la normativa del año 2010, incluso el Parlamento Europeo. Hay que recordar, señorías, que por unanimidad ha instado a España a la aplicación de medidas concretas a favor de las personas afectadas. Las responsabilidades legales de la empresa parece que han prescrito, pero lo que nunca prescribe son las responsabilidades morales, éticas y sociales.

El Grupo Socialista también comparte ese ánimo de predisposición al diálogo y al consenso planteado por los distintos grupos que han presentado una enmienda transaccional, esperando que seamos capaces de ponernos de acuerdo, de poner encima de la mesa los intereses de las víctimas de la talidomida, de darles la respuesta tan ansiada, tan esperada, por la que tanto han luchado y que por fin pongamos un punto final a esta trágica historia de la distribución de medicamentos en España.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Podemos-En Comú Podem-En Marea tiene la palabra la señora De la Concha García.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 33

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Gracias, señor presidente.

Hoy se presenta una proposición no de ley transaccionada por dos grupos parlamentarios. Tras conversaciones con Avite —todos los compañeros y compañeras que estamos aquí nos hemos reunido con ellos—, afortunadamente compruebo que prácticamente todas sus peticiones se incluyen en esta PNL que vamos a apoyar. Nosotros habíamos presentado una enmienda pidiendo que se creara un comité de seguimiento en el que participaran las asociaciones de las víctimas, pero veo que se ha recogido aquí, con lo cual con mayor motivo vamos a apoyarla.

Quiero añadir poco más. Todos los grupos se han interesado por el tema. La documentación y los datos que aportan coinciden con los que nosotros tenemos, por lo que tengo poco más que añadir. Recuerdo cuando mi padre, un pediatra típico de la España de los años cincuenta, apareció en casa con el medicamento milagroso. Se lo trajo como un regalo a mi madre, una mujer que tuvo catorce embarazos en dieciséis años y que tenía mareos constantes durante los mismos. Llegó mi padre y dijo: Matilde, mira lo que te he traído, un medicamento alemán estupendo con el que se te va a acabar la historia de los embarazos. Y mi madre respondió: Ya sabes que yo embarazada, ni aspirina. Porque entonces también se creía que la aspirina era una buena cosa para las embarazadas. Mi madre siempre pensó a quién le llevó mi padre ese medicamento, que había sido el regalo de una farmacéutica, a quién le hizo ese regalo envenenado, de forma que cada vez que había noticias sobre el tema de la talidomida en mi casa se hablaba de ello como algo muy cercano. Mi madre siempre decía: el niño de esta foto podría ser un hijo mío, este podría ser vuestro hermano. Si la sociedad pensara más a menudo en que esta podría ser mi hija, en que este podría ser mi bebé o en que este podría ser mi hermano no tendríamos que discutir las cosas durante tanto tiempo, no tendríamos que pensar quién presenta esta solución o esta otra y qué nos conviene más decir.

Tengo aquí un resumen cronológico de los hechos y es una locura. Empieza en 1954 con la patente de la talidomida, el año en que yo nací precisamente, luego hay datos de 1957 y de 1960 y después hay un salto gigante hasta que en 2003 unos doscientos afectados se asocian en España. ¿Qué tipo de Estado es un Estado que no sale a socorrer a los desvalidos, que tiene que esperar a que esta gente se organice, demande y se dedique a peregrinar de un sitio a otro, de una instancia a otra, viendo cómo les deniegan lo que es evidente que merecen, finalmente por prescripción, al cabo de cincuenta años? ¿Qué tipo de Estado es este? Deberíamos ir a la base —este podría ser mi hijo, esta podría ser mi hermana— y recordar los derechos recogidos en el artículo 25 de la Declaración de Derechos Humanos. Solo con que se aplicara nada de esto se habría producido. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, los servicios sociales necesarios. Tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad y vejez o en caso de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad. ¿Cuál es la voluntad de un feto? Vamos a apoyar esta enmienda transaccional y esperamos, como se ha dicho aquí, que por fin esto no sea papel mojado, que se lleve a cabo. Estas personas nos dicen que se están muriendo y nos piden un plazo hasta el 2018. Sea quien sea quien esté en el Gobierno, que este plazo se cumpla.

El señor **PRESIDENTE**: Entramos ahora en el turno de fijación de posición. Tiene la palabra por el Grupo Vasco la señora Ardanza.

La señora **ARDANZA URIBARREN**: Gracias, señor presidente.

Nos vamos a sumar a las dos iniciativas, tanto a la de Democràcia i Llibertat como a la de Ciudadanos, y desde luego nos alegra muchísimo que haya habido una posibilidad de transaccionar esta proposición. Las personas que han padecido los efectos de la talidomida llevan demasiados años esperando justicia y reparación y es un momento importante para ellos. Aquí se han comentado las fechas en las que empezaron y estamos hablando de personas que ya pasan de los cincuenta años y que tampoco tienen muchos más años para esperar a que los políticos nos pongamos de acuerdo en decidir si, efectivamente, tienen derechos o no. Me ha alegrado muchísimo que todos los grupos políticos, sobre todo los mayoritarios, puedan hacer realidad este anhelo que tienen y me gustaría que de la misma forma que pusieron muchas expectativas cuando se publicó el Real Decreto 1006/2010, que al final no culminó ni de cerca las aspiraciones de estas personas, esto salga adelante por unanimidad, que por fin la lucha y la tenacidad que han demostrado las personas afectadas por la talidomida se vea reflejada y vean cumplidos sus derechos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 34

— RELATIVA A LA EFECTIVA INCLUSIÓN SOCIAL Y LA LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DE LA POBLACIÓN GITANA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000334).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 9.º del orden del día, relativo a la efectiva inclusión social y lucha contra la discriminación de la población gitana.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Romero.

La señora **ROMERO RODRÍGUEZ**: Gracias, señor presidente.

Señorías, en primer lugar, antes de iniciar la defensa, quiero agradecer al Grupo Podemos-En Comú Podem-En Marea y al Grupo Ciudadanos que hayan aceptado el texto transaccional que hemos presentado a la Mesa para su aprobación.

La comunidad gitana, presente en España desde el siglo XV, se caracteriza por mantener históricamente una identidad cultural propia y por poseer una trayectoria marcada, al igual que en el resto del mundo, por procesos de exclusión social. A pesar de que esta población está presente en Europa desde hace siglos, a día de hoy muchos de ellos siguen sufriendo exclusión y rechazo social. Conscientes de esta situación, tanto los poderes públicos nacionales como los internacionales han puesto en marcha políticas orientadas a garantizar la protección de los derechos fundamentales de este colectivo. Gracias a estas actuaciones, la población gitana en España ha experimentado en términos generales importantes avances en los últimos años; sin embargo, consideramos que hay que seguir avanzando. Por ese motivo, el Gobierno —ahora en funciones— del Partido Popular, con el objetivo de alcanzar una sociedad de ciudadanos libres e iguales en la que todos los españoles tengamos los mismos derechos y obligaciones sin discriminación alguna diseñó y apoyó instrumentos como la Estrategia nacional para la inclusión social de la población gitana en España 2012-2020; una iniciativa que está beneficiando a alrededor de 750.000 personas, de las que, según el VII informe sobre exclusión y desarrollo social en España, de 2014 y de la Fundación Foessa, un 54,4% se encuentra en riesgo de exclusión severa.

Por otro lado, se ha puesto también en marcha por el Gobierno del Partido Popular el Plan nacional de acción para la inclusión social 2013-2016, programa que incluye como objetivo concreto la atención especializada de colectivos específicos que por sus particulares características estén expuestos a un mayor riesgo de pobreza y exclusión social, como es ciertamente el caso de la población gitana. Por ello creemos que es imprescindible seguir avanzando, porque si bien es cierto que el perfil de la población gitana es muy heterogéneo, al igual que lo es el de la sociedad española, de la que son dignos merecedores de ser iguales en derechos y en obligaciones, tanto las administraciones implicadas como el propio colectivo al que se ha hecho partícipe de la estrategia estiman que para lograr la plena inclusión en condiciones de igualdad del colectivo gitano se ha de seguir actuando en cuatro áreas clave: educación, empleo, vivienda y salud. En consonancia con ello y teniendo muy en cuenta la recomendación de diciembre de 2013 del Consejo de la Unión Europea, que insta a todos los Estados miembros a aplicar en todas las esferas de la sociedad medidas de lucha contra la discriminación y el prejuicio contra la población gitana a través de medidas como elevar la concienciación sobre las ventajas de la integración, elevar la concienciación del público en general sobre las distintas naturalezas de las sociedades y evitar comportamientos que podrían incitar a discriminar a la población gitana, presentamos esta proposición no de ley, para erradicar prejuicios y promover un real conocimiento de la realidad de la sociedad española, de la que forman parte.

Para finalizar, y en este sentido de erradicación de prejuicios, como todas sus señorías saben, la presencia más destacada de la población gitana es en mi tierra; son 270.000 gitanos andaluces, con quienes vivimos y tenemos lazos personales y familiares. Lamentablemente, tengo que volver a hacer hoy aquí la denuncia que ya hizo en la pasada legislatura mi compañera del Grupo Popular, Silvia Heredia, diputada por Sevilla y gitana. El 25 de marzo de 2015 se manifestaba en esta misma Comisión contra programas de televisión como *Los Gipsy Kings*, de Cuatro, que manchan y perjudican la imagen social de la comunidad gitana; un rechazo que el pasado 8 de abril, Día Internacional del Pueblo Gitano, denunciaba el Secretariado Gitano en un vídeo cofinanciado por el ministerio. Me uno a ese rechazo y espero que reconsideren este tipo de contenidos televisivos, porque denigran la identidad de los gitanos. Espero que, con las aportaciones de los grupos, esta PNL sirva para que el año que viene no estemos denunciando otra vez lo mismo. Cierro con la frase que el Secretariado Gitano pedía en ese vídeo: telebasura no es realidad.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 35

El señor **PRESIDENTE**: Se han presentado dos enmiendas a esta PNL.

En primer lugar, por el Grupo Ciudadanos, tiene la palabra el señor Pracht Ferrer.

El señor **PRACHT FERRER**: Buenos días a todos.

Señorías, en materia de inclusión social y lucha contra la discriminación de la población gitana, todavía queda mucho camino por recorrer. Si bien en las cuatro áreas fundamentales de las que trata la Estrategia nacional para la inclusión social de la población gitana en España 2012-2020, educación, empleo, vivienda y salud, ha habido avances significativos en las últimas décadas, los últimos datos que conocemos al respecto, que datan de 2007, son francamente mejorables. A continuación expondré una serie de datos que así lo atestiguan.

En materia de educación, existen claros avances en las tasas de escolarización de los menores en las etapas de educación infantil y primaria. Pese a ello, siguen siendo inferiores al del conjunto de la población. El absentismo escolar y el abandono prematuro siguen alcanzando niveles preocupantes. La presencia de jóvenes gitanos en estudios superiores sigue siendo muy escasa. En lo que se refiere al empleo, la población gitana posee una alta actividad, sobre todo por cuenta propia, concentrándose un elevado porcentaje, casi el 40%, en el sector de la venta ambulante. En materia de salud, existen peores resultados en indicadores generales con respecto al conjunto de la población, incluso con grupos en peor situación económica. Por ejemplo, existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayor frecuencia de estilos de vida poco saludables en este conjunto poblacional en comparación con otros, fruto de la pobreza en la que están sumergidos. En materia de vivienda, se ha mejorado significativamente el acceso de este grupo poblacional a viviendas residenciales; sin embargo, el 12% de la población gitana continúa viviendo en infraviviendas o en entornos chabolistas. Con el fin de solucionar los problemas anteriormente nombrados, a principios de la pasada legislatura se creó la Estrategia nacional para la inclusión social de la población gitana en España 2012-2020.

