



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2017

XII LEGISLATURA

Núm. 168

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 9

celebrada el martes 21 de marzo de 2017

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias:

- Del director de la Organización Nacional de Trasplantes (Matesanz Acedos), para informar sobre la actividad desarrollada por la Organización Nacional de Trasplantes y la proyección internacional de su modelo de funcionamiento. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/000240) 2
- Del presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (Castillo Arenal), para que explique las propuestas de los pacientes de cara a la presente legislatura y exponga los resultados del barómetro EsCrónicos 2015. A petición del Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 219/000117) 13
- Del presidente de la Plataforma del Tercer Sector (Poyato Roca), para realizar una exposición y dar a conocer propuestas y sugerencias de dicha plataforma. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 219/000031). 22
- De la coautora del informe SESPAS 2016 (Peiró Pérez) y del jefe del departamento de planificación y economía de la salud en la Escuela Nacional del Instituto de Salud Carlos III (Repullo Labrador), para explicar los hallazgos y conclusiones del informe SESPAS 2016: «La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica». A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 219/000115) 31

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 2

- De la directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación (Andradas Aragonés), para explicar de qué manera piensa implementar la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, para la mejora de la situación de la salud pública. A petición del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 212/000127) 40

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

COMPARECENCIAS:

- DEL DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES (MATESANZ ACEDOS), PARA INFORMAR SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES Y LA PROYECCIÓN INTERNACIONAL DE SU MODELO DE FUNCIONAMIENTO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/000240).

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, se abre la sesión.

Como saben, tenemos un orden del día con cinco comparecencias y a la vez tenemos la obligación de finalizar la sesión antes de las tres de la tarde. Por lo tanto vamos a ser muy estrictos con los tiempos, a ver si cada una de estas comparecencias la podemos tratar en una hora como máximo. Por eso cada uno de los comparecientes tendrá un turno entre quince y veinte minutos y luego las intervenciones de los grupos serán de seis minutos, estrictamente de seis minutos, no habrá réplicas, por lo tanto vuelquen todo en la primera intervención y el orden será en primer lugar del grupo que haya pedido la comparecencia y después será de menor a mayor.

Empezamos con el orden del día y la primera comparecencia es la del director de la Organización Nacional de Trasplantes, para informar sobre la actividad desarrollada por esta organización y por la proyección internacional de su modelo de funcionamiento. Es una comparecencia a petición del Grupo Parlamentario Popular y para proceder a ella damos la bienvenida al director de la Organización Nacional de Trasplantes, al doctor Rafael Matesanz Acedos, a quien agradecemos su presencia y su disposición para informar ante esta Comisión. Sin más, suya es la palabra.

El señor **DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES** (Matesanz Acedos): Agradezco a esta Comisión la oportunidad de exponer las líneas principales de la Organización Nacional de Trasplantes y diré que en veintiocho años de funcionamiento esta es la primera vez que he tenido ocasión de comparecer ante esta Comisión, en nombre de la organización, lo cual para mí es un motivo más de satisfacción.

Si hablamos de trasplantes, desde luego antes de la ONT ya existían en España los primeros trasplantes, eran de los años sesenta y proceden el primer trasplante de riñón por los doctores Josep María Gil-Vernet y Antonio Caralps en el año 1965, en el Hospital Clínico de Barcelona, y los primeros de tejidos incluso bastante antes por parte del doctor Barraquer, el profesor Castroviejo y otros; es decir, eran bastante previos a la ONT. Los trasplantes de riñón, como pueden ver ustedes en esa diapositiva, crecen y eran prácticamente los únicos que había hasta los años ochenta, pero el sistema en el año 1986 hace crisis, al tiempo que aparecen los grandes trasplantes de corazón, de hígado, etcétera, y todo ello hizo que se necesitara un enfoque completamente distinto.

La Organización Nacional de Trasplantes era algo que existía en el BOE, pero solamente en el BOE desde el año 1980, nuestra Ley de Trasplantes es de 1979 y un año después mediante Real Decreto se crea la ONT, lo que pasa es que se crea y no se desarrolla en los años ochenta. Entonces lo que se crea sobre el papel es un concepto muy centralizado, incompatible con la Ley General de Sanidad del año 1986 y con la distribución de las competencias en autonomías y que prácticamente se refería únicamente al trasplante renal.

Queda, por tanto, totalmente desfasado y precisamente por esa crisis que antes les decía, con un descenso de la donación cercano a un 20% en el año 1986, es por lo que a finales de los ochenta se organizan distintas protestas de los colectivos que más sufrían la falta de trasplantes, que eran los enfermos renales, los enfermos en diálisis y entonces se desempolva esa vieja idea de la ONT y en el año

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 3

1989 es cuando se crea este edificio que ven ustedes aquí del Instituto de Salud Carlos III, se dota con dos auxiliares administrativos y seis enfermeras y con ello empezamos a funcionar en el año 1989.

Coincide, y fue una coincidencia yo creo que bastante feliz en el tiempo, con la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que también empezó a funcionar por aquellos años y eso hizo que nosotros fuéramos una de las primeras comisiones que además ha estado funcionando y funcionando muy bien a lo largo de todo este tiempo. Con ello se crea un sistema muy descentralizado, desde el minuto cero se instó a las comunidades que todavía no lo tenían a crear una coordinación autonómica en las diecisiete comunidades que todavía no lo tenían, incluso en las que eran todavía gestionadas por el Insalud, y después a crear en todos los hospitales donde se podría tener una donación un coordinador hospitalario, que fundamentalmente fueron médicos intensivistas ayudados también por personal de enfermería y que es lo que forma hoy en día nuestra red de coordinación. Con todo ello el aumento de donantes fue muy rápido, ya en el año 1992 España era el primer país del mundo en donaciones y desde entonces a ahora, en veinticinco años, no ha hecho más que crecer con unos incrementos que sobre todo en los últimos años se han hecho mucho más marcados, es decir, en los últimos años de unas cifras de 34-35 por millón de habitantes pues ha ido creciendo a 36 a 40, a 43,4 el año pasado.

Claro, con estas cifras España se ha ido adelantando a todos los países, ya digo que en estos veinticinco años hemos mantenido el liderazgo y las diferencias se han ido incluso acrecentando. Aquí ven ustedes los principales países en materia de donación y trasplante y, como pueden ver, España con sus 43,4 está 15 puntos por arriba de Estados Unidos o de Francia, más que duplica a la media de la Unión Europea, con Alemania España tiene cuatro veces más donantes de los que hay en Alemania o el doble también que Reino Unido. Son diferencias verdaderamente muy marcadas. Si miramos lo que ocurre por comunidades autónomas nos encontramos, este es el año pasado, todos los años hay algunas variaciones, va primero uno, primero otro, el año pasado la primera comunidad fue el País Vasco con 65,6 donantes por millón, muy cerca de Cantabria, de Navarra, de La Rioja y de Murcia que han sido las comunidades que ocupan los primeros lugares. Simplemente les recuerdo por ejemplo la cifra de donantes de Alemania, es decir, por cada donante que hay en Alemania, en el País Vasco hay 6, las diferencias son tan poco sutiles como todo esto. Y además todas las comunidades españolas están por encima de 35, es decir, si hubiera una clasificación por comunidades, las diecisiete españolas ocuparían los diecisiete primeros lugares del mundo.

Como consecuencia de ese aumento de donantes el aumento de trasplantes ha corrido en paralelo, el número de trasplantes se ha multiplicado por cuatro, aquí ven ustedes en esta gráfica, en azul los riñones, hígado, corazón, pulmón, páncreas e intestino, hemos pasado de 1.200 a 4.800, es decir, se ha multiplicado por cuatro la actividad trasplantadora en España, también con un aumento muy marcado en los últimos años.

Todo esto, ¿en qué se traduce? Se traduce en algo muy concreto. España es el único país del mundo que tiene más de 100 enfermos trasplantados por millón de habitantes y eso significa que desde hace veinticinco años el español que necesitaba un trasplante ha sido el ciudadano del planeta que más posibilidades ha tenido de conseguirlo y además dentro de un sistema público y universal. Yo creo que así se resume la actividad de la Organización Nacional de Trasplantes a lo largo de todo este tiempo y todo el esfuerzo enorme del Sistema Nacional de Salud español y de toda la sociedad española que son la que lo hace posible financiando el Sistema Nacional de Salud y donando sus órganos para trasplantar a los pacientes.

Esto es lo mismo pero teniendo en cuenta, aquí ven ustedes toda la ristra de países del mundo, las enormes diferencias que existen, con España más de 6 puntos por encima del segundo país que son los Estados Unidos.

Esto tiene repercusiones en lo más sensible del sistema, lo más sensible del sistema son los pacientes y si nos fijamos, por ejemplo, en los enfermos renales, los enfermos a los que les dejan de funcionar los riñones, tenemos en España alrededor de 60.000 en tratamiento sustitutivo, diálisis de trasplante, pero España es el único país del mundo, el único país importante que tiene más enfermos trasplantados por la calle que en diálisis. Nosotros tenemos alrededor de 32.500 enfermos trasplantados a 1 de enero de este año frente a 27.700 en diálisis, es decir, hay casi un 20% más de pacientes trasplantados que en diálisis. Para que se hagan una idea, por ejemplo, en Estados Unidos, es un país que tendrá seis o siete veces más población que España, el número de pacientes en espera de un riñón supera los 100.000, mientras

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 4

que nosotros estamos exactamente en 4.300, o sea, que realmente la lista de espera sería aproximadamente de unas cinco o seis veces más en relación con la población.

Aquí lo pueden ver de una forma más gráfica, de los menores de 45 años, las personas jóvenes están trasplantados el 75 % y muchos de los que no están trasplantados han recibido ya un riñón o a veces más riñones. De los de menos de 65 años las 2/3 partes están trasplantados e incluso en edades ya muy avanzadas, con más de 75 años están trasplantados el 20% de todos los pacientes renales, es decir, reciben atención francamente sin ninguna comparación en otro país del mundo.

Aquí ven ustedes la evolución del trasplante renal, que es el más demandado con diferencia, el año pasado estuvimos en los 3.000 riñones, cuando empezó la ONT estábamos por los 1.000, se ha multiplicado por tres, y ven ustedes que puede ser el donante clásico, muerte cerebral, de vivo también, en España es una cantidad limitada y donantes en parada cardiaca, que luego lo veremos realmente es la forma que más está creciendo en los últimos años.

Esto por supuesto tiene un objetivo fundamental que es mejorar la vida y la salud de los ciudadanos pero también tiene repercusiones económicas, algo que sin duda también hay que mirar. Miren ustedes, un paciente en diálisis en España y en Europa occidental viene a costar aproximadamente unos 50.000 euros por paciente y año, incluyendo todo, incluyendo el tratamiento con diálisis, los desplazamientos, la medicación, las complicaciones, etcétera. Un trasplante el primer año un poquito más, contando todo, la operación, las complicaciones, la medicación, etcétera, pero claro, a partir del segundo año ya lo único que cuesta es la medicación y las eventuales complicaciones que pueda tener, con lo cual en uno o dos años se amortiza por completo el coste del trasplante. Esto es verdad en España, es verdad en Europa Occidental, es verdad en Estados Unidos y es verdad en países del llamado tercer mundo. Fíjense que estos son datos del centro más importante de diálisis de Karachi, en donde pueden ustedes ver que la supervivencia del trasplante es muy superior a la de la diálisis. Esto no se discute, es así en todos los países del mundo, que el coste es un poco más alto el primer año pero que después cae, mientras que la diálisis va subiendo, y la calidad de vida pues no les tengo que decir que es infinitamente mejor la de un trasplantado que la de una persona que recibe tres sesiones semanales de diálisis.

Entonces simplemente fíjense que nosotros, la ONT empieza aquí y empieza como consecuencia de este descenso en la actividad trasplantadora y desde entonces a ahora probablemente, si no hubiéramos adoptado toda la serie de medidas, todos estos pacientes que están aquí o estarían en diálisis o habrían fallecido. En consecuencia, respecto a todos estos enfermos se puede calcular con las cifras de supervivencia habituales en este tipo de terapéuticas que hay más de 28.000 pacientes renales más trasplantados gracias a este sistema. Y simplemente haciendo un cálculo de lo que cuesta mantener a un paciente en diálisis con lo que cuesta un trasplante, el ahorro que representa desde un punto de vista económico es más del doble de lo que cuestan todos los trasplantes de riñón, hígado, corazón, pulmón, intestino, páncreas, la ONT y en realidad todo el sistema. Es decir, trasplantes renales es el típico ejemplo de tratamiento coste eficiente en cualquier sistema de salud y verdaderamente hace sostenible el sistema.

Un sistema que es necesario modificar, una de las características es que es tremendamente plástico y tiene la capacidad de reinventarse continuamente, aquí no vale pararse y no vale seguir haciendo lo mismo. Y fíjense ustedes, por ejemplo, este tipo de donantes, los donantes en parada cardiaca o en parada cardiocirculatoria, antes en asistolia, que al principio de siglo eran prácticamente inexistentes y que a partir del 2010-2011, con una serie de modificaciones incluso legislativas y entrenamiento de muchos equipos en toda España, pues este año en total han representado 500 donantes, la cuarta parte de nuestros donantes son de este tipo de donación que, insisto, hace unos años ni siquiera existía. Todo esto ha representado un esfuerzo de puesta al día de todo el sistema y fíjense ustedes que en España ya hay 79 hospitales con programa de donación en asistolia, y todos estos programas se han desarrollado en los últimos cinco años, es decir, esto es algo que se ha reinventado continuamente en muy poco tiempo y que en estos momentos es la vía más clara de expansión de todo nuestro sistema.

Otra vía muy clara de expansión es esta: nosotros somos los primeros del mundo porque realmente lo que ocurre dentro de las unidades de vigilancia intensiva es que los coordinadores están ahí dentro, son médicos intensivistas y esto desde hace mucho tiempo se trabaja muy bien y se controla muy bien. Pero nosotros hace ya diez años nos dimos cuenta de que lo que ocurría fuera de las unidades de vigilancia intensiva era también muy relevante a la hora de donar y que los hospitales que mejor funcionaban eran aquellos en que existía una muy buena coordinación entre el servicio de urgencias y la unidad de vigilancia intensiva. En consecuencia lo que hicimos fue empezar a trabajar con los médicos urgenciólogos, los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 5

médicos especialistas en urgencias de toda España, a pactar protocolos, a ver cuál podía ser su papel en el proceso de donación y sobre todo a hacer un gran esfuerzo en formación.

Tuvimos un acuerdo con la SEMES, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias y desde entonces empezamos a formar médicos urgenciólogos y hasta este momento se han impartido nada menos que 214 cursos en las diecisiete comunidades españolas y hemos formado a más de 7.000 profesionales de urgencias que en estos momentos están colaborando con nosotros. La urgencia representa en este momento la cuarta parte de nuestros donantes, es decir, otros 500 donantes, aparte de los de la en asistolia, que están ahí y que si no hubiéramos hecho nada pues probablemente tampoco estarían ahí.

Como consecuencia de todo esto ha habido unos cambios epidemiológicos muy importantes en la donación, en España como en otros países, pero quizá en España más marcados. Por ejemplo, aquí ven ustedes la causa de muerte de los donantes y ven que en los años noventa, en 1992 que es el primer año en el que tenemos datos fiables, los accidentes de tráfico representaban un 43% de los donantes. En los años setenta y ochenta representaban bastante más de la mitad, pero en el año 1992 era un 43%, en estos momentos tráfico representa solamente el 4% de nuestros donantes, el 4,4 para ser exactos, en los últimos años 4,2-4,4, es decir, una cantidad cuantitativamente irrelevante en los dos mil y pico donantes que hemos tenido. Nuestros donantes sobre todo son gente mayor que fallece como consecuencia de accidentes cardiovasculares, de hemorragias cerebrales, trombosis, ictus en general. Y esto significa que el perfil del donante ha cambiado de forma radical, aquí tienen las edades de los donantes en España, desde hace ya cinco años, desde el 2011 más de la mitad de nuestros donantes tiene más de sesenta años y el año pasado la tercera parte más de setenta y el 10% más de ochenta años. Como anécdota, no como anécdota sino como realidad, les diré que el año pasado se trasplantó un hígado de 95 años, y además evidentemente cuando se trasplanta es porque hay garantías de que las cosas vayan bien. Aquí hay que tener en cuenta que España es un país tremendamente envejecido y entonces nuestro sistema de trasplante sigue algo que los anglosajones denominan el *old for old*, es decir, donante mayor para receptor mayor, porque si no sería imposible trasplantar a estos pacientes. Y fíjense si esto es así que, por ejemplo, esta curva representa la edad de los receptores, es el registro español de enfermos renales, y verán ustedes que en ocho comunidades autónomas tenemos ya pacientes trasplantados de riñón de más de ochenta años, en el resto de los órganos estamos por ahí, en setenta y tantos años para corazón, para pulmón, para hígado, es decir, tenemos donantes muy mayores también para receptores verdaderamente muy mayores.

Un dato que yo creo que es relevante es que el sistema es tan plástico que ha conseguido que los inmigrantes se incorporen al mismo. Fíjense ustedes que cada año, el año pasado por ejemplo el 9,2% de nuestros donantes no había nacido en España, que es un peso parecido al que tiene la población inmigrante en nuestro país, es decir, de aquí se puede deducir que los inmigrantes en su conjunto están donando al mismo nivel que los españoles. Es verdad que hay determinadas procedencias de inmigrantes con especial problema como son fundamentalmente los asiáticos, por motivos culturales o motivos religiosos, o la población subsahariana, pero en líneas generales tanto la europea del Este como del Oeste como de América Latina está donando al mismo nivel que los españoles y algunos incluso más, lo cual pone de manifiesto el buen funcionamiento del sistema.

Este también es otro dato importante, cerca de la cuarta parte de los órganos que se trasplantan en nuestro país proceden de una comunidad distinta de donde se hace el trasplante. Aquí ven ustedes dos tipos de comunidades, de las que están en azul con dos cifras, la segunda cifra son los órganos recibidos de otras comunidades, la primera cifra son los órganos enviados a otras comunidades, comunidades receptoras son fundamentalmente Madrid, Cataluña y Cantabria, que reciben muchos más órganos de los que envían. Naturalmente también hay un flujo de pacientes de unas comunidades a otras, pero al final lo que se deduce de esta diapositiva es que cualquier comunidad realmente sale ganando con este sistema, con esta colaboración tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, porque estos órganos evidentemente van al receptor más adecuado esté donde esté dentro de España. O sea, el sistema de trasplantes además de otras muchas cosas es un factor muy importante de cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Desde el punto de vista internacional, evidentemente en un mundo global como el que tenemos, este liderazgo ininterrumpido de veinticinco años hace que España sea un foco de atracción en todo el mundo. Somos centro colaborador de la OMS y a su través estamos colaborando con prácticamente todo el mundo. En Europa, en la Comisión Europea, España lideró la directiva que se hizo en el periodo de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 6

presidencia española del año 2010 y que recibió la aprobación unánime del Parlamento Europeo o, por ejemplo, lideramos multitud de trabajos colaborativos, de proyectos como este, como el Accord que ha sido el de mayor relevancia que se ha desarrollado entre veintitantos países más la OMS y el Consejo de Europa. Todos estos proyectos han sido liderados habitualmente por España.

Sin embargo, probablemente sea América Latina el lugar donde hemos desarrollado una acción de cooperación más ágil. En el año 2005 creamos el Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes, que es algo parecido al Consejo de Europa en materia de trasplantes pero trasladado allí, España ha tenido la presidencia y la secretaría general durante todos estos años y la sigue teniendo, y a su través hemos formado en España en estos momentos a cerca de 400 profesionales de América Latina que vienen, están aquí un par de meses, reciben un entrenamiento como el de los coordinadores españoles y después vuelven a sus respectivos países para realmente desarrollar algo parecido a lo que tenemos aquí. Lo cierto es que desde que se inició este programa, América Latina que son seiscientos y pico millones de habitantes, ha experimentado un 54% de aumento de la donación, es la única zona del mundo donde realmente ha aumentado y España ha tenido bastante que ver en este incremento.

No estaría completa la presentación si no hablase de los riesgos del sistema. Nuestro sistema si se caracteriza por algo es por el altruismo y la no comercialización. En consecuencia, cualquier intento que haya en contra de esta línea es un riesgo y un riesgo serio del sistema de que pueda verdaderamente venirse abajo si todo este tipo de cosas proliferan. En España ha habido tres intentos fallidos de tráfico de órganos y fallidos gracias a la reacción del propio sistema y a la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado que debo decir que ha sido ejemplar en los tres casos.

El primero fue en el 2014 por un alcalde del Líbano, que vino aquí e intentó comprar un fragmento de hígado a un inmigrante, el segundo en 2015 por una mafia serbia afincada en Tarragona, que intentó comprar un riñón, también a un inmigrante, para el hijo del jefe de la banda. Fíjense que siempre es alguien que viene de fuera e intenta abusar de la población más desprotegida que es la población inmigrante. Y el tercero es un caso de lo que se llama turismo de trasplantes, es un trasplante fraudulento de un grupo de ciudadanos búlgaros que vino aquí a España específicamente a acceder a la lista de espera.

Probablemente este es el mayor riesgo que haya tenido el sistema porque a través de vías alternativas, de abogados y de fraudes, verdaderamente se está intentando introducir a un número de enfermos, nada limitado, en nuestras listas de espera y probablemente en el futuro si no se hace una acción legislativa firme en contra de esto, porque en estos momentos la legislación puede tener algún agujero, pues realmente esto puede desembocar en un turismo de trasplantes bastante grande y que mine la credibilidad del sistema. De manera que esta es una tarea pendiente, con la que sin duda nos vamos a tener que enfrentar.

Como nos enfrentamos hace ya unos años con el intento de entrar en España por parte de una empresa alemana de médulas, que la verdad es que se pudo detener gracias a una acción absolutamente coordinada de todo el mundo, incluidos todos los partidos políticos. Aquello era grave por una razón, porque nuestro sistema es un sistema integrado bajo el control estatal y de las comunidades, y coordinado por la ONT, de donación y trasplante de células, tejidos y órganos, mientras que esto significaba una privatización y una desregularización de la donación de células que podría realmente haber dado al traste con todo el sistema y que este dejara de ser, como hasta ahora, público, altruista y universal. Como digo, afortunadamente hubo una serie de modificaciones legales que fueron apoyadas por todos los grupos y que han hecho que quede en España un único registro de donantes de médula que dependa de las comunidades autónomas y que sea coordinado por la Organización Nacional de Trasplantes en colaboración con la Fundación Carreras.

En este sentido, en el de las células madre sanguíneas también diré que España ocupa un papel preponderante, en cordón umbilical en bancos públicos somos los primeros en Europa y los segundos en el mundo, en España está la décima parte de todos los cordones umbilicales que se guardan en todo el mundo, en bancos públicos, insisto. Y, por ejemplo, en médula, una vez que acabamos el Plan Nacional de Cordón en el año 2012, empezamos un plan de potenciación para aumentar las donaciones de médula, esto son datos a 15 de diciembre, en este momento seguramente ya hemos sobre pasado los 300.000, es decir, tenemos tres veces más de los que teníamos cuando comenzó el plan. Y por reducirlo, vean ustedes que en estos momentos en España se hacen a lo largo del 2016 más de 200 nuevos donantes al día y con una tendencia muy creciente y que va a seguir creciendo en los próximos años. Aquí, un homenaje a la figura de Pablo Ráez, que la verdad es que ha hecho muchísimo por la donación de médula en España.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 7

Él tenía un sueño, que era llegar al millón de donantes, y yo creo que a ese sueño vamos a llegar en 2020 o 2021 si seguimos a este ritmo de aceleración en cuanto a donación.

España se ha caracterizado también por una acción decidida en contra del tráfico de órganos en todos los foros mundiales y precisamente por eso recibimos junto con la Transplantation Society el Premio Príncipe de Asturias del año 2010.