Todos aquí somos conscientes de que las estrategias o planes son ineficaces si no tienen una correcta evaluación que pueda corregir sus disfuncionalidades. Sin embargo, a fecha de hoy desconocemos en qué estado de implantación y desarrollo se encuentra la misma estrategia. Esta señala que se desarrollará en planes trienales en los que participen ministerios, comunidades autónomas y población gitana evaluándose los mismos para actualizar los objetivos. Desde el año 2012 ya habríamos cumplido el primer trienio de implantación, y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no ha publicado dato alguno sobre dicho plan trienal. De hecho, la estrategia señala textualmente que en las fases intermedia y final se llevarán a cabo encuestas desde una perspectiva longitudinal y en congruencia con las utilizadas para marcar los objetivos de la estrategia. Estos estudios se llevarán a cabo en dos ciclos: uno previo a 2015, que permitirá aportar informaciones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos intermedios, y otro en 2020, que arrojará información sobre los resultados finales.

Pues bien, a fecha de hoy, 19 de abril de 2016, no existe rastro de los estudios previos a 2015 que señala la propia estrategia. Pese a que el actual plan operativo corresponde a los años 2014-2016, los plazos de evaluación incluidos en la estrategia inicial se están incumpliendo claramente. Por ello, hemos presentado una enmienda de adición a la PNL del Grupo Parlamentario Popular, para instar al Gobierno a que se evalúe la implantación y desarrollo de esta estrategia sin más demora.

Gracias, señorías.

El señor **PRESIDENTE**: Para presentar la otra enmienda, por el Grupo de Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Domínguez.

La señora **DOMÍNGUEZ ÁLVAREZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Diputados, diputadas, al Grupo Parlamentario Podemos-En Comú Podem-En Marea nos alegra que, en esta primera sesión de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales de la XI Legislatura, el Partido Popular haya optado por presentar una proposición no de ley relativa a desarrollar acciones para la erradicación de los prejuicios existentes hacia la comunidad gitana, una población que cuenta con más de 750.000 gitanos y gitanas en nuestro país, que a día de hoy no gozan de igualdad en el reconocimiento ni de su historia ni de su cultura y que permanecen atados a unos prejuicios sociales injustos e incomprensibles en el siglo XXI. No obstante, debemos señalar que no compartimos muchas de las estrategias que se han desarrollado hasta ahora para erradicar estos prejuicios ni muchas de las estrategias que se han desarrollado para atender a la población de gitanos y gitanas en nuestro país, que han quedado arrinconadas dentro de políticas asistenciales de los servicios sociales en lugar de abordar causas más

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 36

estructurales. Tampoco compartimos el reduccionismo de hablar de la realidad gitana, porque la realidad gitana no es unívoca sino heterogénea, fruto de la riqueza histórica y cultural con la que cuenta esta comunidad.

Incluir un enfoque más integral y apostar por soluciones más estratégicas y estructurales es lo que ha fundamentado la presentación de las enmiendas de nuestro grupo parlamentario, que gratamente han sido transaccionadas con los grupos Popular y Ciudadanos. Consideramos que en el centro de los prejuicios racistas específicos hacia la población gitana, es decir, en el centro del antigitanismo, está la invisibilización y el desconocimiento de su historia y de su cultura, y es ahí donde debemos poner el acento, implicando su abordaje no solo desde políticas de intervención de los servicios sociales, sino de una manera mucho más intersectorial: desde la comunidad educativa —especialmente desde los primeros ciclos de la infancia y también desde las universidades—, o a través los medios de comunicación y de los agentes públicos. La verdadera inclusión se producirá cuando la diferencia no sea un motivo de desprecio ni de recelo, sino un aprendizaje horizontal entre personas gitanas y no gitanas.

La Guía de recursos contra el antigitanismo, impulsada por fondos europeos, refiere al antigitanismo como aquel racismo de tercera importancia; como un racismo que no necesita ser sancionado social y políticamente. Sin embargo, todos los estudios nos hacen mirar hacia una misma dirección: el antigitanismo es el racismo más permitido y explícitamente compartido por amplios sectores de nuestra sociedad europea actual, y permítanme ponerles dos ejemplos de esta permisividad: actualmente se sigue manteniendo en la definición de gitano la acepción de trapacero, término que ha sido matizado gracias a una movilización del Movimiento asociativo de gitanos y gitanas. En realidad, este movimiento solicitaba la eliminación de esta acepción, buscando una definición más correcta y respetuosa de gitano que todavía, a día de hoy, no ha llegado. El segundo ejemplo de esta permisividad son las continuas expulsiones sufridas por la comunidad gitana. Se calcula que tan solo en 2015 en nuestro país vecino, Francia, 11.000 gitanos y gitanas fueron expulsados sin ninguna solución de realojamiento, en contra de lo que dice la propia ley francesa, pero, desgraciadamente, estos no son hechos aislados. En Europa continuamente se están produciendo ataques contra esta comunidad. Ayer una guardería de niños y niñas gitanos en Zagreb, Croacia, sufrió un ataque con bombas, y esto es algo continuo en Croacia, Francia o Italia.

Señorías, desde los poderes públicos debemos adoptar una respuesta y una actitud más rotunda de condena ante estos hechos para que el racismo contra la comunidad gitana no sea el más permitido. Considero que las declaraciones institucionales de nuestros representantes, así como de los medios de comunicación, juegan un papel estratégico para revertir esta permisividad y que las manifestaciones etnocéntricas y discriminatorias contra la población gitana sean condenadas con la misma contundencia con la que condenamos las actitudes racistas, sexistas o xenófobas.

Quiero terminar recordando que son los hechos los que construyen una sociedad más justa e igualitaria, y no las palabras cargadas de buenas intenciones. A pesar de las importantes contribuciones que la cultura gitana ha hecho a Europa y a España —especialmente a Andalucía—, sigue existiendo una infrarrepresentación gitana en las políticas gubernamentales y en los poderes públicos. El 20 de diciembre concurrimos a las elecciones con una de nuestras candidaturas encabezada por una mujer gitana, María José Guru. En esta ocasión, Podemos no consiguió ese escaño, pero seguiremos trabajando para que nuestras instituciones se parezcan cada vez más a la gente que representan; para que ese aprendizaje horizontal e igualitario entre personas gitanas y no gitanas sea una realidad en nuestras instituciones y en nuestras políticas públicas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Entramos en el turno de fijación de posiciones de los grupos. ¿Desea intervenir el portavoz del Grupo Vasco? (**Denegación**). Por el Grupo Mixto, el señor Martínez tiene la palabra.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Intervengo con mucha brevedad, para señalar que esta es una buena iniciativa y que ha sido bien planteada por la portavoz del Grupo Popular, que además ha permitido formular una enmienda transaccional que amplía el objetivo de la proposición no de ley inicial.

Siempre que llegan este tipo de iniciativas relacionadas con la población gitana, inevitablemente —supongo que algunos de ustedes, también— me traen el recuerdo de un diputado que hubo en la Transición española, el señor Ramírez Heredia, que era gitano y que luchó mucho por su pueblo y por su gente. Nos hacía llegar periódicamente el periódico llamado *Nevipens Romani* —noticias gitanas—, que nos permitía estar muy al corriente de la problemática que sufría la población gitana en España.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 37

Desde los tiempos de la Transición se ha avanzado mucho, pero todavía queda muchísimo por hacer, y me alegro de la voluntad de entendimiento parlamentario que se plasma en torno a esta iniciativa —muy bien defendida por la diputada Romero, del Grupo Popular—, que naturalmente va a contar con mi voto favorable.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Catalán Democràcia i Llibertat, tiene la palabra la señora Ribera.

La señora **RIBERA I GARIJO**: Gracias, presidente.

Seré muy breve. Nos vamos a posicionar a favor de esta iniciativa. También hemos tenido la posibilidad de acceder a la transaccional —cosa que agradecemos a la portavoz del Grupo Popular—, la cual votaremos favorablemente. Cualquier pueblo que, por las circunstancias que sea, viva en condiciones de vulnerabilidad merece todo nuestro respeto, todo nuestro apoyo y, por tanto, que votemos a favor de esta iniciativa. En 2015 conmemoramos los seiscientos años de la llegada del pueblo gitano a Cataluña. Existe un plan integral que abarca hasta este año 2016, pero como lo bueno no impide lo mejor, anuncio nuestro voto favorable.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Próximamente pediré una mesa de reserva para no perder la ubicuidad, pero la compañía también es grata, así que no hay ningún problema. **(Risas)**.

Un educador social gitano de Girona me decía que gitano ha sido durante muchos años un adjetivo y no un sustantivo. Se ha hablado de gitano como adjetivo y la población gitana quiere ser sustantiva, porque tiene una cultura, porque tiene una lengua y tiene una historia. Permítanme que piense —puede que algún día proponga— la necesidad de reconocer a los gitanos como nacionalidad, porque la población gitana tiene todos los componentes de una nacionalidad.

Muchas veces en España ser diferente ha estado muy mal visto, y una de las dos Españas, de aquellas que nos hielan el corazón, han entendido o entienden que solo hay una manera de ser español, lo cual topa con el gitano sustantivo, que no quiere ser integrado sino que quiere ser reconocido. La integración es una palabra de doble filo que a veces lleva a la desmemoria. Yo prefiero recordar a Lorca en su *Romancero Gitano*: ¡Oh ciudad de los gitanos! En tus esquinas banderas. /... ¡Oh ciudad de los gitanos! ¿Quién te vio y no te recuerda? Porque en este poema también hay una parte negra: la represión a esta manera diferente de ser gitano, aquella trashumancia histórica del gitano que era mal visto porque no estaba en un barrio determinado y no vestía ni vivía como los otros. Decía Lorca: Sus caballos negros son. / Sus herraduras son negras. / Sobre las capas relucen manchas de tinta y de cera. / Tienen, por eso no lloran, de plomo las calaveras. / Se refería a una manera de hacer de la Guardia Civil, a una manera de hacer, que no de la Guardia Civil, que servía en los ámbitos agrarios de represión de los diferentes. Está bien, más vale tarde que nunca, que reconozcamos que la diferencia enriquece, también en otros aspectos y en otras nacionalidades. Atención, la diferencia enriquece. Si lo tuviésemos claro, habríamos dejado de tener determinadas situaciones muy difíciles, muy difíciles, para los gitanos. En este sentido, respeto y reconocimiento. Puede que este sea también un buen camino para recorrer conjuntamente otras nacionalidades o naciones. **(El señor Igea Arisqueta pide la palabra)**.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Igea, tiene la palabra.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Solo queríamos intervenir para lamentar que se haya aprovechado esta ocasión para hacer una referencia a la Guardia Civil, que es sin duda una de las instituciones claves de este país y a quien tanto agradecemos. **(El señor secretario segundo, Olòriz Serra: Hay que escuchar)**.

El señor **PRESIDENTE**: Seguimos. Tiene la palabra la señora Peña, del Grupo Socialista.

La señora **PEÑA CAMARERO**: Señorías, la población gitana ha sufrido históricamente situaciones injustas de desigualdad y discriminación, y es uno de los grupos sociales más afectados por la exclusión social. Los socialistas, comprometidos con la población gitana, hemos desarrollado desde el Gobierno avances para dignificar su vida: desde la palanca que supone el desarrollo del Estado del bienestar hasta la creación del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, desde la constitución de la Fundación Instituto de Cultura Gitana hasta la creación en 2010 del primer Plan de acción para el desarrollo de la población

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 38

gitana y, en 2011, la aprobación de la estrategia para la inclusión de la población gitana, que se señala en la proposición que viene hoy a debate. Por cierto, una proposición que es una estupenda declaración de intenciones, una iniciativa positiva. Cualquiera diría que la presenta un partido de la oposición y no el partido que sustenta al Gobierno, entre otras cosas, porque a la vista de los presupuestos destinados a integración, atención y sensibilización, la realidad nos dice que el Partido Popular, partido proponente, no ha hecho bien la tarea; diríamos que ha obviado los compromisos que hemos de tener a favor de la inclusión de la población gitana en España, porque el Gobierno actual, que es quien tiene capacidad plena de acción para desarrollar actuaciones para la erradicación de los prejuicios existentes hacia la población gitana y procurar la atención a la inclusión de su población, ha hecho lo que no hay que hacer. ¿Y qué es lo que no hay que hacer? En situaciones como la que vivimos en este país de crisis económica y de crisis social recortar a los que más lo necesitan, a los más débiles, a los primeros a los que acecha la pobreza y la exclusión social. Son muchos los colectivos afectados en nuestro país, y dentro de ellos, de esos colectivos sobre los que es obligación trabajar, está la población gitana. Quiero recordar que antes de la crisis, en 2007, las personas de etnia gitana en nuestro país en exclusión moderada eran el 62,5% de su población y, en exclusión severa, se encontraba una minoría, el 34%. Unos años después, en 2014, con los últimos datos del Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, la situación moderada de la etnia gitana la experimenta el 28,8%, mientras que la gran mayoría experimenta exclusión severa, más de un 75%, es decir, se ha doblado el número de personas afectadas por la exclusión severa.

Pues bien, ante una situación difícil, ¿qué ha hecho el Partido Popular en el Gobierno? Déjenme, señorías, que les señale algunos datos significativos. El Plan de desarrollo gitano ha sufrido un escandaloso descenso en su presupuesto: en el año 2012 había más de 1.065.000 euros destinados a este plan; para este año, 2016, los presupuestos aprobados del Partido Popular no dejan más que 412.000 euros; el Plan de atención a la infancia y a las familias ha descendido también un 13% en solo cuatro años. Y ahora es verdad que venimos a hablar de compromiso. Compromiso son más que palabras, son hechos, y la labor de este Gobierno, como digo, deja mucho que desear. Compromiso es lo que sí tienen las organizaciones gitanas. Desde el Grupo Socialista no quiero desaprovechar la oportunidad de agradecer a estas organizaciones su trabajo. Saben que queremos ser sus compañeros de viaje. Con ellas compartimos, además, que la estrategia aprobada en 2011, la estrategia nacional de inclusión de la población gitana, ha de ampliar sus ejes de intervención actuales —vivienda, salud, empleo y educación— a los ámbitos de la cultura y la lucha contra la romofobia. También entendemos que se debe impulsar la creación de la delegación del Gobierno para el pueblo gitano como órgano político y administrativo de coordinación y evaluación de las acciones del Gobierno para la población gitana, y de colaboración con el resto de administraciones públicas, autonómicas y locales para promover políticas de desarrollo de la comunidad y la población gitana en nuestro país.

El Partido Socialista va a votar favorablemente esta propuesta transaccional porque compartimos el fin de alcanzar la igualdad de trato, porque es necesario evaluar esta estrategia para avanzar y porque el impulso de un código ético y la condena de actos racistas debe ser una realidad más pronto que tarde. Es verdad que la apoyamos, pero también mostramos nuestra preocupación. Las políticas públicas respecto a la población gitana en nuestro país necesitan presupuesto, compromiso real, menos palabras y más realidades.

Muchas gracias.

— RELATIVA A DESBLOQUEAR LA PARALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE ADOPCIÓN EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/000363).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto orden del día, número 11.º, relativo a desbloquear la paralización de los procesos de adopción en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. Tiene la palabra la señora Reyes.

La señora **REYES RIVERA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, si hay una cuestión que trata a una sociedad, esa es la manera en que se abordan los problemas de los sectores más vulnerables, por ejemplo, la infancia. El tratamiento de un tema así también retrata a los Gobiernos y a los partidos políticos, y en estas cuestiones el Gobierno español, que parece haberse asentado cómodamente en la interinidad, ha hecho ya durante demasiado tiempo dejación de funciones.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 39

La protección de la infancia para Ciudadanos es un tema prioritario y, como la adopción es una de las medidas de protección del menor reconocida por la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, Ciudadanos presenta hoy una iniciativa para instar al Gobierno a desbloquear la parálisis existente en los procesos de adopción para las familias de nuestro país. Las adopciones internacionales, como nos apuntan varias asociaciones que conocen a fondo la problemática, se encuentran bloqueadas por una cuestión de falta de desarrollo reglamentario y, en definitiva, de falta de voluntad política. En España el gasto en protección social de la infancia y la familia solo supone el 1,4 del PIB. Por otro lado, si nos remitimos a la asignación de fondos públicos vía Presupuestos Generales del Estado, no nos quedan muy claros los criterios que se siguen para repartir las ayudas entre las asociaciones dedicadas a temas de familia e infancia. A pesar de la importante labor social que desempeñan las asociaciones y los organismos acreditados para la adopción, ninguno de ellos recibe financiación pública, cuando sí la reciben, por ejemplo —no tenemos nada en contra de ellos, pero simplemente queremos manifestarlo—, los *boy scouts* católicos, las Juventudes Socialistas, etcétera.

¿Dónde están las prioridades del Gobierno en funciones? Parece ser que los asuntos de infancia no se encuentran entre ellas, a pesar de que hay cifras que hablan por sí solas, como los más de 120 millones de niños y niñas huérfanos que hay en el mundo, según datos que nos daba el otro día Unicef, o los más de 16.000 niñas y niños que hay en España en centros de acogida, o las 33 familias que están a la espera de poder tramitar un proceso de adopción. Esto se traduciría, señoras y señores diputados, en 33.000 hogares para 33.000 de estos niños.

La adopción internacional es para muchas personas la única alternativa para formar una familia, de la misma manera que para muchos menores es la única medida de protección posible. Tengamos en cuenta que se trata de menores en situaciones extremas en cuyos países no existe un entorno familiar adecuado. En todos estos procesos evidentemente el principal motor debe ser siempre el interés superior del menor en la línea de todos los instrumentos jurídicos de orden nacional e internacional de los que España es signataria como la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, el Convenio de La Haya, la Ley 54/2007, de Adopción Internacional, o nuestra propia Ley 26/2015, de Protección a la Infancia. Esta última ley despertó muchas expectativas en las asociaciones sin ánimo de lucro relacionadas con las adopciones, que esperaban que se diera impulso a los procesos de adopción. Esto, sin embargo, no ha sido así. A pesar de que España tiene acuerdos bilaterales con cerca de cuarenta países para llevar a cabo adopciones, la mayoría de estas vías son inaccesibles para las familias adoptantes, ya sea por barreras burocráticas o jurídicas que lo impiden. ¿A alguien le parece razonable que un proceso de adopción internacional tarde de media unos tres años y uno de ámbito nacional unos siete? Solo un año ya es vital para el desarrollo de un menor. ¿Verdaderamente se está teniendo en cuenta el interés superior de los menores en estos procedimientos o, por el contrario, se está obstaculizando mediante el cierre de vías de adopción? Los organismos acreditados para la adopción denuncian, además, que los cierres de los países se llevan a cabo sin tener en cuenta sus informes y sus recomendaciones, cuando estos son las que conocen de primera mano la situación en el terreno. La Convención de Naciones Unidas sobre derechos del niño obliga a los Estados parte, mediante su artículo 21, a establecer un sistema de garantías por las que el interés superior del menor se convierta en el eje central. El apartado b) de este artículo señala, y cito textualmente: «Los Estados parte reconocerán que la adopción en otro país puede ser considerada como otro medio de cuidar del niño, en el caso de que este no pueda ser colocado en un hogar de guarda o entregado a una familia adoptiva o no pueda ser atendido de manera adecuada en el país de origen». En su apartado e), se dice: «estos Estados promoverán, cuando corresponda, los objetivos del presente artículo mediante la concertación de arreglos o acuerdos bilaterales o multilaterales, y se esforzarán dentro de este marco por garantizar que la colocación del niño en otro país se efectúe por medio de autoridades u organismos competentes».

Las organizaciones que trabajan en estos procesos de adopción tienen una función de intermediación delegada por ley entre las autoridades y las familias adoptantes, pero ni unas ni otras entienden por qué otros países europeos están adoptando en unos cuarenta países, mientras esas mismas vías permanecen cerradas en España supuestamente en base a unos informes consulares —es lo que nos dicen— que ni siquiera son de acceso público. Según ellos, hay niños y niñas muriendo en orfanatos de terceros países, mientras miles de familias españolas están dispuestas a adoptar, pero solo pueden hacerlo en seis países, tras un largo y lento proceso.

Por todo lo que hemos expuesto, Ciudadanos presenta las siguientes propuestas. Uno. Trabajar para aprobar con carácter de urgencia por tratarse de un asunto de interés general el reglamento de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 40

Ley 26/2015 de Protección de la Infancia. Dos. Convertir la adopción, tanto nacional como internacional, y el acogimiento de menores en asuntos prioritarios en la agenda política española. Tres. Abordar de manera integral y coordinada la problemática y las barreras legales y administrativas que las entidades especializadas en el sector y las familias adoptantes se encuentran en la práctica. Cuatro. Impulsar procesos de apertura de nuevas vías de adopción internacional y, en especial, con los cuarenta y cinco países en los que el resto de la Unión Europea ya está tramitando expedientes de adopción sin mayores problemas. Cinco. Mejorar los sistemas de tramitación, suspensión o prohibición de adopciones internacionales, incidiendo en mayores niveles de transparencia. Seis. Crear un registro central de familias adoptantes y de niños susceptibles de ser adoptados para toda España, de manera que exista una mayor coordinación y agilización.

El señor **PRESIDENTE**: Hay una enmienda presentada a esta proposición no de ley del Grupo Podemos. Tiene la palabra la señora Terrón.

La señora **TERRÓN BERBEL**: Muchas gracias, señor presidente.

Diputados y diputadas, a nivel general estamos de acuerdo con la proposición no de ley, pero queríamos presentar tres enmiendas que tienen que ver con matizar algunas cosas, por ejemplo, la supervisión y la gestión de las entidades acreditadas e incidir en facilitar los trámites y la accesibilidad a la adopción. ¿Por qué estas enmiendas? Porque consideramos que los encargados de velar por el cumplimiento de los derechos de la ciudadanía tienen que ser los servicios públicos y, en las ocasiones en las que esta gestión sea delegada a una entidad externa, tiene que ser supervisada siempre por los servicios públicos, porque tienen que atender a su propia naturaleza que es la de responder a los movimientos del funcionamiento social y favorecer el acceso a los derechos y deberes en igualdad. Tal como plantea la proposición no de ley y según Unicef, en el mundo hay 120 millones de huérfanos y en España 16.000 niños que están esperando en centros de acogida. A su vez, 33.000 familias españolas están esperando para adoptar. Esto no tiene sentido cuando, además, en las diferentes entidades de los defensores del pueblo se presentan bastantes quejas sobre la dificultad en los trámites y de los elevados costes que suponen los informes de seguimiento y los informes de idoneidad. Los servicios públicos tienen que facilitar al máximo los trámites y, a quienes cumplan las condiciones necesarias para el acceso a la adopción, hay que hacérselo posible y ofrecer esas posibilidades y esas facilidades, para que esa gente que se lo está pensando decida dar el paso y no todo lo contrario, dificultar cada vez más cuando tenemos 16.000 niños, solo en nuestro país, esperando por una familia. Además, en cumplimiento de la ley hay que facilitar las condiciones de espera. Eso quiere decir que hay que priorizar a las familias de acogida en vez de a los centros de acogida. Es cierto que eso está en la ley pero esta no siempre se cumple.