Para concluir he de decir que en estos momentos el mayor valor de España es que tiene una estructura totalmente firme y de gran fuerza en las diecisiete comunidades y con estos tres niveles —estatal, autonómico y hospitalario—, una estructura en continua renovación que hace que —esto lo decíamos al principio del año pasado, acertamos plenamente, llegamos a cifra record— en lo que vamos de año llevamos un 8% más de donantes que el año pasado; es decir, en estos momentos cabe decir que si acabamos el año con cuarenta y tres y pico y ha estado con cuarenta y cuatro y pico la tasa interanual marzo-marzo, a 15 de marzo, seguramente cuando acabemos este año pues estaremos de nuevo en cifras record, de manera que el sistema es muy fuerte y va a seguir siéndolo durante mucho tiempo.

Nuestro resumen es que probablemente la mayor aportación que ha hecho España al mundo del trasplante sea reconocer esto que recogí de la revista *The Lancet*, una de las revistas más importantes en materia médica: Si en un país, si en un hospital, si en una comunidad se dona menos, nunca hay que echar la culpa a la población, la población nunca tiene la culpa, es algo que nosotros hemos hecho mal. Realmente el factor fundamental, aparte de la población que es indispensable, son los profesionales sanitarios y una buena organización.

Nada más, muchas gracias por su atención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Matesanz, por sus explicaciones.

Es el turno ahora de los grupos, empezando por el que ha propuesta la comparecencia, el Grupo Parlamentario Popular, señora Angulo.

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

En primer lugar y en nombre de mi grupo parlamentario quisiera dar la bienvenida al doctor Matesanz a esta Comisión y próxima ya su salida de la Organización Nacional de Trasplantes mostrarle nuestro reconocimiento y agradecimiento por la labor realizada durante estos veintiocho años al frente de la misma.

El modelo que ha gestionado y desarrollado es sin lugar a dudas uno de los proyectos más importantes de nuestro sistema sanitario, pero también del conjunto del Estado, reconocido mundialmente por los logros alcanzados. Hoy nadie discute que el sistema español de trasplantes es el mejor del mundo, 100.000 trasplantes realizados, solo en el 2016, 4.800, gracias a las 2.000 donaciones alcanzadas y una tasa de donación por millón habitantes, como usted ha dicho, la mayor del mundo y muy por encima incluso de la media europea.

Estos datos efectivamente no son una casualidad, como usted nos ha explicado es fruto de un trabajo de coordinación, un triunfo colectivo de la sociedad española, porque a nuestro entender nuestro sistema está basado en tres pilares: solidaridad, excelencia e igualdad. Solidaridad demostrada en los españoles pero a la que yo creo que sin duda contribuye el mensaje de garantía y de fiabilidad que ofrece el sistema y la capacidad de sus magníficos profesionales para transmitir ese mensaje de valor de su gesto e igualdad de derechos a la familia en situaciones a veces muy difíciles. Excelencia porque cada trasplante es un examen al Sistema Nacional de Salud, que supera con sobresaliente y que incluso en un contexto económico difícil no solo ha resistido sino que ha crecido considerablemente. Prueba también evidente de la fortaleza de nuestro sistema sanitario público. La clave de este éxito, como usted nos ha explicado, radica en un modelo de gestión, de personas y de medios en un sistema sanitario público con profesionales de máximo nivel y una extensa red de coordinadores formados y cohesionados. Y por eso la ONT sea el mejor ejemplo quizás en lo que a cohesión social se refiere, detrás de cada trasplante hay una perfecta coordinación de hospitales y profesionales de todas las comunidades autónomas. Ninguna comunidad autónoma, como usted ha dicho, podría por sí misma haber obtenido el éxito alcanzado sin la colaboración del resto y del conjunto del sistema. Por eso yo le pregunto si usted cree que el modelo organizativo de la Organización Nacional de Trasplantes se puede trasladar a otras actividades del sistema. Y le hablaba también de igualdad porque precisamente el sistema de lista de espera permite que todos los ciudadanos tengan los mismos derechos para acceder a los trasplantes, vivan donde vivan.

Me gustaría también destacar de su intervención la capacidad del sistema para superar los cambios epidemiológicos y sociales, la disminución de la incidencia de muertes cerebrales, las mejoras introducidas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 8

en seguridad vial y con ello la disminución del número de donantes por accidentes de tráfico son algunos de los retos que ha superado la Organización Nacional de Trasplantes, pero a lo largo del tiempo se seguirán produciendo cambios que pueden provocar eslabones débiles en la cadena. Por eso quiero preguntarle cuáles son los mayores riesgos del sistema a medio y largo plazo, si todavía hay mucho más margen de crecimiento o qué nuevas medida habría que adoptar para seguir con este ritmo de crecimiento en donaciones y trasplantes.

También nos gustaría, doctor Matesanz, que nos explicara un poco más los programas de donación en vivo, sobre todo el trasplante renal cruzado y la cadena de donantes de buen samaritano, y el plan de médula ósea y cordón umbilical al que se ha referido. En ese sentido, le pregunto cómo cree que influyen o qué tipo de campañas de sensibilización cree usted que son más correctas y eficaces, si cree que lo son para fomentar este tipo de donaciones, pero manteniendo ese mensaje de igualdad y no de tratamientos individualizados en la búsqueda de donante.

Efectivamente nosotros también queremos hacer ese homenaje a Pablo Ráez, cuyo ejemplo reciente hemos visto, él no pedía una médula para él sino que animaba a todos los españoles a ser donantes sin personalizar el destinatario y eso disparó las donaciones.

Quiero hacer alguna referencia a la importante labor internacional de la organización para extender su modelo a otros países y el liderazgo del organismo español no solo ya como modelo a seguir sino también, como usted ha dicho, en la decisión a la hora de legislar sobre la calidad y la seguridad en la donación de los trasplantes y en la lucha contra el tráfico de órganos. También me gustaría que nos explicara si cree usted que se puede aprovechar mejor la relevancia internacional de la Organización Nacional de Trasplantes.

Por último, nos gustaría conocer qué avances científicos en este campo están más desarrollados y con perspectivas reales de eficacia, células madre, órganos bioartificiales, etcétera.

Termino como empecé, doctor Matesanz, agradeciendo su dedicación al sistema público español de trasplantes y los éxitos obtenidos, han sido muchas vidas salvadas, pero también mucha esperanza para muchos pacientes que quizás hasta hace poco ni siquiera se lo planteaban. Los españoles disponemos de un magnífico sistema sanitario público, del que yo creo que tenemos que sentirnos orgullosos y la Organización Nacional de Trasplantes es un claro ejemplo de sus bondades y de sus fortalezas. Cuando comparamos muchas veces nuestra situación con otros países deberíamos ser más justos con nuestro país y valorar en su justa medida todo lo bueno que tenemos.

Leía una entrevista suya en la que usted hacía referencia a que su filosofía al frente de la Organización era la de un proverbio árabe que dice: Lo fácil ya está hecho, lo difícil lo haremos y lo imposible lo venceremos. Ojalá todos aplicáramos esta filosofía en nuestra tarea diaria. Por eso, doctor Matesanz, de verdad en nombre de mi grupo y como ciudadana española también, gracias por su dedicación, por su entrega y por el legado que usted nos deja. Puede sentirse muy orgulloso junto con todo su equipo y nosotros le deseamos lo mejor para esta nueva vida que ahora voluntariamente empieza.

Gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Ángulo.

Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, señor Navarro tiene la palabra.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Bienvenido, señor Matesanz.

Esta es una historia de éxito, por lo cual nosotros nos tenemos que limitar aquí a felicitar a usted y a su organización. Cuando se ve esta presentación o se le la *newsletter trasplant* que tienen colgada en su web solo se puede sentir orgullo al ver cómo diapositiva tras diapositiva España siempre está en el primer plano, por supuesto, de trasplante renal y también de todos los demás trasplantes. Los datos que nos ha dado son impresionantes. Esos 43,4 donantes por millón, doblando la media de la Unión Europea, muy lejos de Estados Unidos y cuatriplicando a Alemania, son francamente impresionantes, con lo cual solo cabe preguntar cuál es la receta del modelo español, si es mejorable, si es exportable. No sé si accederá a describirnos un poco más los entresijos del ingrediente, cuál es el secreto. ¿Es la ley? ¿Es la descentralización? ¿Es la distribución? Como nos ha explicado, en la mayor parte de las donaciones hay un trasvase entre comunidades. ¿Es esa coordinación? ¿Son esos coordinadores intensivistas y la colaboración con urgencias? Supongo que al final todo se reduce a que más que una técnica es un arte y son ustedes una gran orquesta y usted sin duda un gran director.

Me gustaría acabar con dos curiosidades. La primera es que, en la *Newsletter Transplant*, detrás de España, pero siempre muy bien situada, está Croacia. Me gustaría saber si el modelo es similar, si son

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 9

modelos distintos y si hay partes exportables de Croacia a España. La segunda curiosidad es completamente tangencial, pero me gustaría conocer también su opinión. Usted ha expuesto que una de las bases de su modelo es, evidentemente, el altruismo. Me gustaría saber, si quiere decirlo, cuál es su opinión sobre la donación de funciones; me estoy refiriendo a la gestación subrogada.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Navarro.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Botejara tiene la palabra.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Es un honor tener en esta Comisión al doctor Matesanz. La sociedad española le debe mucho y, por eso, aparte de reafirmar todo lo que han dicho los anteriores compañeros, quiero mostrarle mi agradecimiento por evidenciar que en el sistema sanitario público se pueden hacer las cosas bien. Lo más complejo de la sanidad, que son los trasplantes, se lleva a cabo perfectamente y no precisa de ningún concurso de entidades privadas. Eso es lo primero.

La Organización Nacional de Trasplantes ha conseguido salvar miles de vidas y demostrar que otro mundo es posible y que el acceso a los derechos básicos se produce en función de las necesidades y no en función de la capacidad económica. A esto, como siempre, hay que añadir la generosidad de la población española, pero esta población es consciente de que su donación irá a la persona que más lo necesita. Por eso es totalmente exitosa.

Y quiero resaltar otro punto importante, y es que la persona que ha dirigido la Organización Nacional de Trasplantes ha sido un líder profesional. Excepto hace unos años, cuando fue cesado por una ministra del PP, Celia Villalobos, durante 2 o 3 años, por criterios políticos, ha sido siempre el líder del proceso. ¿Qué sería de nuestra sanidad pública si nuestro sistema estuviera dirigido siempre por profesionales sanitarios, si estuviera liderado por los mejores, y los responsables no se eligieran como actualmente, por criterios políticos, que se utilizan hasta el punto de nombrar a los responsables de enfermería de las distintas plantas? ¿Qué sería de nuestra sanidad? Sería de una calidad inmejorable. Esto hay que tenerlo presente, porque esta dinámica creada entre el Partido Socialista y el Partido Popular está condicionando la calidad del sistema sanitario.

Termino reiterando nuestro agradecimiento por haber evidenciado que sí se puede, sí se puede en el sistema sanitario público. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias señora Botejara.

Por último, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Buenos días.

Gracias señor Matesanz por su presentación. Me ha sido muy útil. La verdad es que yo no sabía que la ONT nunca había estado aquí, en la Comisión de Sanidad del Congreso. Esto lo único que demuestra es que en esta legislatura estamos cubriendo algunas lagunas históricas. Efectivamente, llama la atención que una experiencia de éxito, como ha sido la gestión de la donación y el trasplante de órganos en España, no haya tenido presencia aquí, en el Congreso de los Diputados.

Suscribo lo que han dicho el resto de portavoces y quiero expresarle el reconocimiento del Grupo Parlamentario Socialista a toda la labor realizada por la comunidad de profesionales que forman parte del equipo de la ONT y por los equipos autonómicos y hospitalarios que han hecho posible esta historia de éxito. Además del valor que tienen los profesionales de la ONT, que están coordinando las donaciones y los trasplantes, creo que la sociedad española tiene unos valores especiales de altruismo y solidaridad que en otras sociedades, por las razones que sean, culturales, de mercado, etcétera, no existen. En este sentido, me gustaría mostrar un reconocimiento especial a las asociaciones españolas de donantes de sangre, que cuando se inició el desarrollo de la donación de órganos tuvieron un papel muy importante en la sensibilización de las personas para que donasen no solamente sangre sino también órganos sólidos y, posteriormente, otros tejidos. También quiero expresarle mi reconocimiento personal a usted, que ahora va a dejar esta responsabilidad, porque sin duda ha sido un líder, aunque no pueda estar de acuerdo con ese largo recorrido que ha hecho la compañera de Unidos Podemos, que parece que para viajar de Madrid a San Sebastián tiene que ir por La Coruña o algo así y ha hecho unas referencias, que sinceramente no entiendo, a la labor que usted ha hecho y a la supuesta politización o a los criterios de nombramiento de otras jefaturas clínicas, porque experiencias de éxito hay muchas; desde luego la ONT es una de ellas, pero hay otras muchas más.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 10

Usted ha hablado del crecimiento de todas las donaciones, pero quiero preguntarle cuál es la situación de la demanda de órganos en España, es decir, cuál es la situación de las listas de espera en los distintos tipos de órganos y cuáles son las necesidades de órganos todavía no satisfechas, para así saber hasta dónde tendríamos que seguir creciendo. Como ha dicho la señora Ángulo, teniendo en cuenta esas necesidades todavía no satisfechas, me gustaría saber cuál es el potencial de crecimiento y cuáles son las vías para seguir ampliando la donación de órganos.

Hay otra cosa que le quiero preguntar; le haré pocas preguntas, porque mis compañeros ya le han hecho muchas y el presidente ha dicho que existe una limitación de tiempo. Al aire de lo que usted ha dicho sobre el fenómeno que ocurrió aquí con ciudadanos búlgaros y teniendo en cuenta que vamos hacia una mayor integración europea, ¿puede España continuar siendo una isla dentro de Europa en este modelo de éxito de la Organización Nacional de Trasplantes o debemos caminar hacia una red europea de donación y trasplante de órganos, como ya se está haciendo, por ejemplo, con algunos trasplantes infantiles? Y en ese sentido, ¿cuál es el papel que están teniendo la ONT y el Ministerio de Sanidad en los organismos europeos para ir coordinando mejor esta red europea de donación?

Por último, le querría preguntar específicamente sobre la situación de la donación de cordones umbilicales. Me gustaría saber cuál es la situación en España, si realmente hay dificultades por parte de los hospitales para recibir donación de cordones umbilicales, cuál es la problemática del almacenamiento y caracterización de los cordones umbilicales y cuál el papel de la ONT en este sentido.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández.

Doctor Matesanz, tiene la palabra para las respuestas que considere oportunas.

El señor **DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES** (Matesanz Acedos): Muchas gracias por todas sus preguntas, que son bastantes. No voy a seguir el orden estricto en el que han sido planteadas.

Primero, ¿el ejemplo de la ONT es aplicable a otro tipo de aspectos sanitarios? Sin duda, porque la ONT, se ha dicho aquí, es un ejemplo de gobierno clínico de una parcela de la sanidad, pero una parcela que no está diferenciada, porque los cirujanos que hacen los trasplantes de hígado son los mismos que operan de cáncer de colon. Es decir, lo que hemos hecho ha sido extraer lo mucho y bueno que hay dentro del Sistema Nacional de Salud. Es propio de países poco desarrollados tener grandes templos del trasplante en los que se hacen los mayores trasplantes del mundo pero no se llega a la globalidad de la población. Uno de los valores de nuestro sistema es que las diecisiete comunidades están implicadas y realmente uno puede recibir un trasplante con la misma calidad en Madrid, en Barcelona o en Badajoz. Yo creo que esa es una de las grandes cosas de nuestro sistema.

Yo hice un paréntesis, durante el cual estuve fuera de España, en concreto en Italia, y tuve la ocasión de organizar la donación de trasplantes al Gobierno de la Toscana y de organizarles también la oncología, para la que se estableció un sistema totalmente paralelo al de los trasplantes. Aquello funcionó muy bien y sigue funcionando. Creo que en España el modelo de coordinación, que en el fondo es lo que hace la ONT, sería aplicable a la oncología, sería aplicable a las enfermedades raras, sería aplicable a bastantes cosas, pero, evidentemente, hay que ponerse, hay que hablar mucho y hay que hacer muchas cosas, exactamente cómo se ha hecho en la historia de la ONT. A fin de cuentas, la ONT no es más que un modelo de gestión y de coordinación de comunidades, que son las que tienen las competencias asistenciales. Eso está claro, clarísimo. Yo creo que tiene que ser el ministerio quien determine estas parcelas y ejerza su capacidad de coordinación y de liderazgo, que la tiene que tener. Estas dos cosas me parecen fundamentales para seguir avanzando.

Respecto a Croacia, tengo que decir que Croacia es un país curioso. La mayoría de las repúblicas que formaban la antigua Yugoslavia quedaron desmembradas y con un nivel muy bajo en materia de trasplantes. Croacia tenía unas cifras de donación de diez u once por millón hace no más de diez años, y lo que hizo fue copiar el modelo español. Puso coordinadores, médicos intensivistas, en sus hospitales, pero en un caldo de cultivo muy distinto al español, porque en general Europa oriental tiene unas tasas de siniestralidad vial del doble o el triple que las españolas. En consecuencia, haciendo lo mismo, ellos están obteniendo unas tasas de donantes que son muy parecidas a las de España. De todas maneras, Croacia tiene 4 millones de habitantes, es decir, menos que cuatro comunidades españolas, con lo cual, a la hora de valorar esos datos, tienen mucho más valor los 28 donantes por millón de Francia, que es un país con un muy buen sistema, que los de los países pequeñitos, que de un año a otro pueden tener grandes

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 11

variaciones. De todas formas, Croacia es el ejemplo claro de que el modelo español se puede trasladar. De hecho, todo el sur de Europa está muy inspirado con el modelo español, tanto el norte de Italia, como Francia, como Bélgica y como Portugal, que también está en unas cifras de donantes muy similares. Hubo un momento en el que pareció que Portugal nos iba a pasar, y no nos pasó porque su sistema se vino abajo con la crisis económica, pero se está recuperando, y la verdad es que Portugal tiene un sistema espléndido, exactamente igual que lo tenemos nosotros, al menos en materia de donación.

Me preguntan cómo hemos llegado aquí, cuál es la receta. Pues las recetas son muchas. Sin duda, son muchas cosas unidas. La ONT ha sido una agencia de servicios en favor de la donación y del trasplante para todo el país. Los trasplantes se hacen en los hospitales y los hacen profesionales muy buenos, pero nosotros somos los encargados de hacer todo lo que no se puede hacer desde los hospitales y lo que muchas veces no pueden hacer las comunidades *per se*, porque necesitan una coordinación tanto desde el punto de vista legal como formativo. Nosotros hemos formado a más de 18.000 profesionales en estos 28 años; formamos a todos los intensivistas que acaban su residencia en materia de donación y trasplante, formamos a todos los médicos urgenciólogos y ahora estamos formando en trasplante de progenitores hemopoyéticos. Es decir, dedicamos el mucho o poco presupuesto que tenemos a formación. Nos parece que este es un aspecto absolutamente fundamental en el sistema para que todo siga. Al final, esa profesionalización de la gestión de todos los aspectos del trasplante es lo que realmente funciona, eso y haber sido muy firmes en unos criterios de distribución que están pactados con los profesionales y con las comunidades autónomas y que se cumplen a rajatabla. Nadie puede decir que ha habido la más mínima alteración durante esos 28 años, porque en países donde las ha habido —Alemania es uno de ellos, con fraudes generalizados en las listas de espera— la donación de órganos ha caído en picado. Esto podría haber ocurrido en España si realmente se hubiera detectado un fraude, que desde luego no se ha detectado. Esa garantía que tienen el paciente y el donante de que el órgano que se done va a ir al receptor más adecuado, esté en el punto de España en el que esté, es uno de los valores fundamentales que hacen que el ciudadano confíe, y no solamente que confíe en su sistema de trasplantes, sino que esté muy orgulloso de él. Yo creo que ese orgullo español por su sistema de trasplantes es algo totalmente básico y que hace que las cosas funcionen. También creo que este es un triunfo coral, que realmente la sociedad española tiene una enorme solidaridad. A fin de cuentas, esto no funciona si no se donan los órganos o si no se dona la médula o si no se dona el cordón, de manera que aquí hay un buen caldo de cultivo sobre el que actúa un buen sistema sanitario, y eso, en el fondo, es lo que funciona.

La gestación subrogada es un tema complicado, sin duda, en el que hay quien ha propuesto que se aplique un modelo legislativo parecido al de los trasplantes en España. Es perfectamente factible aplicarlo, por ejemplo, cuando la gestación subrogada se hace con una mujer dentro de la familia o con algún allegado que lo hace de una forma voluntaria y sin retribución. En el fondo, eso es lo que ocurre con la donación de un riñón o con la donación de un fragmento de hígado. En España, la legislación garantiza, mediante un control primero del médico y después del juez, por una parte, que las donaciones sean altruistas, es decir, que no haya retribución ni compensación, y por otra parte, que no haya coacción en el seno familiar, que es el siguiente peligro después de la retribución. Evidentemente, eso podría servir para un porcentaje de gente que quisiera acceder a la gestación subrogada en nuestro país. Hay que tener en cuenta, por ejemplo, que en los trasplantes de útero que se han hecho en Suecia la inmensa mayoría de las donantes han sido las madres de las personas que no podían tener hijos. Podría ser un número relativamente significativo, al que habría que añadir el tema del buen samaritano. El buen samaritano es un concepto curioso que en países anglosajones existe desde hace muchos años; es una persona que, sin conocer al receptor, de una forma totalmente altruista, se ofrece para darle un riñón o un fragmento de hígado. La verdad es que nosotros nos resistíamos a adoptar la figura del buen samaritano, porque pensábamos que detrás podía haber algún tipo de comercialización, pero viendo que en la literatura inglesa y norteamericana sobre todo estaba bastante extendido, hace unos años lo introdujimos, y ha funcionado bien. Lo hicimos con muchísimas precauciones, para evitar cualquier tipo de distocia, y la verdad es que a la ONT y a los hospitales se han ofrecido cerca de 300 buenos samaritanos. Al final hemos recogido muy pocos, porque somos muy estrictos, pero es un procedimiento que podría generarse para un número, el que fuera, de gestaciones subrogadas. Según las últimas cifras que he leído sobre este tema, en España eran más de 1.000 niños, y probablemente los números vayan *in crescendo*, o sea, que probablemente con esto no se cubrirían todas las necesidades, pero me parece que ese modelo legal podría servir de arquetipo para una futura legislación en este tema.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 12

En cuanto a las listas de espera, tengo que decir que la lista de espera en trasplantes es un concepto muy posibilista, es decir, la listas son más bajas en aquellos países donde no se trasplanta y son más altas en aquellos países donde se trasplanta mucho, porque aquí la oferta genera demanda, es decir, la lista de espera de los equipos necesariamente tiene que ser posibilista; un equipo que hace, por ejemplo, 50 trasplantes de hígado no puede empezar el año con una lista de espera de 400, porque eso es irreal. En consecuencia, los propios médicos se autorregulan seleccionando los casos. Por ejemplo, hablo del hígado; si nosotros en este momento estamos haciendo 2.000 trasplantes de hígado todos los años y es verosímil que gracias a los medicamentos antihepatitis C disminuya parte de esa demanda por los virus C, seguiríamos trasplantando 2.000, porque se incluirían en lista de espera otras indicaciones —por ejemplo, tumores de un calibre que en estos momentos no se consideran adecuados pero que en algún país sí se están trasplantando— y así sucesivamente. Eso lo hemos vivido, por ejemplo, cuando prácticamente desapareció la hepatitis B, pero en seguida subieron otras indicaciones. Con la hepatitis C lo vamos a ver igual; va a bajar el número de indicaciones por hepatitis C pero van a subir los tumores. En consecuencia la lista de espera nunca va a desaparecer. Nosotros hemos hecho algo que es como la cuadratura del círculo, y es que la lista de espera en España a 31 de diciembre del año pasado era más baja que la que teníamos cuando empezó la ONT, hace 28 años, pese a que la población española ha aumentado en cerca de 10 millones de habitantes. Eso significa que en relación con la población ha ido bajando, la hemos mantenido a raya. El año pasado, con cifras récord, las listas de espera bajaron; no mucho, pero bajaron en todos los órganos, en riñón, hígado y corazón. Ahora, la demanda de órganos es ilimitada, porque cada vez se trasplanta a gente de edades más avanzadas el corazón y el riñón. Estamos trasplantando pacientes de ochenta y tantos años a los que les damos una oportunidad de vivir los últimos años que les queden de vida sin estar enganchados a una máquina, y realmente eso funciona, y lo mismo podría decirse prácticamente de todos los órganos. Así que la respuesta a la pregunta de si vamos a reducir o a eliminar la lista de espera es que no, porque a medida que tengamos más órganos para trasplantar los trasplantaremos. Las líneas de desarrollo para tener más donantes son las que están iniciadas, sobre todo la donación en parada cardiaca, que no ha alcanzado todavía el 100% y que tiene que seguir creciendo —de hecho, hemos puesto cómo ha ido creciendo en estos meses de este año y cómo va a seguir creciendo—, y la colaboración con los médicos de urgencias. Con esas dos líneas España va a seguir creciendo por lo menos durante unos años, lo que pasa es que después habrá que desarrollar nuevas cosas, porque la necesidad de hacerlo es absolutamente clara.