Comento seguidamente las quejas que llegan a los defensores del pueblo. La actualización de la valoración de idoneidad en muchas comunidades autónomas es un servicio financiado por copago. Eso quiere decir que hay familias que pagan a empresas intermediarias. Con el informe del seguimiento sucede algo parecido. Son realizados por la misma empresa contratada y costeados en su integridad por familias conforme al compromiso asumido con el correspondiente país. También supone coste para las familias los costes de traducción y la legalización de los documentos. Sin embargo, volvemos a reiterar, deben ser los servicios públicos los garantes del cumplimiento de los derechos y de la calidad de vida y tienen que asegurar el acceso en condiciones de igualdad, en consonancia con esos principios del bienestar social. Cualquier desvío de funciones a entidades privadas debe estar previamente justificado y siempre atendiendo a criterios sociales en beneficio del bienestar social porque, además, tratan asuntos de interés público.

Esos criterios de privatización o externalización a terceras empresas no pueden ser exclusivamente económicos con la excusa del abaratamiento. Además, un servicio público prestado de manera directa genera un gasto, y es el gasto para cubrir el servicio. Cuando ese servicio público se gestiona de manera externa genera dos gastos: el gasto para cubrir el servicio y el gasto que supone el beneficio de las arcas de la empresa privada. Por tanto, si el gasto va directo, la calidad siempre será mucho mayor y, si la calidad es mayor, garantiza el cumplimiento de los derechos. Eso es lo que queríamos matizar porque, en general, estamos de acuerdo con la proposición no de ley y si se acepta nuestras enmiendas, votaremos a favor.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 41

El señor **PRESIDENTE**: Entramos en el turno de fijación de posición. Por el Grupo Parlamentario Mixto tiene la palabra el señor Martínez.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Gracias, señor presidente.

Con esta proposición no de ley se plantea una cuestión de gran trascendencia como es el de la adopción y el acogimiento de menores, cuestión en la que las Cortes Generales han promovido cambios legislativos e impulsado medidas para favorecer los procesos de adopción. También han realizado muy profundos trabajos que, por su extensión y la relevante participación de expertos y de personas con un gran conocimiento en esta materia, han estimulado avances en una cuestión que, sin lugar a dudas y como refleja la iniciativa defendida por la portavoz de Ciudadanos, es de absoluto interés general. Permítanme que por ser testigo directo ponga en valor los trabajos que se culminaron hace diez años en el Senado, tras una importantísima Comisión especial sobre la adopción internacional que trabajó casi dos años, desde marzo de 2002 hasta diciembre de 2003, en un absoluto clima de consenso político, animados por el deseo compartido de dar adecuada respuesta a las numerosas cuestiones planteadas por el rápido crecimiento de la adopción internacional en nuestro país, a partir de la ratificación, en 1995, del Convenio de la Haya, de 29 de mayo de 1993, sobre protección del niño y cooperación en materia de adopción internacional. También este Congreso de los Diputados ha permitido que se celebrasen sesiones con diferentes iniciativas parlamentarias que acreditan el interés y la preocupación sobre este tema. De hecho, en el mes de julio del año pasado el Pleno del Congreso dio luz verde a la Ley de protección a la infancia y la adolescencia, que es una buena ley, en la que se incorporaron modificaciones en el sistema de adopción, como es el caso de la creación del sistema de adopción abierta que permite que el menor adoptado mantenga contacto con su familia biológica en los casos en que quiera y pueda hacerlo. Esta nueva ley también establece criterios comunes para preparar la adopción a padres que lo son de acogida y reguló el derecho de los menores a conocer su origen y su pasado, entre otros aspectos.

Por hacer un poco de historia, en España la entrada en vigor de la Ley 21/1997, de 11 de noviembre, provocó un vuelco en la concepción de la institución jurídica de la adopción al establecer varios elementos clave respecto a la configuración de la adopción como un elemento de plena integración familiar, el interés del menor adoptado que se sobrepone a los otros intereses legítimos que se dan en el proceso de la constitución de la adopción y, finalmente, se impulsó el papel de las entidades públicas con competencia en materia de protección de menores. Previamente, una ley orgánica, la Ley 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, respecto a la adopción nacional e internacional introdujo determinadas e importantes exigencias como la del requisito de idoneidad de los adoptantes. Es cierto que habiéndose producido en España avances legislativos muy sustanciales, el proceso de adopción es muy complicado y así lo han dicho las dos anteriores portavoces que me han precedido en el uso de la palabra. Es muy complicado, es largo en el tiempo y no exento de muchas y grandísimas frustraciones. En nuestro país hay más de 30.000 familias que han alcanzado la idoneidad pero el número de menores adoptables es muy pequeño y también los requisitos de adopción internacional se han endurecido muchísimo por las modificaciones legislativas en los países de origen, aunque España continúa cultivando los convenios. No obstante, cabe señalar que desde 2009 a 2015 en España se produjeron más de 12.000 adopciones internacionales y que existe una coordinación interautonómica, con la participación de varios ministerios y las comunidades autónomas, para facilitar una mayor colaboración y también para aplicar una política consensuada y homogénea en esta materia, encaminada siempre a las mayores garantías para los menores.

No quiero extenderme más pero sí quiero señalar que estamos ante un nuevo Parlamento, con una composición más heterogénea y vemos bien que se revitalicen iniciativas sobre una cuestión tan relevante como la que se plantea. El Gobierno y las comunidades autónomas tienen establecidos unos procedimientos para la adopción, para el acogimiento familiar o para la adopción de menores convivientes que están fundamentados en la experiencia pero todo lo que redunde en beneficio de esta materia me parece que tiene que ser apoyado y por eso votaré a favor de la iniciativa original o la transnacional que se pueda firmar.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Ardanza tiene la palabra por el Grupo Vasco.

La señora **ARDANZA URIBARREN**: Es más que evidente que la adopción nacional e internacional está considerada como una medida de protección, que debe responder siempre al interés superior del

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 42

menor, sin que deban tenerse en cuenta otros intereses ajenos al mismo. El derecho a la adopción es el derecho de un niño o una niña a desarrollarse en un entorno familiar y no el derecho inexistente de un adulto a tener una persona a su cargo. Por supuesto, la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989 y la Convención de La Haya de 1993 relativa a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional constituyen el marco de principios y derechos que deben guiar todas las intervenciones y derechos que se adopten en relación con los menores de edad y, en especial, con aquellos que se encuentren en situación de desprotección.

Hay que recordar que la Convención sobre los Derechos del Niño, al referirse a la adopción internacional, establece que la misma debe ser utilizada siempre como el último recurso, una vez agotadas las posibilidades de medidas de protección en su propio país. También hay que dejar claro que no todos los niños y niñas que se encuentran necesitados de protección son susceptibles de adopción. El niño o niña adoptable es aquel que no solamente reúne las condiciones legales para ello, sino que además sus circunstancias personales, psicológicas y sociales así lo recomiendan. Es importante poder distinguir entre las personas menores de edad necesitadas de una medida de protección institucional y las personas menores de edad adoptables. Esta cuestión creemos que es fundamental ya que puede haber muchos niños y niñas en el mundo que necesiten y han necesitado medidas de protección pero esto no quiere decir que sean adoptables.

En cuanto a las medidas que se proponen en esta proposición no de ley, quiero decir que al Grupo Parlamentario Vasco le consta que por parte de la Dirección General de Servicios de la Familia y la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la reunión celebrada el 22 septiembre de 2015, se ha solicitado a todas las comunidades autónomas que pasen sus propuestas para la elaboración del reglamento. Mientras se esté produciendo el desarrollo de este reglamento, nos consta que se está funcionando como se estaba haciendo anteriormente con las ECAI, las anteriores entidades acreditadas. Respecto a ese comentario que se hace en la proposición de que al no haber ese desarrollo reglamentario, esa inoperancia está suponiendo una asfixia para las entidades, creemos —y así nos lo han confirmado— que no en toda su totalidad tiene que ver con que no haya un reglamento, sino que la realidad es que la adopción internacional está disminuyendo día a día y eso es lo que está suponiendo que haya ciertos retrasos. También se indica en esta proposición no de ley que la falta de desarrollo reglamentario ha paralizado todos los procedimientos de adopción nacional y, desde luego, en el País Vasco no es así y también nos consta que en otras comunidades tampoco.

En cuanto a los tiempos de espera, no todas las adopciones nacionales se sitúan en una media de siete años y es verdad que la mayoría de las internacionales superan los tres años, pero también hay que decir que el retraso en las adopciones internacionales se produce fundamentalmente por los procedimientos y por las mayores exigencias de los países de donde proceden estos menores. También quiero resaltar que el sistema de tramitación o suspensión de las adopciones internacionales ha sido transparente y consensuado entre todas las comunidades autónomas dentro de la Comisión autonómica de directores, teniendo en cuenta los informes remitidos por las embajadas españolas y por otros elaborados por organizaciones internacionales reconocidas, como puede ser Unicef. Es cierto que en algunos casos no coinciden los informes de las embajadas con los proporcionados por los organismos acreditados para la adopción, pero la práctica ha confirmado que los informes remitidos por las embajadas normalmente reflejan la fiel situación del país en cuestión.

En cuanto al punto 7 —y por no extenderme más—, el acceso de los organismos acreditados para la adopción a los fondos necesarios para el ejercicio de sus funciones, entiendo que está haciendo referencia a que los mismos puedan ser financiados o subvencionados por las administraciones públicas. Este es un tema muy controvertido y el Grupo Vasco se muestra en contra de él ya que entendemos que son las familias que tramitan las adopciones internacionales a través de estas entidades las que contratan sus servicios y, por lo tanto, deben abonar los precios establecidos, aunque también reconocemos que cuando estos procedimientos pueden ser paralizados por motivos varios, se pueden producir problemas financieros para estas entidades. Así y todo, es responsabilidad de las familias.

Por todas estas razones, vamos a votar en contra de esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Catalán (Democràcia i Llibertat), señora Ribera.

La señora **RIBERA I GARIJO**: Gracias, señor presidente; gracias también al compañero de Esquerra Republicana. Seré superbreve.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 43

Vamos a votar en contra básicamente porque lo que se está pidiendo exige el desarrollo y aplicación de una ley que materializa una invasión competencial. Estamos de acuerdo en facilitar las adopciones y en todo lo que beneficie a los menores pero también estamos de acuerdo en que las cosas que estaban funcionando bien no se estropeen.

Esta es nuestra posición.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Gracias, señor presidente.

Comparto las dos últimas intervenciones, especialmente la de Pilar Ardanza, que ha explicado los fundamentos y el sistema actualmente vigente. Posiblemente sea uno de los sistemas que funciona mejor entre comunidades y con el Estado, no de ahora sino desde hace bastante tiempo. Manifiestamente mejorable, sin duda, y las enmiendas del Grupo Parlamentario Podemos-En Comú Podem-En Marea irían en este sentido de mejorar, pero el contexto no es el adecuado. Si el texto de Podemos yo lo haría mío, el contexto no es el de esta Comisión sino que sería el de las comunidades autónomas y el de la coordinación comunidades autónomas y Estado español.

Por esta razón, votaremos en contra.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra doña Elvira Ramón Utrabo.

La señora **RAMÓN UTRABO**: Gracias, presidente.

Mi grupo comparte el objeto de esta proposición no de ley porque creemos que es necesario avanzar en todos aquellos ámbitos relacionados con la protección de la infancia. Y no podemos olvidar que la adopción es una medida de protección a la infancia en la que, como se ha dicho anteriormente, debe primar siempre el interés superior del menor.

España es un país que tiene un gran número de familias que se ofrecen para adoptar. Pero en la actualidad hay muchas barreras burocráticas y jurídicas que hacen que el proceso de adopción, tanto a nivel nacional como internacional, sea largo y complejo, lo que ha llevado junto a otras causas, no son solamente estas, a un descenso progresivo en el número de adopciones en nuestro país. Esta iniciativa aborda diversos aspectos de la adopción que deben ser mejorados y mi grupo está de acuerdo con ellos. Entendemos que es necesario fomentar una mayor coordinación y agilización de los procesos de adopción y desbloquear los procesos en espera. En el ámbito internacional, a pesar de que España ha firmado convenios bilaterales de adopción internacional con unos 40 países, en la práctica solo utiliza de manera efectiva unos pocos mientras que otros países de la Unión Europea tienen vías abiertas de adopción con unos 45 países.

Esta inquietud no es nueva para el Grupo Parlamentario Socialista. Mi grupo registró en la pasada legislatura una proposición no de ley en la Comisión de Asuntos Exteriores que resultó rechazada por los votos en contra del Grupo Parlamentario Popular. El argumento que utilizaron en aquel momento para rechazar nuestra iniciativa fue que se estaba tramitando la actualización de la legislación de protección a la infancia. Era mayo de 2014 y en agosto de 2015 se aprobó la nueva legislación. Fue un valioso tiempo perdido cuando de lo que estábamos hablando era del bienestar de miles de niños y niñas. Pero lo peor no es esto. Lo peor es que la nueva ley, la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, no ha supuesto en la práctica ningún avance. Y no lo ha supuesto porque existen multitud de aspectos que para surtir efecto necesitan de un desarrollo reglamentario y el Gobierno del Partido Popular no ha llevado a cabo ninguno de estos desarrollos.

El desastroso resultado de esta gestión nefasta es que en muchos aspectos, singularmente en lo relativo a la adopción internacional, la nueva ley no ha previsto qué ocurriría mientras los desarrollos reglamentarios no se aprobaran, generando una situación de confusión y de vacío legal intolerable. Y pongo un algún ejemplo. En octubre de 2015, en escrito emitido por la directora general de Servicios para la Familia y la Infancia, en contestación a cuestiones planteadas por la federación Adoptamos, textualmente se afirmaba: Todas aquellas cuestiones respecto de las cuales la Administración General del Estado asume competencias a partir de la entrada en vigor de la Ley 26/2015, pero cuyo ejercicio requiere desarrollos reglamentarios que determinen los términos y procedimientos de acuerdo con lo dispuesto en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 44

la misma, continuarán ejerciéndose por las comunidades autónomas hasta la entrada en vigor de los citados desarrollos reglamentarios. Sin embargo, este criterio ha sido posteriormente desmentido por la propia directora así como por los responsables autonómicos. El resultado es, como decía anteriormente, la confusión absoluta y la desregulación en una materia que afecta a los más débiles, que es la infancia en desamparo. Esta cuestión la aborda el apartado 1 de esta proposición no de ley, pero nos parece tan grave que nos comprometemos, si los tiempos de la actual legislatura nos lo permiten, a registrar una iniciativa que se dirija de manera específica a exponerla y a buscar una solución de inmediato. El resto de los apartados de esta iniciativa también los compartimos. Pero con ánimo constructivo haré un par de apreciaciones sobre el apartado 6, porque si bien entendemos lo que pretenden, nos parece que la redacción puede llevar a confusión.

Compartimos que es necesario aumentar la coordinación entre las comunidades autónomas para agilizar la puesta en marcha de medidas de protección, acogimiento o adopción para determinados menores cuando no hubiese en su comunidad autónoma ofrecimientos de familias y sin embargo sí los hubiera en otros territorios. Pero entendemos que su propuesta tiene dos defectos, por así decirlo. El primero se centra fundamentalmente en la mención que hace a la legislación internacional. No entendemos esa referencia a la legislación internacional ya que escapa del ámbito de nuestras propias competencias. El segundo es que pretenden crear algo que ya está previsto en la ley, si bien es cierto que no se ha puesto en marcha pues forma parte de las medidas que el Gobierno del Partido Popular ha dejado sin desarrollar. No es necesario partir de cero ya que la propia ley, la Ley 26/2015, de 18 de julio, concretamente en su disposición adicional quinta, dice lo siguiente: Las administraciones públicas realizarán las actuaciones necesarias para establecer un mecanismo eficaz que permita la asignación a familias adecuadas de aquellos menores con un perfil determinado en cuya comunidad autónoma no existan ofrecimientos de familias para acogimiento o en su caso adopciones.

Esta disposición adicional quinta de la ley se introdujo mediante una enmienda de mi grupo ya que daba solución a un problema planteado. Lo único que hace falta es un Gobierno que de verdad quiera avanzar y mejorar la situación de los niños y niñas que se encuentran en situación de desamparo.

Muchas gracias.

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

La señora **MARCOS MOYANO**: Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías; o buenas tardes, casi.

Las adopciones internacionales es cierto que han sufrido un descenso importante tanto en España como en el resto de países de acogida. Aún así, España es el tercer país del mundo que más adopta, solo superado por Italia y Suecia. Pero para entender este descenso, conviene que dejemos claro el contexto general, no solo el español, y no perder de vista las legislaciones de los países de origen. En primer lugar, muchos de los países de origen han mejorado sus políticas de protección a la infancia y potencian otras medidas, como la ayuda a las familias o el acogimiento familiar o la adopción nacional, en detrimento de la adopción internacional. En segundo lugar, en ciertos países de origen han reorientado el perfil de los niños y niñas adoptables, aumentando el número de menores con necesidades especiales, mayores de siete años y con distintos grados de discapacidad. Este es el caso de China, donde las adopciones internacionales de niños con necesidades especiales es hoy del 80%. Y también hay países que ponen como condición indispensable que los adoptantes practiquen su misma religión. En tercer lugar, quiero remarcar que actualmente hay 35 países abiertos a la adopción internacional y con aquellos con los que no hay acuerdo, la razón fundamental es porque no ofrecen suficientes garantías jurídicas. Porque, señorías, lo primero es la protección a la infancia.

Con esto quiero decir que la causa, ya no solo del descenso de adopciones internacionales sino también de los largos tiempos de espera, que en el caso de China es verdad que llega hasta los diez años, está en los países de origen y no en la legislación española. Ustedes mismos, el Grupo Parlamentario Ciudadanos, reconocen en su exposición de motivos que la Ley 26/2015, de 28 de julio —ley, por cierto, del Partido Popular— supone un avance sustancial y que mejora algunas de las deficiencias detectadas en la aplicación de la ley anterior. Y efectivamente es así. Es una ley más moderna y más garantista. Pero lo que no admitimos en ningún caso es que digan que el Gobierno se excusa en su interinidad para bloquear su propia ley. Le aseguro, señoría, que nadie tiene más interés que el Gobierno de España y que el Grupo del Partido Popular en que el desarrollo de esta ley se lleve a término. Nosotros fuimos los impulsores y para nosotros es un tema prioritario.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 45

Pero deberían saber también que el desarrollo reglamentario de esta ley es complejo. No solo porque atribuye al Estado competencias que estaban en las comunidades autónomas, sino porque además afecta a distintos departamentos ministeriales y porque se ha de tener en cuenta a todos los agentes implicados. Y deberían saber también que lo que piden en su proposición no de ley no lo puede hacer un Gobierno que está en funciones. Las competencias limitadas de un Gobierno en funciones son las mismas, independientemente del tiempo que dure esa situación, ya sea un mes o cuatro meses. Estaremos ante una situación poco habitual pero, por muy inusual que sea, está dentro de las previsiones constitucionales. Que el Gobierno en funciones se cifa a cumplir con el mandato que le asigna la Constitución no es una excusa, señorías, es una obligación y es impropio e irresponsable que alguien en esta Cámara se refiera a ello con ese término.

Nada más y muchas gracias.

— RELATIVA A LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS PARA REFORMAR EL ACTUAL SISTEMA DE COPAGO FARMACÉUTICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 161/000464).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos entonces al punto número 12 del orden del día, relativo a la adopción de medidas para reformar el actual sistema de copago farmacéutico, del Grupo Parlamentario Podemos-En Comú Podem-En Marea. Tiene la palabra la señora Sibina.

La señora **SIBINA CAMPS**: Gracias, presidente.

Diputadas, diputados, quiero empezar dejando claro que esta es una proposición no de ley que no nos gusta presentar, aunque pueda resultarles raro que empiece así. En Podemos-En Comú Podem-En Marea tenemos claro que el copago farmacéutico es un impuesto a la enfermedad que es intolerable en un país como el nuestro. ¿Qué hacemos aquí discutiendo cuánto tiene que pagar o copagar una persona que cobra 1.000 euros al mes cuando en este país la evasión y la elusión fiscal de las grandes fortunas son el pan de cada día? ¿Qué hacemos aquí discutiendo cuánto tiene que pagar un enfermo por un medicamento cuando en este país se blindan los beneficios de las constructoras, se pagan comisiones ilegales y cada día se privatizan servicios saltándose la ley? La verdad es que el solo hecho de estar en esta sala discutiendo estas cosas, mientras en la sala de al lado se perfeccionan los sistemas legales del saqueo a lo que es de todos, es bastante triste.

A pesar de todo esto, somos conscientes de que aún no tenemos la fuerza suficiente para poner fin a todos estos atropellos y somos conscientes de que las mayorías son las que son y que, de momento —e intuyo que por muy poco tiempo—, tendremos que seguir luchando a la contra, arañando cada victoria y cada mejora en las condiciones de vida de las personas; hace años que lo hacemos y podemos seguir haciéndolo un tiempo más. Por eso, hoy no venimos a proponer cosas que sabemos que no forman parte del ADN de la mayoría de los partidos aquí representados, sino que venimos a proponer simplemente reducir un poco el impacto del desastre causado por las decisiones tomadas en esta Cámara. El copago farmacéutico ataca directamente a una de las funciones de los sistemas sanitarios, la protección frente a gastos catastróficos, y supone un incremento en el gasto de bolsillo de la población, gasto que en muchos casos puede poner en peligro su capacidad para satisfacer el pago de otros bienes básicos como la vivienda o el consumo energético.

Con el Real Decreto 16/2012 se introdujeron algunas modificaciones, alguna claramente positiva como la exención a desempleados sin prestación, y otras claramente negativas como el incremento en el porcentaje de copago de la población activa, olvidando establecer un límite máximo mensual o trimestral en su aportación. Esta reforma no se evaluó, de modo que el impacto de la misma sobre la equidad del sistema y el acceso a medicamentos tenemos que conocerlo por datos indirectos. Estos datos indirectos, extraídos de la muestra española de la última encuesta europea de salud y compartidos por las conclusiones del informe del 2015 de la Defensora del Pueblo, señalan que: primero, las personas de clase baja tienen cinco veces más riesgo de no poder acceder a medicamentos por motivos económicos; segundo, la población menor de sesenta y cinco años presenta un riesgo mayor de no poder disfrutar del acceso al medicamento y, tercero, la población con enfermedades crónicas también encuentra más dificultades por motivos económicos que la población sin enfermedades crónicas.