El tema del trasplante de vivo, que es una de las preguntas que se ha planteado aquí, se ha intentado potenciar de todas las maneras. El trasplante de vivo en general tiene un problema de vasos comunicantes con el trasplante de donante fallecido. En aquellos países, como España, donde el trasplante de donante fallecido es muy amplio, la opción del trasplante de vivo es más reducida, porque la gente se trasplanta muy pronto, es decir, se trasplanta nada más entrar a diálisis y no llega al trasplante de vivo. Los países que tienen más trasplante de vivo son los que tienen muy poco trasplante de donante fallecido. Nosotros hemos intentado mejorar el trasplante haciendo lo que se llaman cadenas, es decir, si alguien le quiere dar un riñón a un familiar pero no son compatibles, se busca otra pareja donante-receptor en otro punto de España y se intercambian el riñón. Esto a veces se hace en una cadena que puede tener 3, 4 o 5 eslabones, y la verdad es que es bastante frecuente y ha arreglado bastantes problemas de personas que llevaban mucho tiempo sin trasplantar porque habían recibido ya varios injertos. Está funcionando bien y también está funcionando el donante altruista, el buen samaritano, que es a lo que me refería anteriormente en el tema de la gestación subrogada. Hemos trasplantado ocho o nueve donantes altruistas con los que hemos podido hacer cadenas de este tipo. Creo que esta es una de las figuras que merecen más reconocimiento por parte de la sociedad, porque son personas que le dan un riñón a un desconocido al que ni siquiera van a conocer en toda su vida. Me parece el ejemplo de generosidad más palpable al menos de los que yo haya visto. Es una cosa verdaderamente importante.

En el tema de la médula, en España desarrollamos los progenitores hemopoyéticos; aquí hay que meter en el mismo saco el cordón umbilical y la médula, porque en ambos casos son células madre sanguíneas. En España hicimos un especial hincapié en el tema del cordón en la pasada década y la verdad es que se hizo un esfuerzo muy importante por recoger unidades de cordón en los centros públicos. Como decía, tenemos unas 60.000, cuando en todo el mundo hay 600.000, o sea, es una cantidad enorme. El problema con el cordón es que ha dejado de tener el atractivo científico que tenía hace diez años. En un momento determinado se pensó que podía ser la gran alternativa para la médula —y lo es, sobre todo en los niños, y ha permitido trasplantar a muchos—, pero la hematología es una ciencia que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 13

cambia continuamente, y en estos momentos, no en España sino en realidad en todo el mundo, las indicaciones de trasplante de cordón siguen otra tendencia, con lo cual los países se están replanteando muy seriamente seguir almacenando cordones. Nosotros hemos decidido, en colaboración con los hematólogos y con todas las comunidades, que lo más pragmático es seguir teniendo un crecimiento vegetativo del volumen de cordones, pero hay países que han dejado de recogerlos. Sin embargo, todavía son útiles, de hecho España es un país muy exportador de cordones, por lo que la línea que seguimos es continuar con un crecimiento vegetativo de los cordones, que es lo que estamos haciendo ahora: 2.000 o 3.000 al año más la reposición de los que se gastan todos los años en trasplantes. Esa es la línea.

En cuanto a médula, cuando acabamos el plan de cordón fue cuando empezamos con el Plan Nacional de Médula, que lo que ha significado en realidad ha sido una reconsideración total de todos nuestros sistemas de recogida de donantes de médula. Se ha hecho más accesible a la gente y se han centralizado los puntos de tipaje, al menos para una serie de comunidades, focalizándolos en Madrid, Barcelona, Málaga y el País Vasco, y eso ha permitido un crecimiento espectacular, que ha alcanzado esas cantidades de los 200 donantes al día. A partir de aquí, se desarrolló una disposición legal, que es una de las cosas que les he mostrado antes, que en su momento, cuando se hizo, fue conflictiva, pero que al final se vio que realmente tenía que ser así. En España prohibimos expresamente los llamamientos para una persona determinada. No se puede andar por la calle pidiendo un hígado, y afortunadamente eso ya no lo vemos desde hace muchísimos años, desde hace décadas, pero tampoco se puede pedir una donación de médula para una persona concreta. En ese sentido, el ejemplo de Pablo Ráez ha sido muy positivo, porque Pablo, que ya tenía donante, estaba pidiendo donaciones para todas las personas que necesitaran un trasplante. Hay que decir que los llamamientos locales en la médula nunca jamás han dado como resultado que se haya encontrado el donante en el entorno vecinal del paciente, jamás. Es un problema estadístico, porque cuando uno necesita una médula, un cordón, se busca en el registro mundial, que en estos momentos está entre 29 y 30 millones de donantes. Por tanto, si haciendo un llamamiento surgen 100, 200 o 500 donantes, la posibilidad estadística de que eso sea más potente que los 30 millones es cero. En consecuencia, cuando uno hace ese llamamiento, muchas personas se pueden apuntar, pero esas personas son lo que se llaman donantes emocionales, es decir, se apuntan para su vecino o para su compañero, pero si luego les llaman para donar a un australiano o a un norteamericano o a un alemán dicen que no, y eso es muy desagradable. Para nosotros, eso es muy desagradable cuando se produce, porque a veces se encuentra un donante en el otro lado del mundo y resulta que el donante dice que no. Afortunadamente eso en España es mínimo, se ha dado muy poquitas veces, pero hay que evitarlo desde todos los puntos de vista. En ese sentido, la campaña de Pablo Ráez ha sido muy positiva, muy positiva, porque que ha generado un estilo y sobre todo ha llegado a los jóvenes, que son los donantes potenciales número uno. Hay que tener en cuenta que para donar médula se tienen que tener entre dieciocho y cincuenta y cinco años, pero claro, si te apuntas cuando tienes dieciocho, estás treinta y tantos años en el registro, y si te apuntas cuando tienes cincuenta, estás cinco años y ya. Por eso, el público potencial más potente como donante es el público joven. En ese sentido, los números cantan. En todos los lados donde se ha visto la campaña, fundamentalmente en Andalucía, pero realmente en toda España, la influencia de Pablo Ráez ha sido espectacular y nos ha permitido aumentar de una forma muy clara.

El señor **PRESIDENTE**: Hemos aprendido mucho. En nombre de la Comisión, le quiero dar las gracias por su presencia, por la información y por las explicaciones que nos ha dado, que seguro que nos han enriquecido a todos y a todas. Muchas gracias y esta es su casa para cuando quiera.

— **DEL PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES (CASTILLO ARENAL), PARA QUE EXPLIQUE LAS PROPUESTAS DE LOS PACIENTES DE CARA A LA PRESENTE LEGISLATURA Y EXPONGA LOS RESULTADOS DEL BARÓMETRO ESCRÓNICOS 2015. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 219/000117).**

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, damos la bienvenida a don Tomás Castillo Arenal, presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, para que explique las propuestas de los pacientes de cara a la presente legislatura y exponga los resultados del barómetro EsCrónicos 2015, a petición del Grupo Parlamentario Ciudadanos. Tiene la palabra el señor Castillo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 14

El señor **PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES** (Castillo Arenal): Señores diputados, es un honor estar hoy aquí, comparecer ante esta Comisión de Sanidad, como presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, y traer la voz de millones de pacientes y sus familias a esta Cámara; esta comparecencia será aun más importante si nos sirve para avanzar y mejorar sus vidas.

Hace más de dos años, 26 organizaciones de pacientes que trabajamos a nivel estatal dimos un gran paso construyendo esta plataforma que nos permite trabajar juntos, unidos en una sola portavocía, para hacer llegar con mayor representatividad nuestra visión y nuestros planteamientos a los responsables sanitarios, a los grupos políticos y a la sociedad. Nunca hasta ahora 26 grandes organizaciones de pacientes se habían unido en una confederación. Hemos dado sin duda un paso histórico, que ha marcado el inicio de una nueva andadura de los pacientes con absoluta autonomía, sin tutelas. Las organizaciones de la plataforma compartimos objetivos y hemos visto la necesidad de organizarnos, definir nuestras necesidades, fijar prioridades de forma conjunta y establecer estrategias que beneficien a todas las personas cuando tengan una dolencia. Es por tanto un proyecto para toda la ciudadanía. Hemos creado y ponemos en marcha la plataforma para dar respuesta al reto de actualizar la gobernanza de este movimiento ciudadano y social, para que seamos los propios pacientes y las asociaciones que nos agrupan quienes ejerzamos una representatividad firme y eficaz y para trabajar con los representantes de la ciudadanía, como ustedes, y con las administraciones públicas para mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud.

La plataforma tiene como estrategias, en primer lugar, la de conocer permanentemente la realidad y las necesidades de los pacientes, contando con la información más relevante que nos permita reforzar la fundamentación y la argumentación en todas las actuaciones de incidencia institucional y ciudadana dirigidas a reivindicar y proponer mejoras en nuestro Sistema Nacional de Salud. Un ejemplo es el estudio EsCrónicos que más adelante voy a exponerles.

La segunda estrategia es empoderar a los pacientes, a las personas con enfermedades o con síntomas cronicados en el conocimiento del ejercicio de sus derechos, para conseguir su máxima implicación, participando en el diseño y aplicación de las políticas sociales y sanitarias como protagonistas de la transformación de los servicios de salud, para disponer de una oferta de calidad innovadora, amplia y suficiente. En muchos foros se escucha últimamente que los pacientes deben ser el centro del Sistema Nacional de Salud o se habla del empoderamiento de los pacientes. Podemos comprobar que, lamentablemente, esto aún no es una realidad. Para que así sea hace falta una clara voluntad política que haga cumplir todas aquellas normativas que posibiliten una auténtica participación ciudadana. Debemos y queremos estar presentes en todos los comités, en los consejos de salud, allí donde se tomen las decisiones que tengan que ver con nuestra salud.

Una tercera estrategia es la de actuar y cooperar por la transformación, mediante la activación de todas las posibilidades de colaboración y alianzas con otras organizaciones, como son las administraciones públicas, las entidades sociales, empresas, industria farmacéutica y otras plataformas internacionales, que permitan una mayor efectividad en la consecución de nuestra visión y en el ejercicio de nuestra misión. Ya hemos firmado acuerdos con organizaciones de profesionales, como sociedades científicas, la industria, entidades sociales, y estamos a la espera desde hace dos años de formalizar un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que sienta las bases de la participación de los pacientes como agentes en las políticas públicas de salud y unas líneas de trabajo conjuntas para compartir una agenda política. Tras dos años de espera consideramos que ha llegado el momento de que el Ministerio de Sanidad dé este importante paso y así se lo hemos hecho saber, porque no olvidemos que aquí, en esta Comisión, y en el Ministerio se toman decisiones que afectan a nuestra vida diaria y nuestro día a día.

Una cuarta estrategia es la de impulsar el compromiso ético en el tratamiento, la investigación, la atención y los apoyos a los pacientes por parte de todos los agentes que intervienen en los sistemas de salud y por parte de las entidades que les representan.

Por último, la quinta es trabajar en el desarrollo de este movimiento ciudadano unitario que hemos emprendido, agrupando al mayor número posible de entidades de pacientes, constituidas exclusivamente por pacientes y sus familiares, que quieran trabajar para mejorar sus derechos y para lograr que los disfrute toda la ciudadanía. Somos conscientes de que para conseguir sistemas de salud orientados al paciente somos los propios pacientes quienes hemos de protagonizar el cambio, por eso, como ya les adelantaba, nuestro lema es el paciente como protagonista, más que el paciente en el centro, como sujeto

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 15

pasivo. Apostamos por ser protagonistas de nuestra salud, pero para eso necesitamos, señorías, su colaboración. Precisamos de nuevas herramientas, vías y estrategias que otorguen a los pacientes la voz y la fuerza para esa profunda transformación de nuestro Sistema Nacional de Salud que la ciudadanía anhela y reclama. Creemos sinceramente que si el paciente ocupara el protagonismo que le corresponde como un agente importante en el sistema sanitario se podrían implementar cambios razonables. Las políticas sanitarias se diseñan y aprueban en ocasiones para los pacientes, pero en muy escasas ocasiones se valora su opinión. Hasta ahora, en las grandes decisiones que han afectado al sistema sanitario apenas se ha tenido en cuenta al movimiento asociativo de pacientes. Las administraciones sanitarias tienen que aceptar, más allá de las palabras o algunos gestos de buena voluntad, que los titulares del derecho a la salud son los pacientes y los usuarios de la sanidad, en definitiva, todos nosotros, señorías. Desde esa convicción, pedimos que se dote al sistema de los instrumentos jurídicos necesarios para que los contactos y las negociaciones, en su caso, con el movimiento de pacientes sea reglado y reconocido. Aspiramos a ser pacientes bien informados y formados, usuarios con pensamiento crítico, con capacidad para opinar. Esos pacientes no solo colaborarán mejor con los profesionales, que ya es importante, sino que contribuirán a mejorar el propio sistema público de salud. El paciente debe recibir las atenciones como sujeto activo y el sistema sanitario debe contribuir a que el movimiento de pacientes coopere y se corresponsabilice. Pretendemos que la implicación de los pacientes sea la fuerza para conseguir que nuestros sistemas de salud nos ofrezcan una atención integral y personalizada en condiciones de acceso universal, equidad, transparencia y sostenibilidad.

Partimos de una realidad que plasma cada año el estudio EsCrónicos, que ya está en su tercera edición. Es una encuesta similar al barómetro sanitario pero dirigida exclusivamente a personas que conviven al menos con una enfermedad crónica. Según este estudio, nueve de cada diez pacientes crónicos afirman que el Sistema Nacional de Salud necesita cambios y cinco de cada diez consideran que estos cambios deben ser importantes. Ante esta situación no es válida la opción de girar la mirada hacia otro lado, es una firme llamada de atención a quienes toman decisiones sobre la salud. La encuesta, que ha sido diseñada por las entidades de pacientes con el asesoramiento técnico de investigadores de la Universidad Complutense de Madrid, arrojaba un 6,1 como la nota que los pacientes crónicos daban a la atención sanitaria recibida, según 2.335 entrevistas realizadas en 2016. En estos momentos nos encontramos en la fase de la cuarta edición de recogida de datos. El barómetro distingue además en distintos aspectos la opinión de los pacientes que están asociados a una organización de los que no lo están. La muestra evidenció que el paciente asociado tiene mejor estado de salud y consume un número menor de medicamentos que el no asociado, lo que es un reflejo de la educación sanitaria que trabajamos desde nuestras entidades. Pero también del barómetro se deducen recomendaciones a los gobiernos. Según el barómetro, las principales mejoras que deberían abordar los gestores de la sanidad pública en atención a los pacientes con enfermedades crónicas serían seis, el primero, reducir el tiempo de espera para conseguir la cita; el segundo, ofrecer información sobre los tratamientos de mayor medida; el tercero, mejorar la coordinación entre los distintos especialistas que intervienen en el tratamiento; el cuarto, mejorar el acceso a la atención psicológica; el quinto, eliminar las barreras que dificultan el acceso al tratamiento, y el sexto, eliminar las diferencias en la prestación sanitaria entre las comunidades autónomas.

Como principales conclusiones del barómetro les diría que los datos demuestran que los pacientes crónicos confían en el Sistema Nacional de Salud, pero es acuciante abordar los cambios que necesita. Las diferencias en las comunidades autónomas en la atención sanitaria es uno de los mayores problemas a los que nos enfrentamos los pacientes; la equidad debe ser un principio estratégico de nuestro sistema. Las diferencias entre las políticas sanitarias de las comunidades autónomas constituyen una de las principales barreras en el acceso al mejor tratamiento, hay comunidades autónomas que subvencionan unos medicamentos o ayudas técnicas y otras no, a los desplazados se les pone límites en ocasiones en el número de medicamentos recetados, no se les deriva a especialistas también con cierta frecuencia o no se realizan análisis si no son urgentes. Este panorama es el que afrontan día a día los pacientes y sus familiares.

Nuestros objetivos como Plataforma de organizaciones de pacientes son defender un modelo de la sanidad pública universal, gratuita, sostenible y de calidad, con una financiación suficiente, sustentada en la progresión de los impuestos y la solidaridad como instrumento de cohesión social y de igualdad. Tenemos serios problemas para garantizar el derecho de todos los pacientes a ser atendidos y a recibir el tratamiento en las mismas condiciones que los residentes cuando nos encontramos desplazados en otras comunidades autónomas. Necesitamos con urgencia una normativa que evite las trabas burocráticas en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 16

la atención en caso de derivaciones con desplazamientos y que nos permita sentirnos iguales y no ciudadanos de segunda, con cartillas diferenciadas y, en ocasiones, con menos derechos. Necesitamos que se eliminen las diferencias territoriales en la asistencia sanitaria y en el acceso a los tratamientos. La misma enfermedad ha de ser tratada de similar forma en todas las comunidades y entendemos que el ministerio tiene que garantizar una cartera de servicios comunes suficiente. Y si no se puede disponer de los mismos recursos, como ocurre en muchas enfermedades poco frecuentes o incluso con las de mayor incidencia, al menos que se realice una derivación automática para que los pacientes podamos ser atendidos por unidades especializadas o de referencia. No podemos avanzar, señorías, en una normativa europea sanitaria transfronteriza para garantizar a los ciudadanos de cualquier país europeo ser atendidos en igualdad de condiciones en España a la vez que aumentamos cada vez más las barreras dentro de nuestro propio país. El excelente funcionamiento de la Organización Nacional de Trasplantes es prueba de que lo sabemos hacer.

Especial preocupación nos causan las dificultades para el acceso a los medicamentos y tratamientos de última generación, donde a los excesivos trámites para su autorización se suman las trabas para su adquisición, retrasando demasiado la dispensación a los pacientes que, en muchos casos, siguen aún esperando. Señorías, para quien padece una enfermedad el tiempo adquiere una dimensión especial y los tiempos administrativos suelen ser demasiado largos, con frecuencia la persona con una enfermedad no puede esperar; unos meses de retraso pueden marcar la diferencia entre la esperanza de seguir viviendo o llegar demasiado tarde.

Por fortuna, estamos ante el escenario de una nueva generación de medicamentos que pueden curar o paralizar enfermedades hasta ahora incurables. Son compuestos en ocasiones caros que pueden superar los presupuestos ministeriales o de comunidades autónomas. Por ello solicitamos un plan de Estado plurianual que garantice el acceso a los tratamientos de última generación. Se trata de una inversión en la salud de los ciudadanos que será rentable no solo en lo que a la calidad de vida se refiere, sino que se ahorraría en prestaciones por bajas laborales, en costes farmacéuticos por consumo prolongado de medicamentos o en costosísimas hospitalizaciones. La salud no es solo bienestar, que ya es un gran logro en sí mismo, es también mayor productividad de las personas que se traduce en generación de ingresos, lo que sin duda puede convertir en positivo el balance económico y la sostenibilidad del sistema a largo plazo.

La plataforma manifiesta una particular sensibilidad con los pacientes con enfermedades o con síntomas cronicados y tiene entre sus reivindicaciones la defensa de un marco jurídico que reconozca y proteja expresamente la cronicidad. Es necesario reconocer la situación de cronicidad que afecta a millones de personas que comienzan cada día afrontando no solo los síntomas de una enfermedad que no tiene cura, sino el impacto que está produciendo en su vida la dedicación a los cuidados que requiere, los efectos económicos, el riesgo de pérdida de su puesto de trabajo, las consecuencias del cambio de la imagen personal, la necesidad de contar con la información adecuada sobre la enfermedad, sobre su manejo cotidiano y una formación que permita afrontar la nueva situación. La cronicidad, señorías, puede ser un concepto jurídico diferenciado porque se refiere a una situación generada por una enfermedad que no tiene expectativas de cura y al impacto que produce en cada persona individualmente entendida. Muchas personas tienen enfermedades crónicas que no cursan con incapacitación porque su enfermedad no condiciona su movilidad o su capacidad intelectual en grado suficiente como para tener un reconocimiento del 33% exigido. Tampoco se les reconoce la situación de dependencia porque su desempeño en las actividades básicas de la vida diaria no les permite alcanzar los baremos más básicos, pero sí tienen importantes limitaciones para desarrollar la vida que tenían antes de presentarse la enfermedad. La situación de cronicidad implica otros aspectos que impactan en la vida de muchas personas a quienes se les niega el reconocimiento de la discapacidad y de dependencia; deberían estar claramente protegidos pero están fuera de la mínima protección social. Existe un vacío legal en este momento entorno a cinco aspectos que quiero señalarles para acabar mi intervención.

Es imprescindible regular el derecho a la información de la persona que está en proceso de diagnóstico de una enfermedad crónica, es un derecho que debe garantizar que la persona ha comprendido el alcance y consecuencias de la enfermedad que se le ha detectado. También ha de protegerse con mayor claridad la información sobre la propia enfermedad que padece la persona. El Sistema Nacional de Salud proporciona el soporte técnico y garantiza la disponibilidad de esa información en cualquier parte de España, pero la autorización de su uso es prerrogativa de la persona, que debe disponer de las claves de acceso y la libertad de proporcionársela al especialista autorizado que considere. Hemos de superar la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 17

situación actual en la que los datos los tiene el sistema y los comparte con el paciente solo en algunos casos o solo en parte. La persona interesada debe poder disponer de ellos aunque sea para viajar tranquila sabiendo que si le ocurre algo fuera de su localidad rápidamente se podrá acceder a la historia digitalizada. Es fundamental en esta situación que estamos padeciendo de escasa coordinación entre comunidades autónomas que tienen sistemas no compatibles, incluso entre centros de la misma comunidad. La información es patrimonio de la persona y solo de ella, aunque sea el Sistema Nacional de Salud quien la proporciona y garantiza su fiabilidad. También abogamos por el derecho a la formación: la ley debe proteger este derecho fundamental que permitirá afrontar enfermedades con menor impacto en la vida de la persona, tratarlas en entornos más comunitarios para así utilizar en menor medida los servicios hospitalarios, avanzando en una medicina personalizada, en el manejo de muchos síntomas de la enfermedad por la propia persona, mejorando de esta manera sustancialmente el uso más racional del Sistema Nacional de Salud. También debemos de proteger la propia imagen, nos parece fundamental proteger el derecho a la imagen que se ve alterada como consecuencia de la enfermedad; perseguir incluso las conductas de discriminación y estigmatización de las personas afectadas. Son tareas que tenemos pendientes en una ley de protección de la situación de cronicidad que debería regular este derecho constitucional de todas las personas y evitar el doble sufrimiento de tener que enfrentarnos a una enfermedad incurable y a sectores de la sociedad que nos marginan por nuestro cambio de imagen. También se ha de proteger el derecho a mantener el empleo. Estamos planteando la necesidad de crear una figura que denominamos de incapacidad laboral transitoria por cronicidad cuyas bajas laborales no computen ni se acumulen, facilitando así mantener el puesto de trabajo pero protegiendo también la facilidad del empleador para sustituir a la persona sin mayor coste, como ocurre con la baja por maternidad actualmente. Y, por último, proteger el derecho a unos ingresos vitales, poniendo freno al empobrecimiento vinculado a la cronicidad, puesto que es conocido que para muchas personas, para miles de familias, la cronicidad implica tener menos ingresos y muchos más gastos, incluso muchos de ellos no protegidos por el Sistema Nacional de Salud.