Estas desigualdades se acentúan cuando entra en juego la interseccionalidad, de modo que el grupo de personas con mayores dificultades para acceder a medicamentos por motivos económicos son las personas de clases sociales bajas, menores de sesenta y cinco años y con enfermedades crónicas. Es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 46

para la defensa del derecho a la salud de estas personas y para la mejora de la equidad en nuestro sistema por lo que realizamos las siguientes propuestas para que sean aprobadas en esta Comisión: la primera propuesta es que se implante de forma inmediata un mecanismo de evaluación periódica del impacto del copago sobre la población así como del gasto de bolsillo, de modo que se puedan identificar aquellos colectivos más desfavorecidos por las políticas generadas desde las instituciones públicas. Segunda, que se implante con la mayor celeridad un sistema de límites máximos trimestrales de copago para la población activa. Estos topes se podrían implantar de una forma temprana, utilizando los intervalos de rentas que se utilizan para el pago del IRPF y los topes mensuales de copago de la población pensionista, de manera que se propone un sistema que quedaría de la siguiente manera: las rentas anuales menores de 12.450 euros quedarían exentas del pago; en rentas anuales entre 12.450 y 20.200 se establecería un límite máximo trimestral de 24,69 euros al trimestre; en rentas anuales entre 20.200 y 35.200, el límite se establecería en 55,56 euros al trimestre; en rentas anuales de 35.200 a 60.000, el límite máximo sería de 185,25 al trimestre, y en rentas superiores a 60.000 euros no existiría límite superior.

Otra propuesta que ponemos sobre la mesa consiste en revertir la desfinanciación de medicamentos realizada a inicios de la legislatura anterior, que tenía como criterio el que dichos medicamentos fuesen destinados a tratar síntomas menores. Ese criterio es acientífico y hace que muchas personas incurran en gastos importantes para poder aliviar muchos de sus sufrimientos cotidianos. Es por ello que creemos que han de reintroducirse aquellos medicamentos que, teniendo una relación coste-efectividad favorable y aportando valor terapéutico, fueran desfinanciados en algún momento. Otra propuesta sería realizar un listado de medicamentos esenciales para tratar patologías crónicas que deban quedar exentos de todo tipo de copago para todos los niveles de renta, maximizando la protección frente a gastos catastróficos.

Algunos dirán que no hay dinero y entonces tenemos que recordarles que lo habrá si se llevan a cabo las eternas promesas de financiación selectiva de medicamentos basadas en el valor terapéutico; que habrá si se redistribuye desde otras partidas, y sobre todo que el impacto real sobre las arcas públicas es mucho menor que el beneficio sobre las personas que exceden los límites marcados por nuestra propuesta. Otros dirán que somos incoherentes en nuestro planteamiento sobre el copago pero insistiremos en que nuestro objetivo final no ha cambiado, que la enfermedad no sea un estratificador económico y que la redistribución de renta se lleve a cabo por medio de la reforma fiscal. Pero sabemos que eliminar el copago no se hará de hoy para mañana y creemos necesario ir marcando el camino a seguir mientras tanto, un camino que debe llevar en cada paso impreso su ánimo de proteger a los más desfavorecidos y al sistema sanitario, y todo ello con solvencia técnica, y eso es algo que nuestra propuesta cumple.

Como ven, no venimos a proponer nada del otro mundo; venimos a proponer que acepten una serie de medidas muy por debajo de lo que se podría hacer si de verdad hubiera voluntad política. Dejamos esta propuesta sobre la mesa conscientes de que en realidad se puede hacer mucho más pero que hoy, con las mayorías que tenemos, como mínimo nos podemos permitir corregir errores de bulto de cómo se han hecho las cosas hasta ahora.

Ya termino. Dejamos esta propuesta sobre la mesa mientras seguimos trabajando para cambiar estas mayorías que hoy nos obligan a discutir cuánto dinero tiene que pagar un mileurista mientras la evasión, la prevaricación y los privilegios siguen marcando la vida de millones de personas. Dejamos esta propuesta sobre la mesa sabiendo que el tiempo de discutir sobre los límites de los derechos de las personas mientras unos pocos saquean impunemente, está llegando a su fin.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Hay dos enmiendas presentadas a esta proposición no de ley. Tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Catalán (Democràcia i Llibertat), la señora Ribera.

La señora **RIBERA I GARIJO**: Gracias, presidente.

En relación con esta propuesta, hemos presentado unas enmiendas que pretenden que se respeten desde luego, como siempre venimos pidiendo, las competencias que tienen las comunidades autónomas. Vemos con buenos ojos la propuesta que nos presenta el Grupo Podemos en los diferentes apartados y estamos perfectamente de acuerdo en los puntos que no hemos enmendado. Únicamente he de señalar que en los apartados tres y cuatro también estaríamos de acuerdo si el listado de medicamentos a incluir se pudiera consensuar con las comunidades científicas y con las comunidades autónomas para evitar agravios y diferencias en el trato.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 47

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Martín González.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ** (doña María Guadalupe): Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías, ya buenas tardes. Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Socialista para poner en valor la iniciativa relativa a la reforma del copago de productos farmacéuticos. Mañana se cumplen cuatro años desde que se aprobó el desafortunado Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. En muchas ocasiones hemos pedido su derogación de forma total, pero también pedimos al Gobierno que modificara su contenido por los grandes perjuicios provocados a los ciudadanos y muy especialmente a los que han tenido que elegir entre mantener un tratamiento prescrito o modificarlo por otro más económico o incluso abandonarlo por la imposibilidad de asumir el copago impuesto.

La aplicación de los copagos por las comunidades autónomas fue un desastre. Unas limitaban el pago hasta el tope marcado, otras seguían cobrando las aportaciones de los usuarios para luego devolverles lo que habían superado, algunos ciudadanos incluso murieron esperando esas devoluciones y hasta el ministerio tuvo que dar marcha atrás en la aplicación del copago en los productos de farmacias hospitalarias. Ni las comunidades autónomas del Partido Popular lo aplicaban.

El Partido Socialista se comprometió en su programa electoral a que derogaría el citado Real Decreto-ley 16/2012 y concretaba que el acceso a los medicamentos debe estar garantizado, que el copago nunca debe suponer una barrera de acceso a los tratamientos y siempre hemos dicho lo mismo. Por cierto, debe ser un error mío, pero no he encontrado ninguna propuesta en este sentido en el programa electoral del partido que trae hoy la proposición no de ley. Creo que es este el documento. **(Muestra el documento)**. En su documento hay quince propuestas relativas a sanidad, de la 114 a la 128, y no encontré nada relativo a esto. Aun así les adelanto que estamos de acuerdo en lo que proponen, aunque se rectifiquen ustedes mismos; tan de acuerdo que en el documento de doscientas propuestas para un Gobierno reformista firmado por el Partido Socialista y Ciudadanos —este documento **(Muestra el documento)**— se recoge textualmente: Garantizar que el copago farmacéutico no sea una barrera de acceso, en especial para personas en situación de especial vulnerabilidad. De igual forma, en su documento de veinte propuestas para un Gobierno de cambio —este documento **(Muestra el documento)**—, en su punto 3, se recoge la aceptación de realizar una revisión del copago basada en criterios de necesidad y cronicidad, tal y como se refiere en el programa electoral del Partido Socialista en su página 203 y en el acuerdo suscrito entre PSOE y Ciudadanos en su página 35. Concluimos por tanto que tres al menos de los grupos estamos de acuerdo y estoy segura de que otros también. Lo mejor que podemos hacer es ponerlo en marcha y cuanto antes mejor. Para eso hace falta un Gobierno que ponga en marcha todos aquellos puntos en los que coincidimos y este es uno pero no el único.

Señora Sibina, quiero recordarle que una proposición no de ley es una iniciativa no vinculante que manifiesta la voluntad de unos grupos parlamentarios para elevar propuestas al Gobierno y creo sinceramente que mejor sería traer una propuesta con un mayor rango de ley o de decreto si usted quiere. Derogamos el anterior y hacemos uno nuevo. Incluso coincidimos en que el derecho a la salud debe estar blindado en nuestra Constitución —¡vaya si coincidimos!—, pero le diría también que reflexione un poco más en su propuesta. Quizá haya sido el afán de registrar iniciativas en esta Comisión con cierta celeridad, pero yo le pediría que acepte nuestra enmienda que modifica el punto 2 de su iniciativa. Creo que los tramos de los límites máximos de copago necesitan una mayor reflexión. Proponen límites trimestrales en población activa. ¿Y en los pensionistas, qué ocurre? ¿Y en los beneficiarios del usuario activo? ¿Y en cónyuges divorciados? No se concreta el porcentaje de aportación en tratamientos crónicos y no sé si van a mantener la aportación reducida que ya existe en algunos medicamentos. No se concreta si el límite de rentas o del copago es per cápita o por unidad familiar. Por ponerle un ejemplo, un usuario con una renta de 1.037 euros al mes estaría exento —y lo podríamos mirar—, pero otro con una renta de 5.000 euros al mes tendría un límite de 61 euros, y creemos sinceramente que es un regalo. Además esto también necesita un mejor estudio de costes para el Sistema Nacional de Salud que ustedes mismos reconocen que no está hecho.

El Grupo Socialista presenta una enmienda para que se priorice la garantía de que el copago nunca será una barrera para el acceso a tratamientos. Les proponemos textualmente: Establecer el acceso a los medicamentos como uno de los componentes fundamentales del derecho a la salud, por lo que se eliminarán los copagos que puedan suponer el no seguimiento o la interrupción de tratamientos, especialmente en personas de rentas más bajas. Sinceramente, siguen pensándolo y aún no sé la respuesta, si van a admitirlo o no. Confío en que lo acepten porque es literalmente su texto del 15 de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 48

febrero. Si no lo aceptan, con toda modestia, creo que sería una contradicción. Sería otra contradicción más. Para hablar de porcentajes y tramos de renta debemos ser más reflexivos y más rigurosos y sobre todo debemos hacerlo juntos.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Entramos en el turno de fijación de posiciones. ¿Grupo Mixto? No toma la palabra. Por el Grupo Vasco, tiene la palabra la señora Ardanza.

La señora **ARDANZA URIBARREN**: Gracias, señor presidente.

Nos sorprende la propuesta hecha por Podemos-En Comú-En Marea, pues no es lo suficientemente beligerante. Para el Grupo Vasco lo único que cabe es la derogación de la exigencia de la aportación farmacéutica mediante copagos llevada a cabo por el Partido Popular a través del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Como muestra de esta convicción, quiero recordar que el Gobierno vasco aprobó el Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Es cierto que, en un ejemplo más de ese acoso jurídico al que en materia sanitaria está siendo sometido el Gobierno vasco, ante este decreto el Gobierno del Estado planteó conflicto de competencias, siendo admitido por el Tribunal Constitucional, que suspendió la vigencia y aplicación de varios artículos del citado decreto. Aunque posteriormente levantó la suspensión de varios de dichos artículos, no lo hizo en relación con el artículo 48, apartados 1 y 2, que son los que hacen referencia al alcance de la extensión de la cobertura financiera, lo que coloquialmente llamamos el copago farmacéutico. Aceptando la legalidad, como no podía ser de otra forma, pero estando firmemente convencidos de que las políticas de salud son una prioridad y que sus principios inspiradores —la universalidad, la solidaridad y la equidad en el acceso, en el uso y en cuanto a la calidad de los servicios sanitarios— son un bien básico y uno de los ejes para lograr la cohesión social, se ha creado un plan de ayudas para paliar el copago farmacéutico que en estos tres años ha supuesto una inversión de 22 millones de euros más los 7 millones de euros consignados en los presupuestos de este año 2016. Por tanto, para nosotros solo cabría proponer una derogación del copago farmacéutico.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Gracias, señor presidente.