La ley que proponemos, señorías, permitirá un avance social y de calidad de vida a millones de personas como el producido por el reconocimiento de la discapacidad en 1982 o la situación de dependencia en 2006. Nos parece indispensable abrir un debate para adaptar un Sistema Nacional de Salud diseñado actualmente para la atención a las situaciones agudas y avanzar en un sistema pensado para la creciente cronicidad. Es necesario proteger a las personas que se encuentran en esta situación mediante una ley que nos permita avanzar en los aspectos mencionados, también en la prevención y en la imprescindible investigación, cuyo patrocinio debería recibir mayores incentivos fiscales porque es donde tenemos toda la esperanza para encontrar una curación de nuestras enfermedades.

Llegará un día, señorías, en que todos seremos pacientes crónicos y necesitaremos un Sistema Nacional de Salud preparado para atendernos, igual que hoy lo está para atender a los pacientes agudos. Muchas gracias por su atención, señorías, y por brindarnos esta oportunidad de expresarnos como sociedad organizada para mejorar la vida de todas las personas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castillo. Siento haberle azuzado para que fuera más rápido, pero vamos fatal de tiempo porque la Comisión tiene que concluir sí o sí, como saben, a las 3, hora en la que empezará el Pleno. Cada uno de los grupos dispondrá de cinco minutos. En primer lugar, en nombre de Ciudadanos, que es el grupo que ha solicitado la comparecencia, tiene la palabra el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, Tomás, por acudir a explicar vuestro baremo y a explicar la situación de los pacientes. Creo que si alguien debe comparecer en primer lugar en una legislatura ante una Comisión de Sanidad naturalmente son los pacientes porque para ellos está pensado el sistema.

Desgraciadamente en este país, como es sabido y como ocurre en muchas ocasiones, no tenemos una única organización, tenemos una organización muy grande y otras organizaciones más pequeñas. Nosotros hemos llamado a la que primero nos ha planteado comparecer y sobre todo a la que tiene una herramienta para nosotros muy importante que es un método de evaluación externo del sistema. No nos parece importante su opinión solo porque son pacientes sino porque han hecho algo en lo que les vamos a pedir que profundicen, que es dedicarse a evaluar el sistema de manera objetiva y de manera medible. Esa evaluación nos ha dado como resultado que igual el sistema no es tan bueno como presumimos todos los días, un sistema que tiene una valoración de un 6,1, un sistema en el que nueve de cada diez personas de las que lo usan de verdad, todos los días, opinan que necesita cambios; no son las personas que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 18

utilizan el sistema de manera accidental o que no lo usan, sino nueve de cada diez que sí lo hacen las que dicen que necesita cambios y que cinco son urgentes importantes. Por eso hay que tomarlo en cuenta.

Nos ha hablado de algo que para nosotros es muy importante. Queremos solicitarle ideas y sobre todo colaboración para intentar solucionar ese problema de la desigualdad en el acceso a los servicios, en el acceso a los tratamientos, la desigualdad entre autonomías, la desigualdad entre pacientes. Nosotros creemos que esto necesita ser evaluado también, necesita ser objetivado y os vamos a pedir colaboración. En nuestro grupo somos bastante pedigüños, vamos a pedirte más cosas a lo largo de esta Comisión.

Tiene toda la razón, es una de las mayores preocupaciones de los pacientes y de cualquier legislador que un español no sea atendido en condiciones de igualdad por residir en un sitio o en otro, por eso nosotros también creemos en la transparencia y queremos que nos ayudéis con la transparencia, con la emisión de informes sobre resultados de salud, de incidencia de patologías y de diferencias entre comunidades, y os pedimos que desde vuestra plataforma nos ayudéis a poder comparar cuáles son los resultados, cuáles son los tratamientos en una comunidad y otra, porque sois el evaluador perfecto.

Hay algunas preguntas que me gustaría hacer también sobre la cronicidad y la situación laboral. Nosotros hemos iniciado varias proposiciones no de ley para acabar con la exclusión en los puestos de trabajo por catálogo, algo que está muy extendido en la Administración pública. Aún a día de hoy en España siguen estando excluidos de puestos de policía o de bomberos pacientes con VIH —lo cual no tiene ningún sentido—, pacientes diabéticos, pacientes con úlcera gastroduodenal, aún se sigue excluyendo por catálogo, y nosotros queremos solicitar vuestra opinión y también vuestra ayuda para acabar con una cosa que está completamente fuera de la realidad.

El aspecto contrario también nos preocupa, nos preocupa que ahora haya una tendencia que en esta Comisión se ha reiterado, pues ya hemos visto en dos ocasiones solicitar grados de dependencia por diagnóstico. Creemos que esto es una aberración, que tenemos que mantener una valoración individualizada de los pacientes, pero necesitaremos vuestro apoyo. No creemos que se deba de adjudicar a un diagnóstico un grado de discapacidad. Es algo que está ocurriendo y estamos recibiendo solicitudes reiteradas, pero sin el compromiso de las organizaciones de pacientes no vamos a poder enfrentar estas demandas. Me gustaría conocer tu opinión.

Has hablado del derecho a la información, del derecho al acceso a la historia clínica y el lamentable acceso a la historia clínica digital del sistema, de hecho se nos ha planteado incluso realizar la nueva tarjeta social aparte de la sanitaria cuando la sanitaria todavía no la tenemos desarrollada. Nosotros creemos que todo esto debería estar solucionado con el DNI, sin más, porque para eso estamos en el siglo XXI. Me gustaría conocer la opinión de la plataforma sobre el caso de pacientes a los que el sistema se resiste a proporcionarles información, porque si alguien tiene que defender a los pacientes se supone que seréis vosotros y hay comunidades autónomas que se niegan a suministrar esa información, lo cual va a perjudicar a esos pacientes.

Voy a concluir. Os doy las gracias, os pido colaboración, que no cejéis en el empeño de evaluar cada día más el sistema. Y voy a hacerte una última pregunta que ya te formulé hace dos meses: ¿habéis implementado la frecuentación de urgencias en los pacientes crónicos como indicador en vuestros próximos barómetros?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Igea.

Por el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Botejara.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Estamos de acuerdo con todo lo que se ha dicho aquí, así que nos vamos a centrar en un eje fundamental que es la inequidad y la inaccesibilidad. El doctor Castilla lo ha expuesto claramente.

Tenemos diecisiete sistemas autonómicos y actualmente, como ya sabemos, tienen una accesibilidad entre ellos muy complicada debido a que desaparecieron los fondos de cohesión, a que los fondos de garantía se presupuestaron el año pasado con 0 euros. Es una situación grave que de unas comunidades a otras no se puedan derivar pacientes a las unidades de referencia correspondientes. Esto es complicado no solo en los grandes macrohospitales de Madrid o de Barcelona, que antes eran las unidades de referencia, sino que actualmente tenemos unidades de referencia para enfermedades raras distribuidas entre todas las comunidades autónomas y son totalmente inaccesibles unas para otras. Este es un nivel de inaccesibilidad.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 19

Otro nivel de inaccesibilidad es el que se ha comentado y que padece el paciente a nivel individual cuando se traslada de una comunidad a otra. Como hemos comentado en la última Comisión de Sanidad, llevamos cuatro años con la tarjeta electrónica y la han implantado dos comunidades. ¿Cuántos años tienen que pasar? Este proyecto no es adecuado ni resuelve los problemas que ahora mismo tiene la población española. Nosotros apoyamos a la plataforma porque se puede cambiar la situación, como hemos visto anteriormente en la comparecencia del coordinador nacional de trasplantes, se puede, pero se necesita un proyecto serio, organizado, para que nuestro sistema sea accesible y equitativo. Llevamos cuatro o cinco meses escuchando a la ministra de Sanidad leer los mismos papeles, por ello instamos al ministerio para que de una vez haga un proyecto serio que sirva para resolver todas estas situaciones. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Botejara.
Por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Tundidor tiene la palabra.

La señora **TUNDIDOR MORENO**: Muchas gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero dar las gracias a don Tomás Castillo por estar hoy aquí con nosotros. Es una responsabilidad ser el presidente de una plataforma con tantos colectivos en su seno.

Como ustedes saben, para el Grupo Socialista la salud es una prioridad y así lo demostramos en las comunidades que tenemos la oportunidad de gobernar. Creemos que el sistema sanitario tiene que orientarse hacia los pacientes con enfermedades crónicas y favorecer el que tanto cada paciente con enfermedad crónica como sus cuidadores se sientan únicos, poniendo en marcha herramientas orientadas a facilitar la accesibilidad, la continuidad asistencial y el automanejo de la propia situación de la salud. Consideramos que es fundamental garantizar a los pacientes crónicos una atención sanitaria integral e integrada, con una respuesta multidisciplinar a sus necesidades en relación con la promoción y prevención de la salud, atención en la fase de descompensación y rehabilitación funcional para contribuir a su recuperación.

Para el soporte domiciliario de las personas con enfermedades crónicas complejas consideramos que es muy importante contar con recursos sociosanitarios que den apoyo al cuidado informal y que estos pacientes puedan mantener la asistencia que necesitan en sus domicilios. Asimismo es necesario impulsar la Ley de Dependencia como sistema de cuidado formal.

Desde el Grupo Socialista creemos fundamental que se devuelva la cotización a la Seguridad Social de las cuidadoras informales y dar de esa forma dignidad y seguridad a las personas que cuidan. Hay que proteger a las familias que han dejado de trabajar por tener un hijo, una hija, un esposo, una esposa, un padre o una madre con enfermedad crónica. También creemos fundamental, como usted dice, recibir el mismo tratamiento en todos los territorios, acabar con las diferencias existentes y que la atención no dependa más de los presupuestos disponibles que de criterios terapéuticos. Una historia digital única para cada paciente donde se registre la información clínica que esté protegida y accesible en cualquier lugar acorta los tiempos y evita la duplicidad de pruebas.

También es importante que nuestro ordenamiento jurídico, como usted dice, se adapte a la protección de las personas en situación de cronicidad, personas que tienen que afrontar cada día una enfermedad sin expectativas de curación. Es necesario que el trabajo de esas personas se adapte a sus necesidades, como puede ser el acudir a hacerse pruebas o ponerse tratamientos. Lo mismo ocurre en los colegios, pues hay niños con enfermedades crónicas, como la fibrosis quística, que necesitan tratamiento.

En el Grupo Parlamentario Socialista creemos que es imprescindible impulsar la escuela de pacientes porque facilita el intercambio de pacientes, de familiares y cuidadores; en ella se transmiten los conocimientos y habilidades a otras personas que acaban de empezar con una enfermedad, además de ofrecer la posibilidad de enseñar a profesionales sanitarios qué significa la enfermedad desde la perspectiva del enfermo. La teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche, la atención residencial, las prestaciones económicas vinculadas a servicios. Cada vez vivimos más pero no lo hacemos libres de enfermedad, por ello el paciente crónico pluripatológico se ha convertido en el nuevo reto, no solo para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, sino para la sostenibilidad de los propios Estados.

Quiero preguntarle si usted cree que una aplicación para el control y seguimiento de procesos crónicos y pluripatológicos evitaría la frecuentación de personas con enfermedades crónicas en las urgencias y si considera importante potenciar el envejecimiento activo con la aplicación de la normativa y recomendaciones de la OMS sobre ciudades saludables para mayores.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 20

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Tundidor.
Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Tremiño.

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: Muchas gracias, Tomás Castillo, presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Tomás es, para los que no lo sepan —imagino que todos lo sabrán—, una de las personas más activas en el mundo de la discapacidad y de las más exigentes a la hora de enfrentarse a la Administración y de implementar políticas en materia de discapacidad. Enhorabuena por todo tu trabajo y por tus nuevas responsabilidades.

Coincido plenamente con todo lo que has dicho —te pido permiso para tutearte— en relación con la Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Es verdad que hay que buscar un marco jurídico o utilizar la normativa que ya existe para asegurar la protección estatal de los pacientes crónicos y que a nivel estatal puedan tener una movilidad clara y sin trabas. Hay que eliminar las diferencias en el acceso a tratamientos y a medicamentos que es verdad que existen entre comunidades autónomas. Yo conozco casos de parapléjicos del País Vasco que querían ir al Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo y el Gobierno Vasco les obligaba ir a Tres Cruces, y después de estar en Tres Cruces se iban voluntariamente al Centro Nacional de Parapléjicos porque no les habían enseñado ni a ponerse un calcetín en la vida diaria. Conozco casos personalmente. En Andalucía también hay pacientes que quieren ir al Hospital de Parapléjicos de Toledo pero la sanidad de Andalucía les obliga a ir a las unidades para lesionados medulares de los hospitales de Sevilla o de Granada.

Hay que evitar esos retrasos en los desplazamientos interautonómicos y en la dispensación de medicamentos, hay que reducir el tiempo de espera, como has comentado, coordinar más las diferentes especialidades, las diferencias entre comunidades autónomas, y me parece muy importante articular el derecho a la participación de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud. Fíjate si el Partido Popular tiene claro que es importante que tiene presentada una proposición no de ley precisamente para impulsar y articular la coordinación entre el ministerio y las asociaciones de pacientes para de alguna manera formalizar y por supuesto garantizar los derechos de los pacientes crónicos. Es una proposición que ya ha sido presentada por el Partido Popular, o sea, que fíjate si mi partido tiene clara esa circunstancia.

Pero yo quiero hablar en positivo porque aquí se ha hablado de la inaccesibilidad a la revisión hospitalaria o a los medicamentos cuando estás fuera de la comunidad, y siempre hay alguien que conoce un caso, pero es que yo conozco el caso del que les está hablando, que soy un paciente crónico desde hace veintiséis años, y todos los años puntualmente voy a revisión al Hospital Nacional de Parapléjicos. Casualmente ayer estuve en revisión en el Hospital de Parapléjicos de Toledo y no tuve ningún problema, me autorizó el médico de cabecera de mi comunidad autónoma la revisión como todos los años, no tuve ni que ir a consulta, lo hice a través de la tarjeta sanitaria. Ayer tuve la revisión y tengo que volver el día 28 de abril; espero que no me pongan ninguna Comisión ese día, señorías. Pues bien, en el Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo me dieron un tratamiento magnífico, como todos los años. El Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo es de los mejores hospitales del mundo en lo que a la lesión medular se refiere. Todo esto es gracias al Sistema Nacional de Salud, ya que precisamente siendo un paciente crónico residente en Castilla y León me puedo desplazar a Toledo a la revisión. Lo hago todos los años, no es ninguna novedad, y nunca he tenido ningún problema. Pero tampoco los tengo en cuanto a los medicamentos: yo utilizo diariamente en torno a cinco o seis sondas porque me tengo que sondar —aquí tengo una, las llevo siempre en mi bolsa— y cuando estoy en Madrid con mi tarjeta sanitaria electrónica voy sin ningún problema a la farmacia y me las dan. Yo soy de Valladolid, mi familia está en Valladolid, mi domicilio está en Valladolid y muy cerca del señor Igea, que siempre lo dice, y mi médico de cabecera está en Valladolid, pero cuando voy en Madrid a la farmacia a por mis sondas nunca he tenido ningún problema, nunca, con mi tarjeta sanitaria electrónica. Con lo cual, no estará tan mal ni será tan inaccesible como se dice aquí cuando funciona, y el caso concreto soy yo, que llevo veintiséis años.

Hay que sacar de su encuesta lo importante. Es verdad que el 6 % de los pacientes están conformes con la sanidad, pero también es verdad que en cuanto al acceso a los tratamientos de los pacientes crónicos, el 77 % —según esa encuesta imparcial— están muy conformes con la calidad asistencial. En cualquier caso, mi pregunta es, querido Tomás, si ves una mejora año a año, puesto que con los datos que se dan cada año ha ido mejorando un punto la atención a los pacientes crónicos. ¿Realmente se está mejorando? Es verdad que se podría mejorar mucho más rápido, pero quiero que me digas si se está mejorando o no año a año, puesto que es lo que dicen las encuestas.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 21

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Treviño.
Señor Castillo, tiene la palabra para contestar brevemente, por favor.

El señor **PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES** (Castillo Arenal): Yo creo que vamos a vernos muchas más veces, porque está claro que los pacientes hemos venido para quedarnos, tenemos que estar aquí, tenemos que estar con ustedes, tenemos que debatir sobre muchísimos temas. Es la primera comparecencia, lógicamente son muchos aspectos los que tenemos que abordar y la dinámica de traerles nuestra vivencia nos parece que es fundamental para que podamos avanzar; avanzar en que las desigualdades entre las autonomías sea menor, porque esto sí que es una gran preocupación de los pacientes, y esto, lejos de reducirse, como demuestra el gasto sanitario por habitante, aumenta; las comunidades que menos gasto tienen por habitante se alejan de las que más gastan. La percepción de que tu enfermedad pueda ser tratada con un medicamento de última generación en otras comunidades y en la tuya no crea mucha inquietud. Tengo que manifestárselo porque esta percepción de desigualdad que tenemos los pacientes genera muchísima desazón.

También es verdad que muchas veces cuando nos desplazamos a otras comunidades autónomas nos ocurre que no podemos disponer de los tratamientos igual que en la nuestra, y los pacientes nos desplazamos y vamos que en comunidades más pobres desde el punto de vista económico hay carencias; percibimos que en nuestra comunidad tenemos disponibilidad de medicamentos, de tratamientos, que no hay en otras comunidades. Esto genera también desazón, el hecho de entrar con alguna frecuencia en sistemas que tienen un funcionamiento distinto. Es verdad que esto nos ocurre y tenemos muchísima casuística, como que no se nos trate igual que a los ciudadanos de la comunidad a la que nos desplazamos, a veces hasta tenemos la sensación de pedir por favor las cosas como si fuéramos ciudadanos de segunda. Es verdad que a veces tenemos que entrar por urgencias para que se nos trate. No es la mejor vía cuando queremos que nos vea un especialista, pero es algo que está ocurriendo con alguna frecuencia.

Nosotros queremos lograr que las comunidades autónomas tengan una cartera básica que nos garantice la asistencia y para lograrlo creemos que nuestra participación activa en el consejo interterritorial es imprescindible, porque tenemos que ser partícipes también de esas decisiones de coordinación de un único Sistema Nacional de Salud. Porque creo que estamos todos de acuerdo en que seguimos manteniendo un solo Sistema Nacional de Salud aunque esté gestionado en diecisiete comunidades autónomas diferentes. Nos parece fundamental avanzar en este principio de un único sistema para alcanzar el nivel que tiene la ONT, que evidentemente a todos nos gustaría tener en muchos aspectos de la sanidad. Imagínense ustedes cuando se tiene una enfermedad poco frecuente, que se tarda a veces años en diagnosticar, y más en encontrar a un especialista que conozca esa enfermedad, la angustia que se padece por la falta de coordinación del sistema. Esto sucede también con enfermedades frecuentes, cuando necesitamos una diálisis y tenemos que entrar en una lista de espera en otra comunidad porque nos hemos tenido que desplazar a visitar a un familiar, por circunstancias laborales, etcétera.

Nosotros como pacientes tenemos interés en mejorar el Sistema Nacional de Salud en la línea de que seamos iguales, en la línea de tener disponible lo mejor, como es lógico, en todas las comunidades autónomas, pero colaborando. Tenemos que avanzar en las políticas con el apoyo de los pacientes, porque entendemos que lo que buscan es favorecer la calidad de vida. Creemos que esto va a facilitar la cohesión del sistema y vamos a seguir trabajando para conseguirlo. Vamos a introducir este análisis de la frecuentación de las urgencias en el barómetro porque es importante. Colapsamos las urgencias con frecuencia, pero igual es porque en cuatro horas nos dan un diagnóstico, mientras que utilizando la atención primaria se tarda meses, a veces más de un año, en que nos hagan el mismo diagnóstico. Por eso muchos ciudadanos optan por ir al sistema que es más caro pero más rápido. Es evidente que tenemos que conseguir hacer esto de otra manera, sobre todo formando; entendemos que la formación es fundamental. Conseguir que tengamos una protección de la cronicidad también nos parece fundamental; muchas personas están llamando desesperadamente a las puertas de la discapacidad porque tienen una enfermedad crónica y no se les reconoce, y esta frustración es porque no tenemos en nuestro país un ámbito jurídico que reconozca que no tienes discapacidad pero sí tienes una enfermedad y esa enfermedad está cambiando muchísimos elementos en tu vida que debemos proteger. Por eso en la plataforma hemos volcado muchísimos esfuerzos en preparar la documentación para hacerles la propuesta; tenemos que tener un marco jurídico, en forma de ley posiblemente, para que podamos proteger la cronicidad y acabar con la desesperación de tantas personas. Que tengamos protegida la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 22

discapacidad, protegida la situación de dependencia pero también protegida la situación de cronicidad. Y en relación con esto quiero insistir en que el derecho a mantener el trabajo es fundamental, porque muchas personas acabaron con treinta y cinco o cuarenta años pensionadas cuando tienen todavía, aunque sean personas con enfermedad crónica, toda una vida laboral por delante, y sin embargo se frustra esa vida laboral porque el sistema en este momento les pensiona. Son temas, a mi modo de ver, apasionantes porque pueden resolver la vida de mucha gente. Yo les pediría, señorías, que a partir de ahora vayamos trabajándolos juntos y haciendo propuestas conjuntamente.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castillo, por su presencia y por sus explicaciones y respuestas. Seguro que nos veremos mucho en esta Comisión, que efectivamente es la suya.

Damos treinta segundos para el cambio de compareciente. **(Pausa)**.

— DEL PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DEL TERCER SECTOR (POYATO ROCA), PARA REALIZAR UNA EXPOSICIÓN Y DAR A CONOCER PROPUESTAS Y SUGERENCIAS DE DICHA PLATAFORMA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 219/000031).

El señor **PRESIDENTE**: Damos la bienvenida a don Luciano Poyato Roca, presidente de la plataforma del Tercer Sector, para que realice su exposición y dé a conocer las propuestas y sugerencias de dicha plataforma. Comparece a petición del Grupo Parlamentario Popular.

Tiene usted la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DEL TERCER SECTOR** (Poyato Roca): Muy buenos días y muchísimas gracias tanto al presidente de la Mesa como al resto de portavoces. Asimismo, quiero dar las gracias al Grupo Popular porque realmente es el que nos ha propuesto para que comparezcamos en esta Comisión.

Para mí, como presidente de la plataforma del Tercer Sector, tengo que decir que hoy es un día importante. Me decían que en esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales tal vez sea la plataforma del Tercer Sector la que venga como interviniente para hablar de temas sociales o de temas sociosanitarios y no específicamente sanitarios, y aclaro que los del tercer sector no tenemos nada en contra de lo sanitario; al contrario, tenemos que coordinarnos continuamente. También estoy contento porque veo aquí algunas caras ya conocidas de hace tiempo, algunas caras nuevas —eso es buena señal— y sobre todo que la gente de la plataforma del Tercer Sector que hemos estado trabajando en anteriores legislaturas siempre hemos llegado a una conclusión, que tal vez el modelo social en el que vivimos no sea el más adecuado para llegar a una igualdad. En esa reflexión nos hemos quedado muchísimas veces pero luego siempre nos hemos ido a cuestiones muy prácticas, como yo voy a intentar exponeros ahora cuáles son realmente nuestras preocupaciones.

La plataforma del Tercer Sector es una plataforma joven, solamente llevamos cinco años legalmente constituidos, aunque evidentemente hay organizaciones en esta plataforma que llevamos muchísimos años trabajando en este ámbito de lo social. Fue después de interesantes debates, hace cinco años, cuando decidimos constituirnos como plataforma del Tercer Sector. En principio, las que nos convocamos en aquel momento éramos entidades del ámbito estatal, como la plataforma de ONGs; la plataforma del Voluntariado, de la cual yo también soy presidente, sino no podría ser presidente de esta plataforma del Tercer Sector; el Cermi, que lo conocéis; la Red de Lucha contra la Pobreza, y entidades del tipo de la ONCE, Cáritas y Cruz Roja. Todas estas entidades constituimos la plataforma del Tercer Sector en el año 2012 y posteriormente se han incorporado la plataforma de Infancia y la Coordinadora de ONGs para el Desarrollo. Y ahora os explicaré en qué hemos ido avanzando y en qué otras cosas no. Yo vengo aquí a mostrar una radiografía de cómo está el tercer sector en la actualidad, cuáles son nuestros retos y cuáles pueden ser nuestros compromisos para la consecución de tales retos. Tengo que decir que anteriormente a la plataforma estatal ya se constituyó en el año 2003 la plataforma de Entidades de Cataluña, plataforma que ha tenido una voz muy importante, no solamente por los congresos bianuales que celebra, sino porque también ha tenido un grado de interlocución muy importante con la Generalitat de Cataluña, lo tengo que decir aquí, como también tengo que decir que a lo largo sobre todo de estos últimos cinco años se han constituido plataformas de ámbito autonómico en Euskadi —llamada Sareen sarea—, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana, La Rioja, Castilla-La Mancha, Madrid, Andalucía,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 23

Extremadura, Aragón y Región de Murcia; es decir, prácticamente ya en todas las comunidades autónomas hay plataformas del tercer sector. Lo que nos une fundamentalmente es nuestro trabajo, nuestra actividad, pero con una diferencia: nuestra actividad sobre la base de un compromiso con las personas excluidas pero para defender los derechos sociales de estas personas, yo creo que esa es la diferencia, porque siempre se nos ha visto a las ONG como entidades que acompañamos, como entidades comprometidas con las personas más vulnerables de este país, pero tal vez no se nos haya visto con un talante propositivo, para querer cambiar las cosas, para que la legislación cambie, para que la sociedad se conciencie; en definitiva, para defender los derechos sociales de las personas más vulnerables. Somos treinta y dos entidades repartidas por toda la geografía española y podría definir el tercer sector en diez frases o en diez adjetivos, depende de cómo lo explique. Consolidado, el 60% de las entidades del tercer sector tienen más de veinte años; cualificado, más del 70% de los profesionales que trabajan en el tercer sector tienen estudios superiores; feminizado, el 78% de las personas que trabajan en el tercer sector son mujeres; participativo, más de un millón —en concreto 1.300.000 personas— son voluntarias; comprometido, porque el 82% de estas organizaciones no solamente se dedican a la acción social sino que también intervienen en el ámbito de la inserción para el empleo, de la inserción social y también en la atención sociosanitaria; solidario, 53 millones de atenciones directas en el año 2013; eficiente, estamos llegando en la actualidad a 7,3 millones de personas; generador de empleo, 645.000 empleos directos, lo que representa el 4,6% del total del empleo nacional; y generador de riqueza, porque ahora mismo nos situamos en torno al 1,5% del PIB, es decir, que no solamente somos entidades comprometidas, no solamente somos entidades propositivas, sino que somos entidades que movemos economía, que movemos personas y que contribuimos a la economía de este país.

¿Qué ha ocurrido desde el año 2012 hasta ahora? Pues fundamentalmente que como plataforma del Tercer Sector no teníamos un reconocimiento y no teníamos una interlocución y lo primero que hicimos fue proponer al Gobierno en el año 2012 que tuviéramos una comisión de diálogo civil. ¿Por qué le llamamos diálogo civil? Porque nosotros somos una parte de la sociedad civil y, por lo tanto, hablamos de derechos sociales y de derechos civiles. Esto se consiguió —la Comisión de diálogo civil— a través de una orden de la secretaría de Estado en el año 2013, es decir que tardamos un año, cuando estábamos en plena crisis económica y social de este país. Lo conseguimos, aunque nos habría gustado que hubiera tenido un rango mayor, y ahora veréis en qué sentido ha cambiado el rango de esta Comisión de diálogo civil; lo explicaré, porque evidentemente se han conseguido cosas. Y ya con esa Comisión de diálogo civil evidentemente estábamos en un talante propositivo y colaborativo, al mismo tiempo que estábamos diciendo que no a cuestiones que realmente no nos gustaba que estuvieran pasando. Como cosas importantes —luego puedo profundizar más en ello—, participamos en el Fondo Social de Viviendas, donde están presentes cinco ministerios, todas las confederaciones de la banca y la plataforma del Tercer Sector, y también está interviniendo de manera activa la Federación de Municipios. Salió un borrador en el año 2014 que para nosotros era un tanto agresivo porque venía a decir que en relación con todo dinero que saliera de las arcas públicas para subvencionar a entidades teníamos que cofinanciar un 25%. Evidentemente, las entidades tratamos con personas; una empresa que se dedique a la I+D+i sí que puede cofinanciar con un 25% porque está produciendo, está facturando, y la verdad es que gracias a la Comisión de diálogo civil, todo hay que decirlo, se paró ese borrador de ley de subvenciones. Hemos tenido muchísimo trabajo en relación con el 0,7% del IRPF —luego me referiré a ese tema—, y también respecto a la Ley de Fundaciones, que se paró, una ley que tampoco era muy adecuada a nuestra reivindicación de cómo tenía que ser una Ley de Fundaciones. Asimismo, hicimos muchas enmiendas a la Ley de Seguridad Ciudadana, que ya sabéis cómo está, pero como sector estuvimos bastante responsabilizados de cuestionarla no desde el punto de vista, que también lo hicieron muchos grupos y otros movimientos sociales del derecho de reunión o del derecho de manifestación, sino de cómo realmente podía impactar o está impactando la Ley de Seguridad Ciudadana a las personas más vulnerables o más desfavorecidas de este país.

Por lo tanto, somos un tercer sector que ha ido haciendo muchas cosas y yo diría que fuimos los que propusimos al Gobierno una Ley del Tercer Sector, que se consiguió ya al final —hemos vivido debates aquí no en la anterior legislatura, sino en la más anterior, en la de 5 años—; fue un gran movimiento que propusiéramos que hubiera una ley del tercer sector, el Gobierno lo creó, la Comisión de diálogo civil lo reactivó, muchas fuerzas con representación parlamentaria lo apoyaron y evidentemente, dadas las cuestiones que ocurren en este país, esa Ley del Tercer Sector pasó muy desapercibida para la sociedad y para los medios de comunicación, pero fue un ejemplo de corresponsabilidad y de diálogo con el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 24

Gobierno y con el resto de fuerzas políticas en ese momento. Se consiguió también actualizar la Ley del Voluntariado, que es una ley de 1996 y que, por lo tanto, estaba un poco descontextualizada. Ahora mismo tenemos que estar con las personas, siempre hemos estado con las personas, y os voy a leer el artículo 2 de la Ley del Tercer Sector, para que veáis cómo define a las entidades del tercer sector. Dice así: Las entidades del tercer sector de acción social surgimos de la iniciativa ciudadana o social, de acuerdo a principios de solidaridad y participación social; que lo hacemos persiguiendo fines de interés general, y que luchamos por conseguir derechos civiles, económicos, sociales y culturales para las personas, principalmente para aquellas que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentren en riesgo de exclusión social. Esto lo dice una ley aprobada aquí, en el Parlamento, y con la cual nos identificamos como tercer sector.

¿Qué ocurre ahora mismo? Ya habréis podido leer u os habréis podido enterar de lo que dice de España el último informe de la Comisión Europea o el Estudio Económico 2017 de la OCDE. No voy a hacer más hincapié en esto, pero está diciendo claramente que somos de los países de Europa que más hemos crecido en desigualdad, desigualdad a muchos niveles. Esto hay que tenerlo presente. Y es verdad que la economía va creciendo y que las previsiones de mejora de la economía son ciertas pero una cosa son los datos macroeconómicos y otra cosa es la microeconomía, y otra cosa es cuánto tiempo vamos a tardar en salir de esta crisis y la gente en salir de la exclusión social. Tienen que pasar años de mucho crecimiento económico para que realmente la crisis social vaya de alguna manera en fase, ahora mismo está desfasada, y no lo digo yo, esto lo dice la gente que estudia economía y la gente que estudia sobre todo el índice Gini, que es el que establece la vulnerabilidad por regiones y en este caso en este país. Por lo tanto, hay muchísimo trabajo que hacer. También el informe Arope viene a decir que prácticamente un 29% de la población española vive con menos de la mitad de la renta media de este país, y lo que ya habéis escuchado en otras ocasiones de que un 15% de los trabajadores —independientemente de que se esté generando empleo, y eso es positivo— viven ahora mismo casi en la pobreza o en el umbral de la pobreza.

¿Qué proponemos hoy aquí? Ya hicimos una serie de propuestas electorales en 2015 y en 2016, en las dos elecciones, y lo que proponemos es que igual que puede que exista un pacto de Estado por la educación, igual que puede que exista un pacto de Estado contra la violencia de género, nosotros proponemos un pacto de Estado contra la pobreza y la exclusión social. ¿Por qué? Porque podremos avanzar, podremos superar ciertos baches económicos pero una sociedad moderna no puede dejar en esta desigualdad a tanta gente; entonces, se trata de cómo se hace ese pacto de Estado, a ver si algún grupo puede tomar esa iniciativa. Mientras tanto, también propusimos que hubiera un plan extraordinario contra la pobreza y la exclusión social. Yo soy consciente de que es complicado, pero tiene que haber algo, alguna asignación económica de nuevo cuño para no dejar alejada de la igualdad a la gente que ahora mismo está en la exclusión. Esa es nuestra propuesta mientras se consigue un pacto de Estado contra la pobreza y la exclusión: que haya un plan de emergencia.

En Europa se habla muchísimo de gobernanza. Tengo que decir que somos ahora mismo de los países más avanzados de Europa, que aquí existe una plataforma del Tercer Sector, específicamente de acción social. Lo digo porque sé que estamos incidiendo mucho en Europa para que realmente los procesos de gobernanza se visibilicen en este país pero que también otros países lo lleven a cabo. Y desde ese punto de vista, si hubiera una reforma de la Constitución —ya hicimos un debate con Manuel Campo Vidal donde estuvisteis todos los partidos que os presentabais a las elecciones— lo que nosotros estamos proponiendo es que los derechos sociales, los derechos culturales y económicos sean derechos fundamentales y, por lo tanto, sean derechos exigibles. Cuando el derecho a la economía —y no estoy hablando de la asignatura de Derecho de la Economía, sino del derecho a la economía de la población española—, el derecho a la cultura y los derechos, cómo no, sociales y culturales se consigan como algo fundamental, no tendremos que estar preocupándonos tanto. La Constitución se hizo en un momento concreto, pero el país ha cambiado muchísimo y, por lo tanto, esta propuesta nos parece de lo más justo, porque evidentemente estamos muy cercanos a la gente que más sufre en este país. También proponíamos una ley estatal de derechos y servicios sociales y, cómo no, que el pacto para las personas refugiadas en proceso de acogida se cumpla porque realmente no se está cumpliendo.

Voy a centrarme en dos cuestiones que ahora mismo nos preocupan porque creo, Presidente, que ya estoy casi fuera de tiempo. En primer lugar, en el tema del IRPF. Como sabéis, el IRPF es el único impuesto voluntario que puede decidir la ciudadanía; es decir, la ciudadanía puede marcar el 0,7% para

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 25

la Iglesia, el 0,7% para fines sociales o puede marcar el 0,7% para los dos. Hemos experimentado una solidaridad tremenda por parte de la ciudadanía a nivel de la equis solidaria; estamos hablando de 399 millones de euros y de un modelo que ha funcionado hasta ahora. El Estado sacaba una convocatoria a las entidades de ámbito estatal y estas entidades de ámbito estatal lo llevaban a las distintas comunidades autónomas; un sistema que ha funcionado hasta ahora. Hay varias sentencias del Constitucional y la última es fulminante, la última sentencia del Constitucional insta al Gobierno a cumplir esa sentencia y dice que el tema de los asuntos sociales está en las comunidades autónomas. Eso es lo que dice el Tribunal Constitucional. Nosotros partimos de una base, el Constitucional no se mete en qué cantidad tiene que ir a cada comunidad autónoma, no se mete en si ese dinero tiene que ir en proporción al dinero recaudado en cada comunidad autónoma. Como sabéis, el IRPF hasta ahora era un IRPF de equilibrio territorial, y os voy a poner un ejemplo. En el barrio de San Blas os garantizo que se recauda mucho menos dinero que en el barrio de Salamanca, como en El Raval de Barcelona se recauda mucho menos dinero que en otros barrios de Barcelona, y lo que ha permitido el IRPF es que independientemente de dónde haya nacido una persona, de dónde viva y de cuál sea su situación, evidentemente el dinero ha ido a las personas y ha ido con ese reequilibrio; ahora mismo es el único dinero estatal que sale, independientemente de los planes concertados; estamos hablando de un impuesto. Nosotros instamos al Gobierno y al resto de grupos con representación parlamentaria a que lleguéis a un acuerdo; nosotros somos los primeros que decimos que estas sentencias hay que cumplirlas, pero también creemos que puede haber, y así lo hemos decidido en nuestra asamblea extraordinaria de la plataforma del Tercer Sector, un doble tramo. Nosotros creemos que hay actividades que se pueden hacer desde lo estatal, tres ejes que hay que tener que ver con lo socioeducativo, lo sociosanitario, a lo que hacía referencia antes, y todo el tema de prevención y sensibilización, y la atención social directa que vaya a las ONG. Yo sé que esto es complicado, yo sé que esto es difícil pero es posible si hay voluntad en este Parlamento de sacarlo adelante, porque nos la estamos jugando. Mirad lo que ha ocurrido con el dinero de la Ley de autonomía personal y dependencia, que se aprobó en unas condiciones pero no estaba condicionada para que las comunidades autónomas lo gastaran en eso, y esto no lo digo yo, esto lo dice la Comisión de Discapacidad que hay aquí. Nosotros no queremos que ocurra esto; es decir, que el dinero que vaya a las comunidades autónomas que no vaya a la Consejería de Bienestar Social y allí se quede. Nosotros queremos que vaya realmente destinado para lo que va: para las ONG, que tenemos un compromiso solidario con las personas más necesitadas. Y así se especifica en la casilla de fines sociales. Ese es nuestro miedo. Por lo tanto, ahí hay una cuestión que habría que atender con mucha precisión, con un pincel muy fino para ver cómo se hace y que lo que ha ido funcionando durante veinte años que ahora mismo no se pierda, eso es lo que estamos proponiendo. Y fijaros que el día 4 de abril empezamos la campaña para que la gente, para que las personas marquen la equis solidaria y no podemos meternos aquí en un debate sobre si no es constitucional, sobre dónde va a ir el dinero y empezamos a transmitir a la población alguna inseguridad de dónde va el dinero. Sería una campaña en balde; por cierto, es una campaña que estamos haciendo con los fondos de las propias ONG, con mucha colaboración del mundo del arte y de la cultura y de otra gente comprometida. Y un dato del IRPF. Con la última reforma fiscal, independientemente de que haya habido menos declarantes, la cifra de fines sociales ha crecido en 2 millones de euros; es decir, que es algo que está calando en la sociedad, algo donde cualquier persona puede decidir libremente dónde va el dinero de sus impuestos.

Y ya, presidente, lo último. Este Parlamento aprobó la Ley del Tercer Sector y la Ley del Voluntariado con la unidad de quien gobernaba y de algunos grupos con representación parlamentaria aquí presentes, y ha llegado el momento del desarrollo de esta ley. Decía esta ley que en un año tenía que haber un plan de modernización y de financiación del tercer sector, pero qué le voy a decir yo a usted, presidente, de la anterior legislatura, tan corta. Estamos en otra legislatura que me imagino que será más larga, a ver si somos capaces de desarrollar esta ley, los reglamentos, muchísimas cosas; pero esta ley es el principio del camino y ahora toca desarrollarla.

Quedo a vuestra disposición para responder, aclarar, matizar, si tuviera que corregir algo también y, cómo no, para lo que necesitéis, si el tiempo lo permite.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Poyato.

Efectivamente, es el tiempo de los grupos. Empezando por el que ha solicitado la comparecencia, el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Navarro.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 26

La señora **NAVARRO LACOB**A: Gracias, señor presidente.

Señor Poyato, damos la bienvenida a la plataforma del Tercer Sector a esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados para exponer la líneas generales de actuación en el ámbito del tercer sector, los problemas a los que ahora se enfrenta y las soluciones que a vuestro entender, y como buenos conocedores del ramo —sin duda, los mejores—, se han de adoptar y acordar para el futuro del sector. Por lo que ello entraña y por las notas que usted mismo ha destacado, porque es un sector que llega a más de 7 millones de personas, porque engloba a más de 30.000 entidades sociales, porque su actividad representa el 2% del PIB y porque da empleo a más de 600.000 personas. A su vez, vertebraba el voluntariado en España, que suma más de 6 millones de personas, que representan el 15% de nuestra población. Esto supone que España es el sexto país de la Unión Europea en participación de voluntarios. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia)**. Yo creo que este es un buen dato y que tanto ustedes como nosotros convendremos que hay que cuidar lo mejor que tiene España, que son los españoles y su solidaridad.

Además de darles la bienvenida y de agradecerle su presencia, quería poner de relieve esta comparecencia por dos razones. En primer lugar, porque es la primera que hace una entidad de carácter social en esta XII Legislatura en esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales y el Grupo Popular quiere manifestar el orgullo que sentimos por que haya sido a instancia nuestra. Así queríamos destacar la importancia que tiene para nosotros trabajar por las personas y que estamos comprometidos de forma constante con los más vulnerables, y nuestra dedicación y nuestro esfuerzo se central fundamentalmente en reforzar las bases de nuestro Estado del bienestar. Y, en segundo lugar, que sea la plataforma del Tercer Sector en sí, porque sin duda el tercer sector de acción social corresponde con esa parte de nuestra sociedad que siempre ha estado presente en las acciones para hacer frente a esa desigualdad. Son ustedes un aliado imprescindible y el complemento que los políticos necesitamos para escuchar y atender las demandas de los más vulnerables, pero también para encontrar juntos las soluciones, como bien ha dicho usted, pues luchan por la defensa de los derechos sociales de los mismos y, con ello, influyen en la agenda política —así es como tiene que ser—, inciden en esta e introducen las necesidades que tienen al aportar las soluciones y comparando diversos puntos de vista. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia)**.

Este Grupo Parlamentario Popular les rinde con esta comparecencia nuestro reconocimiento al tercer sector, por ser una de las principales redes de protección que existen en nuestro país, porque trabajan con vocación de atender a los demás, especialmente a los que se encuentran en una situación difícil, y porque saben sumar y hacer una vertebración profesional del sector —como usted bien ha dicho—, ya que dan empleo a más de 600.000 personas, un empleo además feminizado, cosa de la que en mi grupo parlamentario y, además, como parlamentaria y mujer, nos sentimos orgullosos. Este grupo parlamentario y este Grupo Popular quiere manifestarle que lo que queremos es ir de su mano, que sabemos que tenemos y que debemos ir juntos en el diseño, en la aplicación y en el seguimiento de las políticas públicas en el ámbito social, y para ello ustedes nos ofrecen, desde su posición, una fuente de conocimiento inestimable y privilegiada en el conocimiento de los problemas sociales y de los métodos para enfrentarlos.

Buena cuenta de ello dimos en la X Legislatura, ya que el Partido Popular, al ir de la mano con ustedes en una ley pionera —innovación normativa de dicha legislatura—, como fue la Ley del Tercer Sector, la Ley 43/2005 impulsada por el Gobierno del Partido Popular, con el presidente mariano Rajoy a la cabeza, que vino a reforzar la capacidad del tercer sector de acción social como un buen interlocutor ante la Administración General del Estado, que se canaliza en dos órganos: en el Consejo Estatal de ONG de Acción Social y en la Comisión para el diálogo civil con la plataforma del Tercer Sector —que usted también ha destacado— de la que urge su desarrollo, su regulación que está prevista por vía parlamentaria. Que este desarrollo verá la luz más pronto que tarde, se lo puede asegurar este grupo. Una de las novedades y una de las pruebas que puso de manifiesto cómo hasta entonces estaba trabajando el sector, fue nuestro empeño por modificar la Ley del voluntariado que dio lugar a una innovación legislativa, la Ley 45/2015, con un nuevo marco jurídico que responde adecuadamente a la configuración y a las dimensiones del voluntariado.

Nuestro compromiso como grupo parlamentario, y como grupo parlamentario que sustentaba el Gobierno en aquel momento, fue dejar patente el pago de más de 3.000 millones de euros a través del Fondo de liquidez autonómica y del Plan de pago a proveedores en la pasada legislatura, que era la garantía de la viabilidad futura de las entidades sociales, que tenían esa cantidad comprometida con las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 27

facturas que habían dejado a deber, y estaban comprometidas y no pagadas, por las comunidades autónomas. Entenderán conmigo, señorías, y seguramente también el señor Poyato esté de acuerdo, que no hay mejor política social que la que se paga, porque lo que no se paga al final son brindis al sol y genera frustración.

Respecto al IRPF, estoy totalmente de acuerdo con usted; el Gobierno ya ha puesto de manifiesto que en esta necesidad del reparto de los más de 1.000 millones de euros que se ha hecho en los últimos seis años a través de las actividades destinadas a interés social...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Navarro Lacoba): Señora Navarro, tiene que ir terminando.

La señora **NAVARRO LACOBIA**: Decía que simplemente quería ponerle de manifiesto y preguntarle cuál es la aportación de la plataforma a la nueva formulación jurídica del reparto del IRPF, que ha apuntado brevemente, y también cuáles deberían de ser las medidas a concretar en materia de exclusión social para esta nueva elaboración de la Estrategia nacional de lucha contra la pobreza, a la que el Gobierno ya les ha tendido la mano para elaborar junto con la plataforma del Tercer Sector.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Muchas gracias señora Navarro.

A continuación, por el Grupo de Ciudadanos el señor Clemente tiene la palabra.

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: Buenas tardes.

Bienvenido señor Poyato a esta Comisión, muchísimas gracias por comparecer y haber compartido con nosotros tanto su experiencia como con la estrategia y su agenda política de la plataforma del Tercer Sector para con los más desfavorecidos. Siempre es muy de enhorabuena que la sociedad civil se organice. Nosotros, los partidos y organizaciones políticas debemos de ser su correo de transmisión para recabar primero y luego impulsar legislativamente medidas que mejoren el bienestar de todos nuestros ciudadanos sin excepción. En nuestro partido, el cual nace, vive y se nutre de la sociedad civil, recogemos muchas de las demandas que hoy nos ha expuesto aquí y que están presentes en su agenda política, tanto en nuestro programa electoral, que es nuestro contrato con los ciudadanos, como en las 150 medidas que hemos acordado para la investidura del actual presidente.

En cuanto al sostenimiento del tercer sector, tanto en numerosas iniciativas como en nuestro posicionamiento, apostamos por invertir —repito la palabra invertir y no gastar— en material social, sin necesidad de recortes ni subidas de impuestos, tan solo quitando grasa a la Administración como lo que tenemos ya pactado provocamos un ahorro de más de 1.000 millones de euros y apoyaremos estos presupuestos si se incluyen medidas contra la pobreza, exclusión social o precariedad laboral y el fomento del empleo de colectivos desfavorecidos, cuyo impacto calculamos en más de 4.000 millones de euros.

En cuanto a lo que ha comentado sobre la X solidaria del 0,7 % en el IRPF, nos lo tomamos con mucho interés, le damos prioridad uno, le preguntaremos lo mismo que le ha dicho la compañera, qué medidas propone y nos lo tomamos con muchísima atención. Lo que no puede ser es que España que se supone que —cuando habla en su agenda política de la ayuda de cooperación internacional— es la decimotercera potencia del mundo, según palabras del ministro de Asuntos Exteriores y Cooperación Internacional destine un 0,12 % de la renta anual bruta, en lugar del 0,40, como pedimos todos los grupos, para en no mucho tiempo alcanzar el compromiso del 0,7 %.

Defendemos, y ahí va a tener en nosotros unos firmes aliados en la defensa de nuestra joya de la corona que es nuestro servicio sanitario, una sanidad gratuita, universal y de calidad, y nos escandalizamos ante los recortes que se han producido —se ha mencionado brevemente— en materia de dependencia que han sido más de 2.600 millones —tan solo en nuestra comunidad, Andalucía, se han dejado de aportar y se han sufragado más de 400 millones de euros—, y existía la obligatoriedad del 50 %.