Seré breve no solo por la hora, que también, sino porque comparto plenamente el texto y la intervención de Marta Sibina. Incluso estoy un poco perplejo por las críticas al tono dialogante y posibilista con que ha presentado su propuesta. Si quieren más, estamos a tiempo, es decir, a partir de esta PNL, bienvenidas sean otras que vayan más allá. Yo me conformo hoy y a esta hora con aprobar esta PNL.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Ciudadanos, tiene la palabra el señor Navarro.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Gracias, señor presidente.

Señores diputados de Podemos, bienvenidos al mundo del copago. Recordemos que aun después de elecciones Pablo Iglesias seguía exigiendo —cito textualmente— la prohibición de los copagos farmacéuticos aplicables a todo el territorio estatal, y en campaña la cosa había sido francamente peor. El formato fue el de una película de buenos y malos en la que los buenos eran, obviamente, ustedes y los malos, malísimos, todos aquellos que no vivíamos permanentemente empeñados en eliminar figuras tan perniciosas como esta del copago a la que ahora se adhieren.

Todos los países que integran la Unión Europea excepto Malta poseen algún tipo de copago, al menos sobre los medicamentos. Incluso hay países que lo aplican también sobre la atención primaria, sobre la atención especializada, sobre la hospitalización e incluso en los servicios de urgencias. Como habrán podido comprobar en el estudio de Fedea que invocan en su PNL, el copago español parece ser el más moderado dentro de la Unión Europea. Bien está. Eso no quiere decir que no deba ser periódicamente evaluado y, en su caso, mejorado. En este sentido, estamos completamente de acuerdo con su PNL. Tal como el estudio de Fedea mencionado recuerda, la función principal del copago es evitar lo que se conoce como riesgo o abuso moral, es decir, un posible exceso de consumo innecesario producido por la gratuidad. Por eso al copago se llama a veces tique moderador o concienciador. Como en todos los casos, para decidir tenemos que basarnos en datos. En este sentido, hay estudios como el de Puig-Junoy de 2011 que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 49

dice que una eventual reducción del copago desde el 40% a la gratuidad incrementaría el gasto farmacéutico total individual en un 25%. Sin embargo, es obvio que en el reverso de la moneda del copago hay un peligro: que limite a las personas con menos recursos el acceso al tratamiento o, como ustedes recuerdan en su PNL, que afecte a la adherencia al mismo. Esta es una preocupación que desde luego compartimos. Tal y como ha recordado la diputada del Grupo Parlamentario Socialista, Ciudadanos hemos firmado con su partido un acuerdo en el que se exige expresamente garantizar que el copago farmacéutico no sea una barrera de acceso, en especial para personas en situación de vulnerabilidad. Urge por ello evaluar el impacto que está teniendo para averiguar qué parte de la reducción del gasto en medicamentos es debida a la reducción del consumo excesivo derivado de la gratuidad y qué parte ha sido reducción de consumo necesario debida a las mayores dificultades de acceso. En todo caso, es entre estos dos principios —por un lado, prevenir el riesgo o abuso moral y, por otro, que se convierta en un obstáculo para el acceso al tratamiento para aquellos con menos recursos— donde el copago debe moverse.

En este sentido, hay una serie de aspectos del actual sistema cuya modificación en nuestra opinión debe afrontarse de inmediato, en primer lugar, acabar con la distinción entre activos y pensionistas, ya que toda evidencia empírica señala que la diferencia relevante está entre rentas altas y bajas y por eso parece razonable que, tal y como pretende la PNL, los límites al desembolso operen también para los activos; en segundo lugar, que los límites al desembolso no sean mensuales como en el sistema actual ni trimestrales como en la PNL, sino anuales y establecidos como un porcentaje de la renta, tal y como ocurre en otros países europeos; en tercer lugar, comenzar a contemplar la relación entre los copagos y la relación de coste/efectividad de los medicamentos. Sería el caso de los llamados copagos evitables, que intentarían garantizar la cobertura gratuita o con un copago sustancialmente más bajo a los medicamentos más coste/efectivos y que establecerían copagos más altos —y por tanto evitables— sobre medicamentos menos eficientes.

En lo que no podemos estar de acuerdo con su PNL es en que presenten unas tablas y unas cantidades fijadas de antemano, y esto por dos razones, en primer lugar porque lo impide el propio formato de una PNL, pero además porque es comenzar la casa por el tejado y presentar como punto de partida lo que deberían ser unas conclusiones. Las cantidades que ustedes proponen deberían ser obtenidas a partir de análisis y estudios y no ser extraídas de una chistera como en un ejercicio de prestidigitación. Es por eso por lo que nos abstendremos en la votación de su propuesta.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ramírez por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **RAMÍREZ DEL MOLINO MORÁN**: Buenas tardes.

Señora Sibina, en primer lugar quiero decir que me he quedado sorprendido por el enésimo bandazo que han dado en este asunto, bandazo no ya desde las elecciones y el programa electoral, sino incluso en los últimos días. La formación de Pablo Iglesias ha abogado siempre por la derogación sin miramientos del copago farmacéutico. Así lo recogió en su programa electoral y así lo indicó en su propuesta de ley 25 de emergencia social. No fue hasta el pasado 7 de abril cuando la formación morada dio por bueno el acuerdo sobre copago firmado entre Ciudadanos y el Partido Socialista y que no era otra cosa que la propuesta electoral del Partido Socialista. Podemos fue más allá y al día siguiente, el día 8 abril, presentó en el Congreso de los Diputados esta PNL, en la que define claramente qué querían decir esas vagas líneas de garantizar que el copago farmacéutico no sea una barrera de acceso, en especial para personas en situación de especial vulnerabilidad. La PNL de Podemos insta a avanzar en el copago farmacéutico por renta, modulándolo para evitar que su impacto pudiera afectar al seguimiento de los tratamientos, pero este 12 de abril ha vuelto a dar marcha atrás, y en la defensa de la toma en consideración de la ley 25 de emergencia social ha vuelto a abogar por el fin de los copagos. Espero que este destello de pragmatismo y sentido común no sea finalmente una cuestión de sensibilidades dentro del partido defendido por usted o por alguno otro. Por este motivo, creo que lo primero que tiene que hacer Pablo Iglesias es aclararse sobre qué quiere hacer, cómo y por qué en este ámbito.

En las tablas que ustedes presentan resulta que los copagos son en algunos casos más altos de los que hay actualmente. Así, una persona que está actualmente ganando sobre 40.000 euros, con los copagos actuales pagaría 54 euros, mientras que con ustedes pagaría 185 euros. El copago farmacéutico ya ha existido durante mucho tiempo, desde el año 1970. Con la modificación introducida en el Real Decreto-ley 16/2012, el copago en farmacia pasa a ser más equitativo, más solidario y más justo. No se tiene en cuenta tanto la edad, sino la capacidad económica de las personas. El Sistema Nacional de Salud

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 50

arrastraba al inicio de la legislatura una deuda de 16.000 millones de euros, que había crecido un 173% entre el año 2009 y el año 2011. El trabajo realizado por el actual Gobierno ha ido dirigido fundamentalmente a mantener el carácter universal, público y gratuito del sistema sanitario, al tiempo que garantizaba su sostenibilidad. Con este motivo se aprobó el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Aunque se estimó conseguir un ahorro de 7.000 millones de euros, el Gobierno argumentó que el objetivo no era recaudatorio, sino que se trataba de conseguir un efecto disuasorio. España es el segundo consumidor mundial de medicamentos y se venía observando que estaba siendo habitual la retirada de cajas completas de medicinas. En 2011 se retiraron en torno a 3.700 toneladas de fármacos, lo que supuso un montante económico de 1.100 millones de euros.

Hasta la entrada en vigor en julio de 2012 del real decreto-ley los ciudadanos pagaban un 40% del precio de los medicamentos recetados en la sanidad pública; los parados de larga duración que habían agotado las prestaciones también pagaban un 40%; los pensionistas no tenían nada que pagar y los enfermos crónicos activos solo pagaban el 10% de sus medicamentos. Con esta reforma los pensionistas pagan el 10% del valor del medicamento y se estableció una cantidad máxima de 8 euros en su momento, que son ahora en torno a 8,26 euros al mes para las rentas de hasta 18.000 euros y un tope de 18 euros para las rentas más altas. Los jubilados con pensiones no contributivas quedaban exentos de cualquier cantidad. La población activa pasa de pagar el 40% —se mantiene si la renta anual es inferior a 18.000— a pagar un 50% en las rentas anuales comprendidas entre 18.000 y 100.000, o un 60% si declara más de 100.000 euros de sueldo anual. A los enfermos crónicos no se les cambia la situación y siguen aportando el 10% del precio de los medicamentos como hasta ahora. Para terminar, diré que también están exentos todos los afectados por el síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica, personas perceptoras de rentas de integración social, personas perceptoras de pensiones no contributivas, parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación y personas con tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Pregunto a la señora Sibina si acepta o no las enmiendas presentadas.

La señora **SIBINA CAMPS**: No vamos a aceptar la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista y sí vamos a aceptar la transaccional propuesta por el Grupo Catalán (Democràcia i Llibertat). Es una lástima que no haya turnos de réplica, porque es interesante debatir. Esta es nuestra posición.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene que hacer llegar a la Mesa la transaccional.

La señora **SIBINA CAMPS**: Sí, gracias, señor presidente.

— RELATIVA A MEJORAR Y ACTUALIZAR LA REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD DE LOS CENTROS, ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS SANITARIOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000465).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos entonces al último punto del orden del día, proposición no de ley relativa a mejorar y actualizar la regulación de la publicidad de los centros, establecimientos y servicios sanitarios, presentada por el Grupo Popular. Tiene la palabra el señor Eiros.

El señor **EIROS BOUZA**: Muchas gracias, señor presidente.

Quiero hacer llegar a la Mesa en esta Comisión que proponemos *in voce* la supresión de la palabra «bienes» en el párrafo correspondiente, porque se nos ha colado. En el punto primero, donde se dice: «Mejore, actualice y clarifique la regulación de la publicidad de centros, establecimientos, bienes y servicios sanitarios», sobra la palabra «bienes». Gracias, señor presidente.

Señorías, como muy bien ha dicho el señor Olòriz, a estas horas de la tarde la hipoglucemia hace mella y el ruido avanza en la sala. Voy a intervenir solo durante noventa segundos. Comparezco en nombre de mi grupo parlamentario para defender una proposición no de ley, que han podido leer, orientada a mejorar y actualizar la regulación en España de la publicidad relativa a los centros, a los establecimientos y a los servicios de carácter sanitario. Como todos ustedes saben, y de acuerdo con el planteamiento que hemos hecho en la exposición de motivos de la iniciativa, la publicidad en el ámbito sanitario en nuestro

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 51

país está regulada básicamente por cinco leyes: La Ley General de Sanidad de 1986, la Ley General de Publicidad de 1988, El Real Decreto sobre publicidad y promoción comercial de productos con finalidad sanitaria de 1996, la Ley general para la defensa de los consumidores, cuyo texto refundido creo recordar que es de 2007, y la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, con un texto refundido en el Real Decreto Legislativo de 2015. Esta regulación —como sin duda conocen— se ha visto desarrollada mediante acciones concretas como por ejemplo el código de co-regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, que ha sido muy ponderado en el ámbito de la Unión Europea. Toda esta normativa ha sido, en nuestro entender, válida y ha cumplido su cometido durante estos años, pero, a la vista de los hechos acontecidos con algunas clínicas dentales en los últimos meses, como se ha debatido en la PNL del punto 6.º esta mañana, parece necesario clarificar y actualizar esta materia desde el Congreso. Esta es precisamente la razón de ser de nuestra proposición no de ley y la pretensión de nuestro grupo no es otra que adaptar la regulación a los tiempos y a las necesidades de nuestros conciudadanos, incrementando su protección y su seguridad desde el fomento de una mayor garantía de responsabilidad y buen hacer por parte de los anunciantes.