Me gustaría añadir dos o tres cifras que me parecen escandalosas; no son nada más que un diagnóstico y usted ha pasado, aunque creo que ha dicho alguna de ellas, pero me gustaría incidir —más que nada que quede reflejado en el *Diario de Sesiones*—, porque me parecen realmente vergonzosas y vergonzantes. En 1 de cada 10 hogares españoles se pasa frío o excesivo calor, y no se puede mantener una temperatura de bienestar dentro de la vivienda, cada año mueren más personas por falta de suministros básicos en esos hogares que por accidentes de tráfico, 1 de cada 3 hogares está en riesgo de exclusión social y más de 8 millones de trabajadores están por debajo del umbral de la pobreza. Y me gustaría preguntarle además de lo del IRPF, qué estrategia va a tener para aumentar la visibilidad, porque

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 28

le puedo poner una anécdota, que además la comentó un compañero hace poco que va sobre nuestra actividad política: yo hablo en mi provincia, en mi circunscripción, del AVE y me sacan en todos los periódicos, pero cuando hablo de materia social, ya que soy el portavoz de discapacidad y ahora ayudo en Servicios Sociales, no me sacan nunca. ¿Qué estrategia va a llevar para una mayor visibilidad y concienciación?

Muchísimas gracias, señor Poyato.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Muchísimas gracias, señor Clemente.
Por el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Muchas gracias señor Poyato, gracias por estar aquí, y gracias señoría.
Hoy es el Día Mundial del Trabajo Social y también el Día de la Lucha Contra el Racismo, quería recordarlo.

La ministra de Sanidad en su paso por las Comisiones de Servicios Sociales e Igualdad estableció unos cuantos compromisos al inicio de esta legislatura que me gustaría recordar: mantener reuniones trimestrales en la Comisión de diálogo con la plataforma del Tercer Sector, apostar por la sostenibilidad de la financiación derivada de la dedicación del 0,7 % de la recaudación del IRPF a ayudas sociales, desarrollar un marco legislativo fundamentado en la Ley del Voluntariado y la del Tercer Sector que han mencionado, además enunciar las siguientes palabras: vosotros sois la esperanza, la luz, la oscuridad en el sufrimiento de muchas familias, sois el primer recurso y muchas veces el último, ahí donde no llegan las administraciones estáis vosotros.

No nos podemos conformar con respetar la función desarrollada por las asociaciones que integran la plataforma del Tercer Sector, función que respetamos profundamente, pero las palabras: ahí donde no llegan las administraciones, deberían hacernos pensar por qué no están llegando las administraciones a estos lugares, evaluar las razones y poner solución para llegar. Tal vez no lleguen por los recortes de la financiación del Plan concertado de prestaciones básicas de la Seguridad Social, igual es por falta de la financiación de atención a personas en situación de dependencia o por el desmantelamiento de los propios servicios sociales públicos. Puede ser que las administraciones no lleguen porque ya no existen, habiéndose privatizado parte de las funciones de los servicios sociales y recursos asociados o porque simplemente los servicios sociales existentes están tremendamente saturados y presentan un agravio profesional manifiestamente insuficiente. O quizás simple y llanamente puede que las administraciones no lleguen a esos lugares porque existe una notable falta de gasto social o de inversión social como preferimos llamarlo. Ustedes plantean la necesidad de la redacción, aprobación e implementación de una ley reguladora del voluntariado y del tercer sector. Nos parece bien, cómo no, debatamos los cómo y no solamente los qué. Nuestro grupo se posicionará dentro del marco de diálogo en el siguiente posicionamiento: la política social ha de ser primero planificada y posteriormente ejecutada y, por supuesto, finalmente evaluada. Esta planificación, ejecución y evaluación debe llevarse a cabo desde el Estado, las administraciones autonómicas y las administraciones locales en función de sus competencias. Es fundamental que tengamos claro que el Estado tiene la obligación de atender las necesidades de emergencia social y la plataforma del Tercer Sector tiene el derecho a intervenir, pero no la obligación de planificar la política, porque esto es función del Gobierno.

Finalmente, quiero decirles que muchísimas gracias por su intervención y esperamos seguir trabajando en estas líneas a lo largo de la presente legislatura.

Gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Muchísimas gracias señora Bosaho.
A continuación, por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Ramón.

La señora **RAMÓN UTRABO**: Muchas gracias.

En primer lugar, quiero daros la bienvenida a esta casa, que es la vuestra, y daros las gracias por vuestra comparecencia en un día tan señalado como el de hoy en el que se celebra el Día Internacional del Trabajo Social. Quiero aprovechar la ocasión para mostrar el reconocimiento de mi grupo, y el mío propio, al trabajo de los profesionales de este sector, del sector de los servicios sociales, que durante tantos años han abierto tantos caminos y tantos compromisos como nos han arrancado a los distintos responsables políticos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 29

En el Grupo Socialista siempre hemos reconocido al tercer sector como un interlocutor social y político, prueba de ello es que desde el año 2007 mantenemos una mesa de diálogo permanente con las entidades más representativas del sector. Compartimos desde el principio, con vosotros, con estas entidades, la necesidad de establecer un marco normativo para el tercer sector. Nosotros consideramos imprescindible el concurso y el trabajo del tercer sector de acción social para el desarrollo del modelo de bienestar que propugnamos desde nuestro grupo. Siempre hemos considerado necesario apoyar y regular la relación de cooperación y complementariedad del tercer sector con los sistemas públicos de protección.

Con respecto a las políticas sociales, quiero dejar claro que deben ser una prioridad en un Estado social y democrático de derecho como el nuestro, y debe serlo aun con mayor intensidad en un momento de crisis económica que es cuando los ciudadanos tienen más necesidades de ser apoyados. Y tengo que decir igualmente que durante estos años no han sido una prioridad las políticas sociales en las que nos hemos visto azotados con importantes recortes. Con respecto a las cuestiones concretas que planteáis en vuestra intervención me gustaría ceñirme un poco a los planteamientos que habéis hecho. Sobre la Comisión de diálogo civil, me gustaría preguntarte cuál consideras que debe de ser la periodicidad idónea de este modelo y cuál es el modelo concreto de comisión que planteáis. Compartimos prácticamente todo lo que has expuesto y las prioridades que deben aparecer en nuestra agenda política, así como el desarrollo legislativo que propones. En cuanto a la gestión del IRPF, compartimos que es necesario encontrar una fórmula que siendo respetuosa con la doctrina constitucional sea acordada con las comunidades autónomas en la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y con los grupos parlamentarios en el Congreso de los Diputados y, por tanto, con las organizaciones sociales.

Nosotros planteamos que hay que establecer un ámbito de negociación en el marco de esta conferencia sectorial, con el objetivo de consensuar un modelo solidario de gestión de la asignación del 0,7% del IRPF destinado a finalidades sociales. Y además también queremos incluir que haya una transparencia total y absoluta en este ámbito.

Con respecto a la inclusión de los derechos sociales en el ámbito de la Constitución Española, como sabéis era un compromiso —sigue siéndolo— un compromiso de nuestro grupo que venía contemplado en nuestro programa electoral, así como recuperar el derecho universal a la sanidad y poner en marcha también una ley de servicios sociales.

Por lo que se refiere a los refugiados, que también lo planteabas en tu intervención, tengo que decir que España ha incumplido su compromiso con la Unión Europea de acogida a personas refugiadas y debemos de instar a que cumplan con estos compromisos. Hacías, además, referencia a las cláusulas sociales en este documento previo que se nos envió de cuestiones importantes a incluir en la agenda política, a la inclusión de cláusulas sociales en el proyecto de ley que se está tramitando en la actualidad de Ley de Contratos del Sector Público. Tengo también que resaltar que ha sido mi grupo el que ha presentado numerosas enmiendas en el sentido de introducir cláusulas sociales en la tramitación que se está siguiendo actualmente, para excluir a las empresas que estén sancionadas por incumplimientos sociales, también incluir a los centros especiales de empleo, contratar y cumplir con el 2% de personas con discapacidad, etcétera.

Tengo que decir que es una prioridad para nosotros la tramitación de esta Ley de Contratos del Sector Público, pero me gustaría preguntarle al equipo del Partido Popular en el Gobierno qué va a hacer, si va a aceptar estas enmiendas que hemos planteado desde el Grupo Socialista y que —insisto— es una prioridad para el apoyo a esta normativa legislativa. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

Con respecto a la cooperación, entendemos que hay que devolver la cooperación al corazón de la acción exterior de España, hay que promover —lo compartimos así con vosotros y también lo contemplamos en nuestro programa electoral—, una nueva Ley de cooperación y desarrollo sostenible, adecuada a la actualidad y que incorpore cuestiones como la defensa de los derechos humanos, la gobernabilidad democrática, la igualdad entre mujeres y hombres, la sostenibilidad ambiental, etcétera.

Voy a cortar ya reiterando nuestra disponibilidad a seguir trabajando.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias señora Ramón.

El señor Poyato tiene la palabra para las explicaciones que considere oportunas.

El señor **PRESIDENTE DE LA PLATAFORMA DEL TERCER SECTOR** (Poyato Roca): Gracias por vuestra participación, las reflexiones y las preguntas. Lo del IRPF ya sé que es un tema complicado, y creo que sí que tiene que cumplir la sentencia del Constitucional, pero cumpliendo la sentencia del

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 30

Constitucional tiene que haber una solución en donde lo recaudado llegue directamente a los proyectos para las personas, y tiene que haber un acuerdo de las comunidades autónomas, pero también tiene que haber un apoyo aquí y, sobre todo, porque hay cosas que se pueden sacar por reales decretos-leyes. Hay una cuestión que no está impugnada a la que dio la razón el Supremo y que no se ha llevado al Constitucional, que son las bases de la convocatoria del 2013, y se habla de cuatro líneas que sí pueden ser competencias estatales. ¡Ojo al dato!, cuando yo hablo de competencias estatales, lo estatal no se ejecuta en otro planeta, se ejecuta en los territorios, y entonces los tramos estatales hablaban precisamente de la línea socio-educativa, de la línea socio-sanitaria, de la inserción social para el empleo, ¡ojo al dato!, y todo lo que tiene que ver con la prevención.

Debe ser una fórmula mixta. Nosotros hemos aprobado algo que le llamamos doble tramo; yo no soy nadie para hablar de doble tramo, pero sí puedo hablar de un acuerdo entre las comunidades autónomas, las entidades estatales y la Administración General del Estado en donde pueda haber una solución. Lo importante aparte de cumplir la sentencia es que el dinero llegue de verdad donde siempre ha llegado.

En cuanto al Plan extraordinario de lucha contra la pobreza, es fundamental. No se trata de poner en marcha más proyectos para las ONG, no; estamos hablando de que en el mundo educativo tiene que haber un refortalecimiento que por temas culturales y económicos, porque ya sabéis que los temas económicos llevan a una desestructuración familiar y, por lo tanto, a un absentismo escolar —no estamos en la Comisión de Educación—; ese plan de emergencia tiene que influir en lo educativo, tiene que influir en lo sanitario, tiene que influir en algo que prácticamente no se hace. Habéis hablado de los centros especiales de empleo, pero dónde están los talleres de empleo, dónde están los itinerarios de inserción para capacitar a la gente que no está capacitada por asuntos económicos, familiares y culturales.

¡Cuidado!, porque tenemos la universidad llena de gente, y últimamente la educación dual, la formación dual, es importantísima. ¿Invertimos realmente —voy a decir un disparate, pero lo voy a decir— en la empleabilidad de las personas que ahora mismo son inempleables, o siempre estarán en la cuneta? Ahí no estamos hablando de mucho dinero, y las fórmulas mixtas de formación, salario y trabajo son proyectos que ya vienen funcionando desde hace muchísimo tiempo. Luego, en los talleres de empleo, se pueden diversificar esas fórmulas y, después, hay una cuestión que tiene que ver con lo económico, y ayer aparecía en el informe que se ha hecho. No estoy hablando ahora de salario mínimo, sino de las diferencias mínimas que hay del ingreso mínimo de inserción, ya que hay algunas comunidades autónomas donde el máximo lo tienen en un año, te revisan los criterios y puede que lo prorrogues, y hay en otras comunidades autónomas en las que es de un año solo. Y luego las diferencias van desde los 300 euros la más baja hasta los 675 la más alta. Por lo tanto, debe de haber en este plan, aparte de las medidas educativas, sociales y de empleo, alguna bolsa —otro disparate que digo— de compensación en esta diferencia, porque os puedo asegurar que hay gente pobre todavía en Euskadi y hay gente pobre en Murcia, pero que sigue habiendo diferencias en cuanto a posibilidades de acceso a los mínimos. Y por ahí es por donde tendría que ir el plan, lo digo por la pregunta que habéis hecho, y yo creo que hay posibilidades de sacarlo adelante.

En cuanto a la reflexión de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, claro que el Estado, los Gobiernos de las comunidades autónomas, de los países tienen que hacer la política. Nosotros como tercer sector no gobernamos; si gobernáramos nos hubiéramos presentado a unas elecciones, pero sí es nuestra responsabilidad como tercer sector, en primer lugar, defender lo público, los derechos para todos, y, en segundo lugar, tenemos que tener un talante propositivo. Esa es la gobernanza de la que habla Europa y que hemos empezado a practicar aquí con mucha soltura, con mucha frescura, con muchos impedimentos también, y de eso se trata, de que desde el tercer sector que acompañamos, que nutrimos, que atendemos, etcétera, hagamos propuestas en defensa de estos derechos sociales de estas personas.

La estrategia de visibilidad —pregunta de Ciudadanos—, es que el tercer sector vaya cogiendo mayor cohesión, que vaya acostumbrándose a la voz unitaria, que vaya acostumbrándose a la interlocución. Que los otros agentes sociales que constitucionalmente estaban reconocidos en aquella época —nosotros no estábamos constituidos— nos respeten, nos entiendan y dialoguemos muchísimo.

Por otro lado, que dentro de todo eso hay que llegar a la sociedad. ¿Cómo se llega? Con cohesión, con diálogo, pero sobre todo con mucha visibilidad de lo que hacemos; ahora mismo, por ejemplo, hay una mayor sensibilidad y concienciación por parte de la ciudadanía por todo lo que estamos viviendo de la crisis, pero cuidado, que excluidos había ya en tiempos de bonanza económica, por lo que tenemos que estar muy cercanos a la ciudadanía para que siga siendo solidaria, porque la ciudadanía también da los votos y la ciudadanía también presiona aquí, es decir, porque el tercer sector no puede ser el único

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 31

interlocutor de la sociedad civil que proponga, que demande, que muestre inconformismo, etcétera. Nos tenemos que ganar la sociedad.

Nosotros preguntamos desde el tercer sector: ¿realmente la pobreza da votos, no da votos o da más votos la sanidad? Hay una reflexión que tendremos que analizar: que lo que no se haga desde la ciudadanía —no la estoy responsabilizando, al contrario, estoy ayudándola a concienciar a las fuerzas con representación política— vosotros que estáis en esta Comisión sí que tenéis que hacer una apuesta a favor de la inclusión de los excluidos.

Respecto a la Comisión de diálogo civil —la pregunta es del Grupo Socialista—, hay una periodicidad mínima de tres meses, en la anterior legislatura a la que yo me refería anteriormente —otra vez le toca al presidente, pero bueno no pasa nada—, se reunió pocas veces, pero ahora ya se está reuniendo de manera trimestral y, con este tema del IRPF, más a menudo. Ahora, ¡cuidado!, os he dicho al principio que esta Comisión de diálogo civil venía de una orden de una secretaría de Estado; ahora ya viene por rango de ley y, por lo tanto, habrá que sacar un reglamento, etcétera, en donde se podrán hacer propuestas. El primer cambio que hemos propuesto, ya que no gobernamos, es que la Comisión no la presida la Secretaría de Estado de turno, sino que la presida el titular del Ministerio, la ministra o el ministro. Hay que ir adelantando una serie de temas, es decir, que no sea una comisión donde se nos informe y decidamos, sino que la capacidad propositiva venga con bastante anterioridad. Eso se va a desarrollar, y menos mal que existe la Ley del Tercer Sector, porque si no ahora mismo no podríamos estar hablando aquí de la Comisión de diálogo civil.

Yo creo que he respondido a todo. Hay una cosa muy importante que se ha dicho aquí: hemos hecho enmiendas a la Ley de contratación pública, hemos visto las que se estaban admitiendo o no, y para nosotros es muy importante, pero no por la supervivencia del tercer sector, no porque queramos producir más, no porque estemos diciendo que la empresa no sea la adecuada, sino porque creemos que desde el tercer sector cuando hay un compromiso de balance social y de saldo social se pueden hacer las cosas mucho mejor que en una empresa en donde simplemente tenga mecanismos de objetivos económicos o de cierta generación de empleo. A eso me refería, es importante y yo creo que hay que equilibrar. Aquí también tenéis la apuesta para seguir, ir haciendo, apoyando las enmiendas que hemos presentado, que hemos propuesto.

Deseo dar las gracias por vuestra participación, por vuestro interés y que ojalá este interés no se quede aquí, sino que lo llevéis al resto del Parlamento. Sabéis que el resto del Parlamento muchas veces va a otras cosas y no a los asuntos sociales; se habla de datos, pero a veces poco de soluciones. Que llevéis esta conciencia que le falta un poco a la ciudadanía, al resto de los grupos parlamentarios, a vuestros compañeros y a vuestras compañeras.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias en nombre de la Comisión, señor Poyato, por su información, por su presencia y seguro que los grupos adoptarán iniciativas en base a lo que se ha hablado aquí. Muchas gracias.

— DE LA COAUTORA DEL INFORME SESPAS 2016 (PEIRÓ PÉREZ) Y DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (REPULLO LABRADOR), PARA EXPLICAR LOS HALLAZGOS Y CONCLUSIONES DEL INFORME SESPAS 2016: «LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD: DEL CONOCIMIENTO A LA PRÁCTICA». A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 219/000115).

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, damos la bienvenida a don José Ramón Repullo Labrador y a doña Rosana Peiró Pérez, en este caso la coautora del informe SESPAS 2016, para explicar los hallazgos y conclusiones de este informe en cuanto a «la salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica». En esta ocasión a petición del Grupo Socialista.

En primer lugar, hará una introducción el señor Repullo.

El señor **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Repullo Labrador): Muchas gracias. Es un placer estar aquí en esta Comisión y les traigo el agradecimiento de la sociedad científica SESPAS, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Simplemente deseo comentarles que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 32

nuestra sociedad científica agrupa 14 sociedades, aproximadamente 4.000 socios de ámbitos muy distintos que tienen que ver con el mundo de la salud pública. Desde hace ya muchos años desarrollamos informes bienales sobre la situación de salud y servicios sanitarios en España, y yo diría que intentamos aportar un elemento de reflexión basado en el conocimiento, la evidencia respecto a los principales problemas que tiene la salud, la salud pública y los servicios de salud. Este informe bienal que hemos desarrollado ha enfatizado mucho el *gap*, la diferencia entre conocimiento y acción, y por eso nos es especialmente grato estar aquí porque precisamente un punto, un nexo entre el pensamiento y la acción, está en el ámbito de la iniciativa política. Por lo tanto, es un placer estar aquí, haremos una breve intervención del documento y luego por supuesto estamos absolutamente a su disposición para contestar preguntas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Repullo. Para explicarnos el documento tiene la palabra la señora Peiró.

La señora **COAUTORA DEL INFORME SESPAS 2016** (Peiró Pérez): Buenos días.

Yo he sido una de las tres personas que hemos sido editoras del informe, el informe tiene diecisiete artículos científicos y no hemos sido autores, no hemos participado con autorías en todos los artículos, pero sí como editores hemos orientado sobre cómo queríamos que fuera esta descripción de la situación de la salud y de acciones para mejorarla.

Como ha dicho José Ramón, el informe es «La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica». Una cosa que sí que me gustaría resaltar es que desde nuestra sociedad hacemos un esfuerzo muy importante y en muchos casos utilizando mucho de nuestro tiempo libre para intentar compilar la evidencia científica y la evidencia técnica para buscar soluciones que puedan contribuir a mejorar el sistema de salud. Un poco nuestra presencia aquí es por qué necesitamos que la otra pata, que sois quienes estáis aquí esta mañana, contribuyáis también con vuestras acciones; nosotros tenemos algunas propuestas y seguro que en la discusión saldrán para mejorar este estado de salud.

El informe trata sobre todo de reflexiones y ejemplos sobre la implantación de políticas de salud sobre las que tenemos evidencia de que funcionan, tiene especial interés en su aplicación práctica, qué hacer y cómo hacerlo, no solo habla de políticas, también habla de cuestiones técnicas, no vamos a presentar aquí las cuestiones más técnicas, sino solo las cosas en las que estaríais más implicados y también qué políticas deberían implantarse, algunos ejemplos de éxito y queremos superar la brecha entre el conocimiento, que no lo tenemos todo, nos falta mucho, no decimos que esté todo, pero en cualquier caso tenemos mucho conocimiento que no se está implantando.

Como he dicho, tiene diecisiete capítulos, pero hay tres puntos básicos sobre los que vamos a hablar. Uno es sobre estrategias para la mejora del Sistema Nacional de Salud, otro es sobre la vigilancia del estado de salud y el otro pilar sería la práctica de la promoción de la salud. Y hay una cuestión clave que la mayoría de artículos contienen y es que la equidad es un problema que tenemos que se ha evidenciado y que sabemos también algunas cosas que podríamos resolver.

En esta imagen les mostramos cuál es nuestra definición de equidad —estamos hablando de la parte derecha de la imagen—, las personas que tienen más necesidad para tener igualdad de oportunidades y no estamos en la posición de igualdad, que es lo mismo para todas las personas, independientemente de su necesidad.

Como primer punto, en las estrategias de mejora, hemos identificado tres puntos: uno, tenemos un sistema que es un caso de éxito como Sistema Nacional de Salud, probablemente tenemos el mejor acceso territorial del mundo, tenemos los centros y los hospitales y todos los servicios con una distribución territorial más equitativa, pero tenemos ahora mismo muchos problemas relacionados con la gobernanza, con la transparencia y con la equidad. Con la gobernanza hay cinco puntos. La definición de gobernanza. Rendición de cuentas, se están haciendo propuestas que luego no se están justificando si se consiguen o no se consiguen. No hay canales de participación adecuados y, por lo tanto, en muchos casos al final son *lobbies*, que no son transparentes. La transparencia en la toma de decisiones, se toman decisiones que no están respaldadas por información que están produciendo los sistemas públicos. La inteligencia de los servicios, cada vez hay más toma de decisiones que se toman desde fuera de las personas que están trabajando y de los técnicos de los servicios públicos. Y la integridad, no sabemos o no se publicita el conflicto de interés.

Hay algunas palancas de cambio sobre la gobernanza, que en cualquier caso luego podemos discutir porque no nos queremos extender mucho, pero en cualquier caso a nivel macro necesitamos con urgencia

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 33

un marco financiero estable, necesitamos conservar lo que tenemos y mejorarlo y para eso necesitamos financiación y hay algunos instrumentos de gestión que después podemos comentar. Con respecto a la transparencia, que es uno de los factores de la gobernabilidad, la disponibilidad de datos sobre la acción política y sus resultados es lo que fomenta la transparencia y, por lo tanto, una de las cosas que queremos es que los datos que se recogen desde los servicios públicos sean públicos y que la gente los pueda utilizar. Eso por supuesto fomentaría la transparencia, podría también fomentar la competencia por comparación si pudiéramos compararnos entre áreas geográficas, entre servicios y, además, podría potenciar la participación de la ciudadanía con conocimiento porque ahora mismo es bastante opaco todo lo que pasa. Y como hemos dicho, se ha puesto un ejemplo, hay varios ejemplos en España, pero se ha profundizado más con el ejemplo de la Central de Resultados de Cataluña.

Con respecto a la equidad, continúan las desigualdades en el acceso por nivel socioeconómico aunque haya buena distribución territorial y, en cualquier caso, habría que redefinir la cobertura con criterios de residencia, ofrecer la misma protección a los residentes en situación administrativa irregular que a los ciudadanos españoles, repensar el modelo de copago, quizá no todo el mundo tiene que pagar lo mismo y se pueden excluir los grupos más vulnerables y habría que realizar un estudio sistemático de las desigualdades en el acceso a la salud y a la atención sanitaria, habría que introducir la evaluación de la equidad en todas las iniciativas.

El segundo punto tiene que ver con la vigilancia del estado de salud, tenemos casos de éxito también, por ejemplo, se comenta en el informe el agua; con las directivas europeas ha mejorado muchísimo la vigilancia de la situación del agua potable, tenemos una infraestructura epidemiológica de vigilancia de enfermedades infecciosas, pero los nuevos retos de la globalización, de los cambios sociales exigen nuevos sistemas de información. Hay tres cosas: una es la vigilancia de los determinantes sociales, por ejemplo, ahora mismo tenemos quizá una de las mejores descripciones de la situación social de España a partir de la información del censo, pero eso habría que reforzarlo y por supuesto apoyarlo. En segundo lugar, sistemas de información de la acción en promoción de salud en el sentido de que la promoción de salud es la acción en salud pública, es cómo en salud pública hacemos vigilancia y también hacemos acción, esa es la promoción de salud. Ahora mismo no hay ningún sistema de información, se hacen un montón de cosas que no se conocen, no conocemos ni cómo se hacen ni sus resultados y, por otra parte, no conocemos los efectos en el cuerpo humano sobre las exposiciones químicas y la biomonitorización, necesitamos incorporar información sobre residuos químicos en nuestro organismo y tenemos también algunas experiencias como algunos proyectos que están siguiendo diferentes compuestos en sangre relacionados con la contaminación y otras exposiciones químicas.

La tercera pata, por último, sería la promoción de la salud. Como he dicho, es la acción en salud pública. Cuando hacemos intervención hacemos promoción de la salud. La promoción de la salud está relacionada con la innovación social en salud, hablamos mucho de innovación tecnológica y poco de innovación social y la nueva situación social necesita también innovación social. La salud pública además está muy relacionada no solo con lo que hacemos desde nuestros servicios sanitarios y nuestros servicios de salud pública, sino con la coordinación y el trabajo con otros sectores como es educación, como son los ayuntamientos u otros entornos. Hay tres temas fundamentales en este informe, uno es la salud en las ciudades, en las ciudades es donde se genera salud y necesitamos reforzar la colaboración de los servicios de salud pública con los ayuntamientos. Otra cuestión es la atención primaria, hemos ganado mucho en el sentido de que el último informe de atención primaria por primera vez incluye la necesidad de reorientar la atención primaria hacia la salud comunitaria, hay evidencia de que se reduce la medicalización, se reduce lo que llamamos el malestar y muchas otras cosas haciendo, por ejemplo, prescripción social. Y la otra cuestión de innovación social es sobre activos en salud, que es mirar un poco desde la otra parte, estamos siempre acostumbrados a mirar factores de riesgo, vamos a ver qué fortalezas tenemos como comunidad y en esto tenemos bastante experiencia con las poblaciones más vulnerables, que son capaces de empoderarse un poco mejor y mejorar activamente su salud.

La promoción de la salud ha tenido muchas barreras, se ha desarrollado poco, ya he dicho que no hay ningún sistema de información y algunas de las barreras que se han identificado a través de todos los artículos es falta de liderazgo y voluntad política fundamentalmente porque se atribuyen los resultados en salud a los servicios sanitarios y se desconoce tanto por la ciudadanía como por muchos técnicos y también políticos las causas últimas de la salud, también porque hay bastante apoyo, muchas de las políticas ignoran la evidencia, se desarrollan sin tener en cuenta la evidencia, también las diferentes

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 34

culturas sectoriales, los tiempos políticos cortos, falta de información poblacional, espacios de participación y también existe insuficiente experiencia en el *know how*, cómo lo llevamos a cabo.

Para finalizar, las palancas de cambio que nosotros proponemos —en el informe han colaborado más de cincuenta personas y además está publicado en una revista científica que ha sufrido una revisión por pares y todas aquellas cosas que no tienen evidencia no pasan ese filtro—, lo que se propone es: tenemos una Ley General de Salud Pública que no está desarrollada y ahí se propone que haya un centro estatal de salud pública que evalúe las intervenciones en salud pública y en promoción de salud, que es una de las cosas que necesitamos, que se estandaricen y protocolicen algunas de las actuaciones que se están haciendo fundamentalmente de manera voluntaria y en algunos casos por no tener suficiente conocimiento sin efectos sobre la salud y, por lo tanto, ese esfuerzo colectivo de profesionales que la mayoría lo hacen en su tiempo libre debería haber un centro que protocolizara esto y que le diera visibilidad. Necesitamos también que se desarrolle la salud dentro de las políticas, que también se menciona en la Ley General de Salud Pública, la vigilancia de los determinantes, como ya he dicho, y la coordinación, que legitime la coordinación con otros niveles asistenciales y administraciones.

También, relacionado con la salud urbana, se necesita que se desbloquee la Ley de Régimen Local, que quitó atribuciones de promoción de salud a los ayuntamientos y que ahora mismo está bloqueada porque yo creo que las alcaldías de todos los partidos no están de acuerdo con cómo quedó y esto deberíamos cambiarlo y que tuvieran otra vez estas atribuciones. Hubo una comisión hace unos años para la reducción de las desigualdades sociales en salud, que produjo unas recomendaciones, que tampoco sabemos cómo han quedado. Y ya para finalizar, la financiación del Sistema Nacional de Salud, que necesita ser incrementada porque con los recortes se ha bajado mucho. También nos gustaría —y esto no tiene que ver con la evidencia— que el presupuesto en salud pública fuera mayor. De todo el presupuesto de sanidad a salud pública corresponde más o menos entre un 0,7% y un 1,8%, o sea, que es muy poquito, si lo ponemos por días queremos decir que nos gastamos el presupuesto de dos días y medio o de seis días, de los 365 días, es muy poquito, y lo que reivindicaríamos son dos semanas para la salud pública.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Peiró.

Es el turno ahora de los grupos, empezando por el que ha propuesto la comparecencia, el Grupo Socialista. Señor Fernández, tiene la palabra.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Muchísimas gracias a los dos, señor Repullo y señora Peiró, por venir.

Nos quedamos con las dos semanas para la salud pública, que es muy buen eslogan, pero mientras no alcanzamos las dos semanas pues al menos en esta Comisión de comparecencias del Congreso de los Diputados ustedes están aquí reivindicando el papel de la salud pública, que es tan importante, y por eso el Grupo Parlamentario Socialista tomó la iniciativa de invitarles a venir a presentar este informe, del cual hay que reconocer el papel que hace su sociedad desde hace ya más de veinte años, haciendo estos informes bianuales que permiten a toda la sociedad española reflexionar sobre cuál es la situación de la salud de los españoles y de las españolas y abordando temas que son del máximo interés y supliendo funciones que seguramente correspondería hacer a otras instancias oficiales como el Ministerio de Sanidad y que no realiza. Quiero recordar que el informe Sespas del año 2014 abordó cuál era el impacto de la crisis económico-financiera sobre la salud y este cuál es la situación de la salud pública, y precisamente por eso quiero recordar también y recordarles a ustedes comparecientes que en la última Comisión de Sanidad se aprobó una solicitud también por iniciativa del Grupo Socialista al Ministerio para que realice un estudio del impacto que ha tenido la crisis sobre la salud y por qué no se han hecho los informes de impacto en salud de las políticas económicas, financieras y de otra índole que han tenido tantísimo impacto desgraciadamente negativo sobre la salud de hoy y la salud de mañana de los ciudadanos.

El informe es tremendamente amplio y aborda muchísimos ámbitos de la salud pública y necesariamente hay que centrarse en algunos por la escasez de tiempo, yo me voy a centrar en la situación de la salud pública y en los temas de gobierno del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido yo les preguntaría cuál es a su juicio —en parte ya me lo ha respondido, pero le pediría un poquito más de desarrollo del análisis— la situación de la salud pública hoy en España y a su juicio cómo ha sido afectada en los últimos años como consecuencia de la crisis. En segundo lugar, si les parece que la Ley

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 35

General de Salud Pública del año 2011 es el marco adecuado para desarrollar y llevar adelante las prioridades en políticas de salud pública y cuál es la situación actual en el desarrollo y aplicación de la Ley General de Salud Pública cuando se cumplen creo recordar que son cinco años y medio desde su aprobación.

Otro aspecto del cual hay un capítulo en el informe es cómo se hace en España la evaluación de las tecnologías sanitarias. Es evidente que en una situación de limitación de recursos es más importante que nunca tener mecanismos robustos científicamente de evaluación de tecnologías, tanto para incorporar las innovaciones que son coste efectivas como para también desinvertir aquellas que se quedan obsoletas o que resultan menos coste efectivas porque simplemente son reemplazadas por otras. En ese sentido, cuál es la situación actual de la Red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y por qué no terminamos de dar los pasos necesarios para tener un mecanismo tan robusto como el que hoy es prácticamente un *gold standard*, que es, por ejemplo, el NICE británico, donde no solamente se hacen, como ustedes mencionan en el capítulo, evaluación de prácticas clínicas y de tecnologías clínicas, sino también actividades y programas de salud pública.

Hay otro aspecto sobre el que me gustaría pedirles un poco más de opinión y de detalle, y es sobre los temas de gobernanza del Sistema Nacional de Salud a los cuales han hecho alguna mención. Hay todo un capítulo muy interesante, ustedes dividen en una serie de áreas macro, meso y micro, en las recomendaciones que hacen para mejorar la gobernanza macro hablan de recuperar la universalización de la cobertura sanitaria, dotarnos de un marco financiero estable y suficiente, el fortalecimiento institucional del Sistema Nacional de Salud, la cooperación y coordinación entre los distintos agentes y en particular, por ejemplo, el papel de los fondos financieros para realizar esta coordinación.

Por último, en el tema de desigualdades, quisiera reseñar algo que ustedes mencionan en el informe, que dice que las necesidades sanitarias no cubiertas en España en el año 2004 era un 6,8% de la población, en el año 2007 bajaron al 1,9 y en la actualidad han vuelto a subir hasta el 6,8. Les pediría un poco más de detalle de a qué hacen referencia estas necesidades insatisfechas en salud que se han producido y han aumentado como consecuencia de la crisis.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández.
Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Buenos días.

Muchísimas gracias por su interesante exposición. He de decir —no me resisto a decirlo— que agradezco mucho el silencio y el respeto con el que se le ha escuchado, cosa que no ha ocurrido en una intervención anterior.

Le voy a centrar mis preguntas sobre tres aspectos para nosotros muy importantes. En primer lugar, la transparencia. Han hablado ustedes de transparencia y ha dicho una frase que a mí me ha encantado, los datos públicos son públicos, y así debería ser. Sin embargo, todos sabemos que esto no es así, hemos tenido experiencias recientes en esta Comisión de cosas tan vergonzantes como que el consejo interterritorial llegase a un acuerdo por el cual los datos del tratamiento de virus C se opacificaron, no se expusieron comunidad por comunidad. Yo no sé qué opinión les merece esto ni qué opinión les merece que esto quede sin sanción, porque es evidente que no hay Ley de Transparencia ni ninguna ley que se cumpla si no existe un poder coercitivo, si no existe una sanción para aquellos que incumplen las leyes, y este desde mi punto de vista es un claro ejemplo de incumplimiento de las leyes.

Han hablado de transparencia y han puesto como ejemplo —yo lo he leído en su artículo y para nosotros es una referencia— la Central de Resultados que hay en Cataluña, que a nosotros nos gustaría ampliar, generalizar y hacer a nivel estatal que haya una central de resultados en salud comunidad a comunidad, hospital por hospital, servicio por servicio, que sea transparente, que sea accesible, para eso también necesitaremos casi seguro o una financiación finalista o un poder coercitivo o alguna medida, y me gustaría que nos dieran su opinión a este respecto.

Han hablado también sobre un aspecto importante, que es el copago y que quizás convendría variar a la vista de la experiencia, a la vista de los datos y tener en cuenta la renta familiar. Nosotros presentamos una propuesta a este respecto en la última Comisión para que las familias monoparentales no fueran consideradas lo mismo que las familias que tienen doble ingreso y que también se hiciera caso a la evidencia que muestran todos los estudios realizados y el último publicado la semana pasada, y también comentado en la Comisión, que son las familias con ingresos menores de 18.000 euros las que están sufriendo problemas de adherencia por el copago y son las mismas que sufrían antes de 2012, esto no se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 36

arregla revertiendo al 2012, porque ya pagaban el 40%, que es lo que pagan ahora, el mismo 40%. A pesar de toda esta evidencia, la Comisión de Sanidad de este Parlamento votó en contra de hacer eso y votó en contra incluido el grupo que les ha traído hoy aquí. Y me gustaría que nos dieran su opinión a este respecto.

También me gustaría que me dieran su opinión al respecto de la fijación de precio. Si ven posible o no ven posible o ven deseable ir a un sistema de fijación de precio en el cual se fije el precio en relación al valor, como se hace en AVAC en otros países, o que alguien alguna vez ponga un precio a cuánto valen dos meses o tres meses de supervivencia en un cáncer pulmonar metastático, quiero decir, que si nosotros no empezamos a fijar el precio de las innovaciones de acuerdo a un criterio objetivo probablemente las innovaciones se van a comer al sistema y yo creo que es el momento en que una sociedad como la suya también manifieste su posición a este respecto.

Me ha gustado bastante lo de la rendición de cuentas, asunto prácticamente ausente en la política sanitaria, es decir, la rendición de cuentas aquí es una rendición de cuentas puramente política, no se hace rendición de cuentas en base a indicadores o a resultados, a un gerente no se le piden unos indicadores o unos resultados, se le pide que me mantengas lejos del periódico, eso es básicamente la rendición de cuentas que se hace con un gerente y con un jefe de servicio, exactamente lo mismo. Esto es así porque la libre designación llega hasta el último de los niveles y a mí me gustaría que nos dijeran su opinión sobre cuál es el límite razonable de la intromisión de la política en la Administración sanitaria, cuál es el límite razonable de la libre designación y qué alternativa de mejor gobernanza y de gobernanza basada en rendición de cuentas propondrían ustedes, porque, si no, seguiremos teniendo una Administración completamente politizada, también en lo sanitario y creyéndonos con el poder de nombrar hasta la supervisora de urgencias. No voy a gastar más tiempo porque sé que tienen poco tiempo, y quiero agradecerles una vez más su enorme trabajo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Igea.

Por el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Gracias, señor presidente, señorías, y gracias también a la señora Peiró.

Antes de nada, quería felicitar también a su equipo por este grandísimo trabajo que han llevado a cabo. Está claro que existe abundante evidencia disponible sobre qué políticas ayudan a mejorar resultados en salud y cuáles no lo hacen por toda la experiencia que nos ha estado contando, incrementando así las inequidades dentro de la población, a lo que ha hecho referencia. Sin embargo, ese escalón entre la evidencia en el ámbito de las ciencias sociales y la implementación de las políticas no solo no se ha dado, sino que nos hemos encontrado con un importante número de políticas en el ámbito de la sanidad que han sido contrarias por acción y por omisión a la evidencia disponible. Esta distancia entre el saber académico y la acción política tiene algunos ejemplos muy tangibles en la política sanitaria de nuestro Estado. Probablemente, uno de los ejemplos más claros es la falta de evaluación de las políticas públicas en general y de las políticas sanitarias en particular. Uno de los artículos publicados en este informe Sespas, del que estamos hablando en la Comisión, trata justamente de dotar a la red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias de un carácter central en la financiación de las prestaciones en nuestro Sistema Nacional de Salud. Pero en este tema topamos siempre con el mismo problema que ha señalado antes usted, el poder. Nosotros siempre hemos abogado por tratar de distribuir poderes y dotar de transparencia no solo las decisiones sino la forma en que se llega a ellas, impulsando la evaluación e introduciendo a colectivos de ciudadanos y pacientes en ellos para que esa participación vaya de la mano de la rendición de cuentas, de la que tanto hablamos. Esperamos que pronto se puedan ver avances en ese sentido.

Muchas de las medidas contenidas en el informe podrán servir como complementos idóneos de reforzamiento para las herramientas legislativas que deberían estar sirviendo como marco de desarrollo de la salud pública en nuestro país. Nos referimos concretamente —también ha sido citada— a la Ley General de Salud Pública aprobada en el año 2011 y que actualmente se encuentra en un cajón.

Podríamos considerar otros tantos puntos, pero le voy a señalar dos, en principio. Estos puntos se encuentran en el capítulo desarrollado por Rosa Urbanos-Garrido en el estudio que se titula «La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuesta para lograr la equidad». Ambos están en un epígrafe, sin embargo, merecen un tratamiento separado. Solo los enunciaré y no podré

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 37

desarrollarlos por falta de tiempo, pero para que vaya sonándoos a sus señorías y tengamos cada vez más en cuenta ambos puntos.

El primero de ellos afecta a una parte de la sociedad. Gracias al Real Decreto 16/2012 quedaron fuera de la cobertura sanitaria los inmigrantes en situación administrativa irregular. Nos alegra ver que una de las recomendaciones habidas en este informe es la devolución de la cobertura sanitaria a esta parte de nuestra sociedad, como ha mencionado la compareciente.

El segundo punto, en gran medida invisibilizado en muchos debates, apela a las dificultades que sufren las personas pertenecientes a las comunidades que componen la diversidad étnico-racial existente en este país. En concreto, en el informe se habla de la comunidad gitana. Yo aprovecho esta ocasión para hablar de la comunidad africana y afrodescendiente de España, y hago un llamamiento a las autoridades competentes para que lo tengan en cuenta a la hora de desarrollar estas políticas, sobre todo en lo que respecta a las desarrolladas por las instituciones públicas. De esta manera se solventaría una de las problemáticas expuestas en el informe, donde se nos señala la poca literatura existente a la hora de tratar este punto.

Concluyo. Hay algunas preguntas que nos gustaría hacerle. Si lo ve conveniente, puede responder cuando termine su intervención. ¿Cuáles considera que son las principales barreras para que el conocimiento se convierta en acción política dentro de nuestras instituciones? Y de los ámbitos comentados en el informe Sespas, ¿cuáles cree que deberían ser prioritarios en la acción política del Gobierno actual y del Parlamento en su conjunto?

Finalmente, le doy las gracias otra vez y esperamos poder convertir entre todos lo aquí comentado en realidad política.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Bosaho.

Tiene la palabra la señora González, por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **GONZÁLEZ VÁZQUEZ**: Muchas gracias, presidente

Gracias, señora Peiró, por esta presentación del informe correspondiente a 2016. Es una radiografía de nuestro sistema sanitario y de sus problemas de gestión que aporta además recomendaciones y ejemplos de buenas prácticas en numerosos campos. El ámbito del informe de 2016, como se ha dicho aquí, es enormemente amplio, nada más y nada menos que el sistema en su conjunto, el conocimiento y la práctica, pero centrándose sobre todo en esa transferencia necesaria y en la definición de los obstáculos que siguen existiendo para que esa transferencia se realice en todos los territorios y también en todos los campos. Es difícil resumir un informe tan amplio, tan variado en las materias que trata, pero creo que esa posiblemente sea la línea que fluye y que traspasa todos los temas tratados.

Creo que el señor Repullo ha resaltado el carácter eminentemente político que tiene el informe. Estoy completamente de acuerdo, es lo que he pensado y por eso he centrado mis preguntas en esa cuestión. Son muchas las propuestas en materia de gobernanza o de calidad de gobierno, entendiéndolo por ello, como usted ha comentado, transparencia, rendición de cuentas, integridad, marco legal estatal suficiente, no solamente en todo lo que tiene que ver con indicadores, sino también el refuerzo de la actividad del Gobierno central a nivel macro, a nivel meso y a nivel micro, incluso entorno sistémico, que estaría también vinculado a la actuación del Gobierno central.

Es evidente que nuestro sistema descentralizado —y ustedes han hecho referencia a ello en varios momentos— es un éxito, puesto que la descentralización ha supuesto una mayor equidad y la posibilidad de una cercanía mayor del sistema, pero también plantea problemas a la hora de mejorar la coordinación. Es cierto que la gravísima crisis económica sufrida a partir de 2010 planteó un marco financiero muy difícil para la preservación del sistema en su conjunto. Es una evidencia que el presupuesto de sanidad comienza a crecer, de 2015 a 2016 aumentó un 3,1 % y esperamos que en el presupuesto de 2017 veamos una subida incluso mayor para aproximarse progresivamente a presupuestos de años anteriores a la crisis. En nuestro grupo parlamentario creemos interesante ir acortando propuestas que ustedes presentan para poder plantearlas al Gobierno desde el Parlamento, puesto que muchas de ellas nos parecen muy pertinentes.

Quiero hacer solo dos preguntas, puesto que las personas que me han precedido en el uso de la palabra ya han formulado unas cuantas que coincidían con las mías. La primera es relativa al informe de 2016 y no al informe de 2014, al que ha hecho referencia el portavoz socialista. Ustedes aluden en repetidas ocasiones a volver a la cobertura sanitaria por ciudadanía. Me ha sorprendido esa denominación ya que no es la habitual. Generalmente se habla de cobertura universal. Me gustaría que determinases

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 38

exactamente cuál es la propuesta. Me ha parecido entender en la intervención de la señora Peiró hace un momento que estaría vinculada a la residencia, pero me gustaría que acotara adecuadamente esta denominación que ha resultado un poco curiosa. Asimismo, me gustaría que detallase, si fuese posible —aunque imagino que no lo es en el poco tiempo de que vamos a disponer a partir de ahora—, cuál sería la propuesta de racionalización de ensayos clínicos en los centros sanitarios públicos.

Nada más y muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora González.

Señor Repullo, señora Peiró, repártanse quince minutos para todas las respuestas.

El señor **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Repullo Labrador): Vamos a intentarlo, pero creo que será suficiente.

En primer lugar, quiero darles las gracias. Creo que son preguntas muy pertinentes. Los temas en los que me puedo centrar más tienen que ver con la gobernanza y la organización del sistema. Quizá luego Rosana complementará los temas más específicos de salud pública.

La evaluación de las tecnologías es una asignatura pendiente, pero como muchas otras. En ese sentido, si estamos enfrentados a decisiones duras desde el punto de vista del marco financiero, tenemos que ser internamente consistentes con ese axioma. Por tanto, tenemos que ser capaces de identificar, como comentaba el señor Igea, qué añade valor y qué no añade valor. Tenemos que saber que en España hay una enorme diferencia entre el discurso formal y lo que hacemos realmente. Hace un tiempo se estimaba que el NICE, el National Institute for Health and Care Excellence, tenía del orden del 600 trabajadores en su sede central. Y en España, sumando todas las agencias —creo que siete— no llegan a 60. Bien, hay diferencia en el número de población, pero evidentemente lo que nos preocupa, y es un tema de gobernanza, es la anorexia brutal de los cuadros técnicos de la inteligencia colectiva que tienen las administraciones, y muy en particular es una epidemia que afecta a la Administración Central del Estado. Es un tema sobre el que volveré luego. En todo caso, en evaluación de tecnologías, obviamente necesitamos desesperadamente un Hispa-NICE o cosa semejante que nos permita plantear medidas.

Junto con eso, el medicamento. Ha habido una recomendación del Tribunal de Cuentas en la que dice que por qué no tomamos medidas en relación con el precio de los medicamentos, que no hay manera de saber los criterios que en cada caso la Comisión interministerial pone en marcha. Y es verdad. De hecho, Sespas acaba de desarrollar un posicionamiento sobre este tema planteando esos mismos criterios de transparencia y rendición de cuentas. Por tanto, necesitamos revisar, en línea con lo que dice el Tribunal de Cuentas, esta realidad. Porque no es normal que los precios de los medicamentos, que son tan importantes en la sostenibilidad financiera del sistema, sean una variable fuera de control.

Esto nos lleva al segundo tema de los ejes de gobernanza. Por centrarme en la relación macro, meso, micro, haré una pequeña narrativa de los temas centrales que nos han preocupado. En primer lugar, lo que no puede ser es que sigamos con un sistema nacional de salud que tenga esta insoportable levedad institucional. Que nos acostemos en 2011 con un Sistema Nacional de Salud de inspiración Beveridge y nos levantemos en 2012 como un sistema Bismarck de Seguridad Social donde el INSS es el que regula la afiliación, el que dice quién tiene y quién no tiene derecho, no habla en favor de la solvencia jurídica de nuestro sistema. No decimos cuál es bueno o malo, pero no puede ser que con un real decreto-ley cambie la naturaleza del sistema. Tampoco puede ser correcto que haya esta inseguridad jurídica con respecto a quién cubrimos y a quién no. Por tanto, el concepto de ciudadanía sanitaria es un concepto de delimitación legal de quién tiene derecho, cómo se exigen esos derechos y que ese debate se sustancie en donde tiene que sustanciarse, en la sede de la soberanía popular.