No les quiero cansar. Sería para nosotros un fracaso no poder ser apoyados en lo que los ciudadanos esperan de nosotros, como muchas de sus señorías han reiterado en las exposiciones de distintos grupos esta mañana, manifestando que somos capaces de ponernos de acuerdo, de aunar posiciones por ellos y de anteponer sus intereses y necesidades a cualquier otra prioridad de los grupos parlamentarios aquí representados. Es por esto por lo que, modestamente, desde el Grupo Parlamentario Popular les pedimos su respaldo y su voto favorable a esta iniciativa.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: No hay enmiendas presentadas a esta proposición no de ley, por lo que entramos en el turno para la fijación de posición. ¿El Grupo Mixto interviene?

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Apoyamos esta iniciativa, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

¿Por el Grupo Vasco? Señora Ardanza.

La señora **ARDANZA URIBARREN**: Nosotros no vamos a apoyar esta iniciativa, porque toda normativa básica en temas que tienen que ver con competencias propias nos parece que no procede.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Catalán (Democràcia i Llibertad), señora Ribera. **(Pausa)**.

La señora **RIBERA I GARIJO**: Perdona, señor presidente, pero las transacciones de última hora tienen estas cosas. Nos vamos a posicionar a favor.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Esquerra Republicana, señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Rápidamente y siendo más breve que el ponente, le ofrezco mi voto favorable.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Ciudadanos, señor Navarro.

Señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Por motivos idénticos a los expresados en la PNL de Vitaldent, vamos a votar que sí a esta propuesta.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Podemos-En Comú Podem-En Marea, señora Terradas.

La señora **TERRADAS VIÑALS**: Yo voy a extenderme un poco más de los noventa segundos. Nos parece muy interesante la propuesta del Grupo Popular. Me van a permitir que haga un comentario al Real Decreto 1907/1996. En el artículo 1, control sanitario de la publicidad, en su punto 1, está recogido que se controlarán la publicidad y promoción comercial de los productos que se anuncien o presenten como útiles para el diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades. Igualmente, en el artículo 4, prohibiciones y limitaciones de la publicidad con pretendida finalidad sanitaria, está muy bien especificado, por ejemplo, en el punto 2: productos que sugieren propiedades específicas adelgazantes o contra la obesidad. ¿Qué

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 52

tenemos ahora mismo en la realidad? En la realidad tenemos pastillas, cremas, plataformas que vibran, etcétera, con lo cual se está engañando y permitiendo que la población esté confundida. Punto 7: testimonio de profesionales o famosos como medio de inducción al consumo. Tenemos numerosos famosos, estomatólogos, etcétera, invitando al consumo de productos, que están confundiendo y engañando a la población. Punto 11: no puede atribuirse a los productos cosméticos propiedades distintas a las reconocidas. Todos sabemos que hay cosméticos o cremas que nos van a quitar las arrugas en tres semanas o en un mes. Todo eso está permitido con esta ley que estoy enunciando. Por último, en el artículo 6 está recogida la publicidad de los centros sanitarios y el artículo 7 hace referencia a la transparencia y veracidad de la información y publicidad sanitarias.

Vamos a apoyar esta propuesta —siempre mejorar es bueno—, pero no podemos entender por qué teniendo esta ley no se están tomando las medidas necesarias para que no se engañe a la población y se esté permitiendo la promoción de numerosos productos de forma engañosa cuando tenemos un marco perfecto para que esto no pase, con lo cual el Ministerio de Sanidad está haciendo dejación de sus funciones actualmente.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Socias.

El señor **SOCIAS PUIG**: Gracias, presidente.

Señorías, una vez más en esta legislatura un Gobierno en funciones ha vuelto a pretender que esta Cámara también esté en funciones, al negarse por enésima vez a comparecer hoy ante esta Comisión a responder las preguntas que se le formulan por los diferentes grupos, y lo ha vuelto a hacer, según el portavoz popular, porque no puede ni debe. Será más bien porque no quiere, ya que el informe de los servicios jurídicos de esta Cámara defiende lo contrario.

Hago esta introducción debido a que el Grupo Popular, al presentar estas y otras PNL, hace gala de una incoherencia total y absoluta. Insta a hacer algo a un Gobierno en funciones que no se siente obligado por esta Cámara, ya que, según argumenta, no le ha dado su confianza, y lo hace en contra del dictamen de los juristas del Parlamento y de la voluntad mayoritaria del resto de los grupos. ¿Qué coherencia tiene presentar esta PNL cuando el Gobierno al que ustedes están dando apoyo ignora continuamente la legitimidad de esta casa para controlarlo y además al estar en funciones no va a hacer nada?

Tienen sus señorías del Grupo Popular todo el derecho a presentar lo que quieran, evidentemente, pero llama la atención que después de cuatro años de Gobierno, de tener que cambiar a una ministra porque no se enteraba de lo que pasaba en su casa, presenten en este momento, casi al final de la legislatura y antes de la lotería de unas nuevas elecciones, esta PNL, que parece responder más a una situación coyuntural que ha creado alarma social que a una voluntad de solucionar la problemática de fondo debido a la percepción muy extendida en su formación de que la salud es más un negocio que un derecho.

Respecto al fondo de la PNL, ya solo el inicio de la misma —«El Congreso de los Diputados considera conveniente...»— indica la poca convicción de que realmente el Gobierno vaya a hacer algo. Si tuviesen alguna confianza en la respuesta del Gobierno, lo instarían claramente. Ahora no, consideran conveniente que el Gobierno realice un análisis integral; en resumen, seguir mareando la perdiz para pasar el tiempo y no hacer nada. Estamos de acuerdo con lo que establecen las actuales normas. Pensamos que es positivo seguir avanzando en todas las vertientes para dar respuesta y soluciones a los nuevos problemas planteados y, a pesar de que después de cuatro años de Gobierno del Partido Popular sin que haya tomado ninguna iniciativa al respecto nada nos indica que vayan a hacerlo precisamente ahora, vamos a dar apoyo a su PNL con la esperanza de que un nuevo Gobierno se tome más en serio los mandatos de esta Comisión, a diferencia de lo que ha sucedido en la pasada legislatura.

El señor **PRESIDENTE**: Hemos finalizado el orden del día, por tanto, vamos a pasar a la votación. ¿Están todos los diputados en la sala? (**Pausa**). Quiero deciros a los portavoces de la Comisión que, después de acabar la sesión, se esperen un minuto porque vamos a tener una reunión de Mesa y Portavoces para concretar una cosa para la semana que viene.

Votamos el punto 4.º del orden del día, que es la proposición no de ley sobre la derogación del Real decreto 954/2015 y la aprobación de una norma que regule la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería y que cuente con el consenso profesional e institucional. No hay enmiendas y por tanto la votamos en sus propios términos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 53

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 28; en contra, 15.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos el punto 5º, proposición no de ley sobre derogación del Real decreto 954/2015 y aprobación de una ley que regule la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería, basada en los principios de atención sanitaria integral, cooperación multidisciplinar orientada a la integración de los procesos y continuidad asistencial y que cuente con el consenso profesional e institucional y de las comunidades autónomas.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 28; en contra, 15.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos el punto 6º, proposición no de ley relativa a la mejora de la protección de los consumidores y usuarios en situaciones como la de Vitaldent. Tiene una transaccional que interpreto que todos los portavoces en la Comisión conocen y, por tanto, si les parece bien, la sometemos a votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 28; en contra, 15.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos el punto 7.º, proposición no de ley sobre la adopción de medidas urgentes contra la pobreza infantil.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 11; en contra, 15; abstenciones, 17.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos el punto 8.º, proposición no de ley sobre la modificación del procedimiento de diagnóstico, reconocimiento, indemnizaciones, exenciones y pensiones vitalicias de las personas afectadas por la talidomida en España. Se ha presentado una transaccional conjunta a esta proposición no de ley y a la que aparece en el punto 10º, la misma, con lo cual la votaríamos conjuntamente, si les parece bien. Interpreto que todos los portavoces conocen dicha enmienda transaccional, por tanto, pasamos a votarla.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad. **(Aplausos)**.

Pasamos a votar el punto 9.º, proposición no de ley relativa a la efectiva inclusión social y la lucha contra la discriminación de la población gitana. Se ha presentado una enmienda transaccional que imagino que todos los portavoces conocen, por tanto, pasamos a votarla.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 42; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos al punto 11.º, proposición no de ley relativa a desbloquear la paralización de los procesos de adopción en España. Aquí se rechazaron las enmiendas, por tanto, se somete a votación en sus propios términos.

El señor **IGEA ARISQUETA**: No, no, se aceptan las enmiendas de Podemos.

El señor **PRESIDENTE**: Se votaría, por tanto, la proposición del Grupo Ciudadanos con las tres enmiendas que presentó el Grupo Podemos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25; en contra, 18.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos el punto 12º, proposición no de ley relativa a la adopción de medidas para reformar el actual sistema de copago farmacéutico.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Si es verdad que no aceptan la enmienda del Grupo Socialista pediríamos la votación por puntos.

El señor **PRESIDENTE**: ¿La proponente de la proposición no de ley acepta que se vote por separado?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 50

19 de abril de 2016

Pág. 54

La señora **SIBINA CAMPS**: No aceptamos la enmienda y sí la votación por puntos.

La señora **RIBERA I GARIJO**: Como se ha aceptado la votación por puntos, pediría que la transacción que les hemos presentado se votara aparte, el punto 4.1 y la transacción. Me refiero a la de la lista de medicamentos. Sería el 4.1 y habría un 4.2, para entendernos. No sé si me he explicado.

El señor **PRESIDENTE**: Serían seis votaciones, incluyendo la adición del Grupo Democràcia i Llibertat. Votamos el punto 1.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25; en contra, 17.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado. Votamos el punto 2.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 13; en contra, 30.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazado. Votamos el punto 3.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 21; en contra, 17; abstenciones, 5.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado. Votamos el punto 4.

El señor **FERNANDEZ DÍAZ** (don Jesús María): ¿Cómo vamos a votar el punto 4?

El señor **PRESIDENTE**: Son dos puntos, el 4 y el 4 bis. Ahora votamos el 4 que viene en la proposición no de ley y posteriormente el 4 bis. Votamos el punto 4.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 26; en contra, 17.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado. Votamos el punto 4 bis, que dice lo siguiente: El listado de medicamentos a incluir se consensuará con las comunidades científicas y con las comunidades autónomas.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 26; en contra, 17.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado. Votamos el punto 5.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 26; en contra, 17.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado. Votamos la última proposición no de ley que figura en el punto 13.º

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 42; en contra, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado. **(El señor Fernández Díaz, don Jesús María, pide la palabra).**

Señor Fernández Díaz.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Un segundo para hacer un anuncio y pedir colaboración. Mañana se cumplen cuatro años de la aprobación del Real Decreto-ley de 2012 y el Grupo Parlamentario Socialista quiere tener la iniciativa de reunirnos en las escaleras del Congreso a las doce del mediodía para reivindicar el derecho a la sanidad para todos, la universalización. Nos gustaría contar con el resto de grupos parlamentarios. Lo haremos a las doce, son cinco minutos y solamente es llevar la tarjeta sanitaria individual para reclamar la tarjeta para todas las personas.

El señor **PRESIDENTE**: Se levanta la sesión.

Eran las dos y cincuenta minutos de la tarde.

cve: DSCD-11-CO-50