Sespas no es un partido político, son catorce sociedades y hay opiniones para todos los gustos. Algunas de las sociedades han planteado que el criterio de ciudadanía y residencia es un criterio sensato, pero la gran mayoría de sociedades también piensa que la exclusión de inmigrantes irregulares es un mal negocio tanto para la equidad como para la eficiencia del sistema, tanto para enfermedades infecciosas como mentales. La utilización de la atención primaria es un tema tratado en numerosos lugares y creo que deberíamos de ser sensatos y racionales. Por tanto, necesitaríamos construir capacidad política para hacer y desarrollar funciones sobre todo en la Administración General del Estado. Esta anorexia a la que me he referido es muy evidente. Es que la Administración General del Estado ha ido un paso para atrás. Desde 2002 ha llegado al axioma de que la sanidad está transferida y realmente no hay ninguna aportación

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 39

técnica, salvo la Ley del tabaco, que fue enormemente exitosa, leyes de 2005 y 2010. El resto de intentos de liderar procesos de transformación —cito tres—, troncalidad, prescripción de enfermería y gestión clínica, han sido las tres un completo desastre, pero porque no se regula un sector profesional complejo a través del boletín oficial sino que se necesitan otros mecanismos fundamentalmente de gestión del conocimiento.

Hay dos retos de los que señalamos en el nivel macro, uno que está estallando en el Sistema Nacional de Salud, la calidad de empleo. Venimos diciéndolo desde hace mucho tiempo, hay que intentar revisar las normas de dotación de plazas. No se puede tener al sector con un 30 % de interinidad y hay que arreglarlo. Otro son los precios de los medicamentos, a los que me he referido antes. Y en ese sentido voy a decir algo que me parece importante: la transferencia de los servicios sanitarios de la Seguridad Social a las comunidades autónomas fue un proceso importante, pero ese proceso ha tenido una deriva importante que nos preocupa y es el secuestro de la sanidad autonómica por las consejerías de Hacienda y Función Pública. Eso ha hecho que desaparezcan nominalmente las políticas sanitarias. ¿Por qué? Porque los consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas prácticamente son administradores subsidiarios de los espacios de autonomía que les dejan sus compañeros de Hacienda y Función Pública. Por eso precisamente hay un debate para crear un espacio de política autonómica, incluso un marco presupuestario, aunque hay opiniones para todos los gustos, posiblemente habría que plantear algún instrumento de financiación con fondos de cohesión y fondos de inversiones, lo que implicaría la intervención de la Administración General del Estado. Y no hablo de recentralización. Creo que la gran mayoría pensamos que el genio escapó de la botella y que no va a volver y lo que hay que hacer es reeducar al genio, pero hay que reeducarlo con instrumentos de gestión del conocimiento —por eso la Carlos III debe de volver al Ministerio de Sanidad—, con instrumentos de financiación, bien sea finalista o de fondos, con instrumentos de cofinanciación e inversiones. Es decir, se trataría de volver a montar las políticas sanitarias en un Ministerio de Sanidad que tuviera una proyección no solo teórica sino de cara a la acción. Este sería el planteamiento. No voy a aburrirles más.

La transparencia es importantísima. Dentro de una de las asociaciones, la de economía de la salud, hay un planteamiento que dice —lo ha dicho antes Rosana, pero es más taxativo— que toda información generada con dinero público ha de ser de dominio público, salvo que afecte a la privacidad de las personas. Y el que quiera trasgredir, el que quiera ocultar esto, tendrá que asumir la carga de la prueba y explicarlo socialmente. Esta sería la principal respuesta. Hay tantas cuestiones que seguramente me habré dejado algo en el tintero.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Peiró.

La señora **COAUTORA DEL INFORME SESPAS 2016** (Peiró Pérez): En cuanto a la Ley General de Salud Pública, pensamos que sería la palanca que podría movilizar los nuevos retos que la salud pública tiene. Lleva varios años totalmente parada y la salud pública, la sociedad y las necesidades de salud van cambiando porque hemos tenido un contexto social muy especial durante los últimos años. Por tanto, estas necesidades han ido aumentando y estamos bastante paralizados.

Otra de las cuestiones a las que la ley general de salud pública quizá podría dar visibilidad es la necesidad de las políticas intersectoriales para ganar salud; salud en todas las políticas, ya hablemos de hacienda, de transporte o de educación.

Con respecto a las agencias de evaluación de tecnología, habría que tener en cuenta —y otro de los artículos habla del tema— que el NICE es la institución que representa el estándar de oro y que consigue —aquí todavía no— que sus recomendaciones influyan en las políticas que finalmente se toman. Aquí hacemos informes y propuestas que luego no están recogidas casi nunca en las decisiones que se toman. Tendría que incluir la parte de salud pública y no solo de farmacia y de prestaciones sanitarias. Lo que hemos llamado el centro estatal de salud pública estaría en el ministerio pero tendría estas atribuciones que necesitamos para poder avanzar. NICE utiliza los ABAP como uno de los criterios para decir si algo funciona o no, si nos vamos a gastar este dinero para conseguir una semana de salud. Tienen unos criterios que han sido discutidos con los que no todo el mundo está de acuerdo, pero al menos hay unos criterios transparentes. NICE ha hecho pública su estrategia metodológica y se puede saber quién participa, cómo, cuándo y dónde. También participa la población y otros grupos de interés, pero tanto su participación como sus intereses son transparentes.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 40

El señor **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Repullo Labrador): ¿Puedo cerrar en dos minutos?

El señor **PRESIDENTE**: Quedan tres minutos de lo prometido.

El señor **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD EN LA ESCUELA NACIONAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III** (Repullo Labrador): La posición sobre el tema de copagos más extendida entre las sociedades de Sespas es: pongamos techo a la participación, a la aportación de los activos. ¿Por qué? Porque un segmento de activos de bajo nivel económico está teniendo muchas más dificultades que los pensionistas para afrontar el pago. Esa sería la urgencia, que ya se comunicó en 2011, cuando se preparó el real decreto. Simplemente hay que mirar al Reino Unido.

El otro tema es la gobernanza de los centros. Hay que establecer en la mesogestión modelos de buen gobierno para la gestión. Proponemos fundamentalmente recrear consejos de gobierno en las instituciones. En Madrid precisamente hay un debate sobre el tema del buen gobierno y también lo hubo en el País Vasco, en Osakidetza. Creo que esa combinación de crear un espacio de gobierno de órganos colegiados más la profesionalización de los directivos por lo menos crea un cierto marco para resolver esa excesiva dependencia o los excesivos costes de interferencia entre el poder político y el mundo de la gestión. En todo caso, para nosotros está claro que la rendición de cuentas tiene que ser a nivel político, del cual dependen las instituciones públicas, lo que ocurre es que a través de los mecanismos de gobernanza se puede dar una holgura necesaria para la rendición de cuentas, la transparencia y la participación.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Peiró y señor Repullo, por su presencia, por sus explicaciones y por la información que nos han trasladado, de la que seguro que habrán tomado buena nota los grupos parlamentarios para utilizarla en sus trabajos.

— **DE LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN (ANDRADAS ARAGONÉS), PARA EXPLICAR DE QUÉ MANERA PIENSA IMPLEMENTAR LA LEY 33/2011, DE 4 DE OCTUBRE, GENERAL DE SALUD PÚBLICA, PARA LA MEJORA DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 212/000127).**

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos con la comparecencia de la directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación para explicar de qué manera piensa implementar la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, para la mejora de la situación de la salud pública, a petición del Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Damos la bienvenida a la directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación, doña Elena Andradar Aragonés, a quien agradecemos su presencia y disposición para informar a esta Comisión. Tiene la palabra.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN** (Andradas Aragonés): Gracias, señor presidente.

Señoras y señores diputados, comparezco ante esta Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados a petición del Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, en relación con la implementación de la Ley 33/2011, General de Salud Pública.

La Ley General de Salud Pública define en su artículo 1 la salud pública como el conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas con la participación de la sociedad para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como el colectivo y mediante acciones sectoriales y transversales. Y la misma Ley General de Salud Pública detalla que la sociedad requiere un sistema de salud pública que sea capaz de aunar los dispositivos propios de salud pública, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen algún efecto sobre la salud de la población. Esta ley fue el resultado del trabajo realizado por las administraciones públicas, junto con profesionales del ámbito de la salud pública a nivel académico, sociedades científicas y desde luego fruto de la negociación en esta Cámara. Si bien esta ley es de carácter básico, tiene como antecedentes a nivel autonómico la Ley de Salud Pública aprobada en Cataluña, en Castilla y León, Islas Baleares y Extremadura. Y después de noviembre de 2011, fecha en la que se aprueba la Ley General de Salud Pública, se aprobaron normas en las comunidades de Valencia, Aragón y Andalucía que abordan aspectos básicos ya contemplados en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 41

la Ley General de Salud Pública. Pero me gustaría recordar que la Constitución española define entre las competencias que pueden desarrollar las comunidades o ciudades autónomas la sanidad e higiene. Es decir, la salud pública está contemplada en todos los estatutos de autonomía y, por tanto, la competencia en materia de salud pública está transferida a las comunidades y ciudades autónomas.

No obstante, como recoge el artículo 65 de la Ley 16 de 2013, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la coordinación de las actuaciones en materia de salud pública corresponde al Ministerio de Sanidad, y en este contexto, desde la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, venimos desarrollando acciones, actuaciones de salud pública contempladas en la mencionada ley y no solo las que nos corresponden como competencias exclusivas de la Administración General del Estado, sino también ejerciendo nuestro papel de coordinación y cohesión, según se detalla en la propia ley.

Así, según se establece en el artículo 149.1.16.^a de la Constitución española, la sanidad exterior es competencia exclusiva del Estado. Son actividades de sanidad exterior todas aquellas que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Esta función es clave y se lleva a cabo en cumplimiento del reglamento sanitario internacional, cuyo principal objetivo es evitar la propagación internacional de enfermedades. Si bien las actividades de vigilancia y control de sanidad exterior tienen una especial significación ante las emergencias de salud pública de importancia internacional, como ha ocurrido en los conocidos casos del brote de enfermedad por virus del Ébola en África Occidental, la epidemia por enfermedad por virus del Zika en Sudamérica o la emergencia para evitar la propagación internacional de poliomielitis, o incluso anteriormente con motivo de la gripe pandémica, la actividad de vigilancia y control se mantiene constante todos los días del año en defensa de la salud de la población española. En este sentido, durante el año 2016, los equipos de intervención de sanidad exterior han atendido unos 800 incidentes sanitarios en fronteras, de los cuales 60 han requerido actuación presencial y todos han sido coordinados desde la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. Asimismo, en 2016 —estoy haciendo referencia al último año—, entre otras actuaciones de control higiénico sanitario se han expedido un total de 1.513 certificados sanitarios a buques en cumplimiento de lo contemplado en el Reglamento Sanitario Internacional y 128 certificados sanitarios por abanderamiento de buques. Se ha autorizado la entrada o salida de España de un total de más de 3.000 cadáveres, así como la importación o exportación de más de 1.300 muestras biológicas, bien para investigación o bien para diagnóstico.

Otra de las actividades destacables de sanidad exterior es la prevención de riesgos sanitarios del viajero, que se realiza en 107 centros de vacunación internacional autorizados y que se distribuyen a lo largo de todo el territorio nacional, cuya función es prevenir enfermedades durante el viaje y como consecuencia evitar su introducción en España en el momento del regreso. La atención médica que se suministra a los más de 270.000 viajeros que acuden a los centros de vacunación internacional es personalizada, ya que los riesgos sanitarios dependen de las características del viajero y del viaje que se va a realizar; en este sentido, además del conocimiento global que existe sobre la situación sanitaria mundial en los centros de vacunación internacional, desde el ministerio fueron informados estos centros de un total de 426 alertas sanitarias internacionales.

En lo relativo a los controles sanitarios en la importación de productos de consumo humano procedentes de terceros países, esta es una actividad que se encuentra regulada por la normativa comunitaria, por la Unión Europea. A lo largo de 2016 los servicios de inspección de sanidad exterior controlaron un total de 142.176 partidas, de las cuales 745 fueron objeto de rechazo porque no cumplían con las exigencias sanitarias. El Ministerio de Sanidad tiene, además, un papel clave como garante del cumplimiento de los requisitos sanitarios de las empresas exportadoras del sector agroalimentario a terceros países; en este ámbito, desde la Dirección General de Salud Pública, en el año 2016 se gestionaron 866 solicitudes de empresas para su inclusión en listas de establecimientos autorizados para exportar, se realizaron 57 visitas a establecimientos y se gestionaron cuestionarios de empresas interesadas en exportar a países que requieren una visita específica de la autoridad sanitaria competente del país para que puedan ser autorizados. La sanidad exterior tiene cerca de 120 años de historia en nuestro país y sus actividades han ido mejorando a lo largo del tiempo. Hemos consolidado una estructura con un nivel de profesionalización que nos permite afirmar que las actuaciones en materia de sanidad exterior realizadas por el Ministerio de Sanidad garantizan un elevado nivel de protección ante los riesgos derivados de la importación de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 42

En lo que respecta al desarrollo de actividades contempladas en la Ley General de Salud Pública en nuestro papel de coordinación y cohesión, permítanme que destaque las especificadas en el capítulo 2, promoción de la salud; capítulo 3, prevención de los problemas de salud y sus determinantes; capítulo 4, coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud. Uno de los principales desarrollos de la Ley General de Salud Pública ha sido y es la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud, que establece un marco general para ganar salud y prevenir las lesiones, las enfermedades y la discapacidad, que fue aprobada por el pleno del consejo interterritorial en diciembre de 2013. El conjunto de la estrategia integra los principios generales de la acción en salud pública que establece la propia Ley General de Salud Pública en su artículo 3: equidad, salud en todas las políticas, pertinencia, precaución, evaluación, transparencia, integralidad y seguridad. Ha sido elaborada utilizando una metodología participativa, en la que se ha solicitado la declaración de interés de todos los expertos que han participado en cumplimiento del artículo 11 de la Ley General de Salud Pública. Esta estrategia supone un impulso en la reorientación del Sistema Nacional de Salud hacia la promoción y la prevención que proporcionará un doble beneficio: aumentar el bienestar y la cohesión social, así como trabajar por la sostenibilidad de un sistema a medio y largo plazo. Consideramos que es un buen instrumento para lograr esta meta y así ha sido reconocido por la ciudadanía, que participó en una consulta pública que realizamos en 2013, antes de comenzar a hacer la implementación de la estrategia de promoción de la salud y prevención a través de la web oficial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dando cumplimiento al derecho de participación recogido en el artículo 5 de la propia Ley General de Salud Pública.

Desde la aprobación de esta estrategia de promoción de la salud y prevención, desde principios de 2014 se ha desarrollado un amplio abanico de acciones de implementación con diferentes líneas de actuación, que incluye el desarrollo operativo de intervenciones seleccionadas como buenas prácticas, dando así cumplimiento al artículo 16.3 de la Ley General de Salud Pública, que estipula que es el Ministerio de Sanidad, con participación de las comunidades autónomas, quien establece y actualiza los criterios de buenas prácticas para las actuaciones de promoción de la salud y prevención, fomentando el reconocimiento de la calidad de las mismas. Reconocimiento que hemos realizado en el pleno del consejo interterritorial y hemos presentado en la primera jornada de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud en marzo de 2015. Estas intervenciones se están implementando en atención primaria con carácter universal y promueven las acciones comunitarias y su coordinación teniendo en cuenta la intersectorialidad, el trabajo intersectorial con otros entornos —no solamente desde el sector salud—, como el sector educativo, el sector social y el ámbito local.

Entre las intervenciones que se están implantando con carácter universal, me gustaría destacar el cribado de fragilidad y prevención de caídas en la persona mayor, como elemento clave en la promoción del envejecimiento activo y saludable y en la prevención de la discapacidad. Se trata de un consenso con todas las sociedades científicas de geriatría, de atención primaria y de enfermería que se presenta como documento de consenso sobre prevención de fragilidad en la persona mayor y que fue aprobado en junio de 2014, dando así cumplimiento al artículo 19.3 de la Ley General de Salud Pública. Para reforzar la implementación de estas intervenciones hemos desarrollado un programa de capacitación para profesionales sanitarios, que reúne cursos utilizando una metodología *on line* acreditada para las profesiones sanitarias con el fin de que haya una formación armónica de los profesionales en estas líneas de promoción de la salud y prevención en todo el Sistema Nacional de Salud. Esta formación se oferta a través de las comunidades y ciudades autónomas y tengo que destacar que está teniendo una excelente acogida y valoración por parte los participantes; en el último año y medio son más de 17.000 los profesionales sanitarios que se han inscrito en esta aula virtual y el índice de aprovechamiento es superior al 82%.

Una de las actividades principales, desde nuestro punto de vista, es el empoderamiento de la población, de manera que hemos desarrollado una web para promover estilos de vida saludable con información rigurosa y de calidad en relación con los cinco factores que abordan la estrategia; los factores determinantes de la mayor carga de enfermedad crónica no solamente en nuestro país sino en los países de nuestro entorno. Estamos hablando de actividad física, de alimentación saludable, de la prevención del consumo de tabaco, de la prevención del consumo de alcohol y del bienestar emocional. Esta línea de trabajo ahonda una vez más en el compromiso adquirido en el artículo 18 de la Ley General de Salud Pública sobre comunicación en salud pública.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 43

Todas las actividades que se están realizando en el marco de la implementación de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud durante los dos primeros años de desarrollo se recogen, teniendo en cuenta nuestra consideración y la importancia que damos a la rendición de cuentas, en la memoria de implementación 2014-2015 y evaluación preliminar, que ha sido publicada en 2016 y que es ahora mismo accesible en la página web oficial del ministerio, y aunque aun es pronto para poder apreciar un cambio en la tendencia de los indicadores de impacto en salud, se han sentado las bases para alcanzar el objetivo de fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables de manera universal, siempre teniendo en cuenta el principio de equidad como eje rector de la estrategia.

Profundizando en el derecho a la equidad de todos los ciudadanos, recogido en el artículo 6 de la Ley General de Salud Pública, en el apartado 4 se contempla la necesidad de contar con una oferta única de cribados poblacionales en todo el Sistema Nacional de Salud, y desde el año 2012, en el marco del desarrollo de cartera básica común de servicios del Sistema Nacional de Salud hemos dado prioridad a la concreción en cartera de las actividades de detección de enfermedades en fase presintomática mediante cribado, porque los programas de cribado son una prestación de salud pública que deben cumplir requisitos de calidad y equidad para toda la ciudadanía y así poder avanzar en una verdadera cohesión en el Sistema Nacional de Salud. En la actualización de esta cartera básica común de servicios del Sistema Nacional de Salud, concretamente para cribados, es preceptivo para nosotros disponer de informes realizados por la Red española de agencias de evaluación de tecnologías y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, de manera que solicitamos, previo a su incorporación en cartera de servicios, el análisis tanto de la eficacia clínica como del coste y efectividad de los programas —en este caso voy a hacer referencia a los programas de cribado neonatal y programas de cribado de cáncer—; así es como hemos actualizado la cartera de cribado neonatal del Sistema Nacional de Salud, que incluye siete enfermedades, la de cribado de cáncer de mama y cáncer de cerviz, y además hemos incorporado en esta cartera el programa de cribado de cáncer colorrectal, cuya implantación se está realizando de manera progresiva, racional y cumpliendo siempre los principios generales de acción en salud pública que establece el artículo 3 de la Ley General de Salud Pública, dando cumplimiento al artículo 20 de la misma. La actualización de la cartera de servicios en relación con los programas de cribado se ha hecho efectiva y está publicada en el BOE desde el año 2014, que de hecho ha modificado el Real Decreto de cartera de servicios. En el mismo sentido hemos avanzado en la cohesión cuando en 2013 aprobamos por primera vez el calendario común de vacunación en el Sistema Nacional de Salud, dando cumplimiento al artículo 19.3 de la Ley General de Salud Pública. Desde entonces, contando con el trabajo conjunto que venimos realizando con las comunidades autónomas, las sociedades científicas, los colegios profesionales y las propias compañías farmacéuticas, tenemos uno de los calendarios comunes de vacunación más completos de los países de nuestro entorno. El calendario común de vacunación protege frente a 13 enfermedades inmunoprevenibles, es financiado por el sistema público y la proporción de niños vacunados, lo que nosotros técnicamente denominamos cobertura de vacunación, es superior al 95%. Hemos realizado la última actualización del calendario común de vacunación en 2016, de manera que reducimos el número de dosis de primovacunación que administramos a los niños antes de los 12 meses y de nuevo hemos contado con el acuerdo de todas las partes; ha habido un consenso unánime y esta actualización está ya vigente desde inicios de este año 2017 en todas las comunidades autónomas.

En relación con la vigilancia en salud pública, capítulo 1 de la Ley General de Salud Pública, desde la dirección general hemos coordinado la actualización de los protocolos de vigilancia epidemiológica de 33 enfermedades de vigilancia obligatoria en España; además, hemos redactado los protocolos de vigilancia de 29 nuevas enfermedades para adaptar la lista de enfermedades de vigilancia obligatoria a la situación epidemiológica actual de nuestro país, así como a los requerimientos y acuerdos internacionales. Los protocolos fueron aprobados en el consejo interterritorial en 2013 y en 2015 se ha publicado la orden que actualiza la lista de enfermedades objeto de vigilancia obligatoria de acuerdo con los protocolos que hemos aprobado en el pleno del consejo interterritorial. Además, hemos coordinado el desarrollo del Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en colaboración con las comunidades autónomas, el Instituto de Salud Carlos III y las sociedades científicas. Este plan fue aprobado en el pleno del consejo interterritorial en julio del 2015 y hemos finalizado todos los protocolos en 2016, incluyendo la vigilancia de las resistencias a antimicrobianos, que se coordina con el Plan nacional de resistencias a antibióticos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 44

Desde la Dirección General de Salud Pública se gestiona además la vigilancia entomológica en aeropuertos y puertos frente a vectores potenciales de enfermedades infecciosas exóticas; en esta línea, en el año 2016 coordinamos la elaboración del Plan nacional de preparación y respuesta frente a enfermedades transmitidas por vectores, cuya fase primera está destinada a dengue, chikungunya y zika, todo ello dando cumplimiento al artículo 12, apartado 6, de la Ley General de Salud Pública. En relación con el artículo 13 de la Ley General de Salud Pública, en el año 2013 ya desarrollamos el sistema de alerta precoz y respuesta rápida, que establece los mecanismos para la gestión y coordinación de las respuesta ante alertas de carácter supraautonómico, así como el papel del Ministerio de Sanidad y de cada una de las unidades del departamento en todo el proceso. Se define además cuál es la unidad que constituye el centro de enlace nacional con la Organización Mundial de la Salud en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, que es el centro coordinador de alertas y emergencias sanitarias que depende de la Dirección General de Salud Pública.

En este contexto de preparación y respuesta ante amenazas sanitarias, desde la dirección general hemos coordinado el desarrollo de planes específicos que seguramente conocen todos ustedes ante varias amenazas para la salud pública, desde las infecciones y alertas que hemos tenido para coronavirus frente al virus ébola, frente a fiebre hemorrágica de Crimen-Congo o, como ya he comentado anteriormente, frente a la enfermedad por virus zika. En este momento, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta asistencial ante posibles enfermedades emergentes, estamos acordando con todas las comunidades autónomas la adaptación de la red de hospitales para tratamiento de casos por virus ébola a una red de hospitales que sea capaz de tratar cualquier enfermedad infecciosa de alto riesgo cuando se requiere para la atención correcta de los enfermos y para la seguridad de los profesionales el aislamiento de los pacientes en unidades de alto nivel. ¿Qué tenemos previsto hacer ahora? Como se recoge en el anteproyecto de presupuestos de 2017, vamos a desarrollar una norma con rango de real decreto que regule la configuración y el funcionamiento de la vigilancia en salud pública en nuestro país. Hasta ahora está vigente el real decreto del año 1995 que regula la Red nacional de vigilancia epidemiológica, pero en el siglo XXI, cuando hablamos de vigilancia en salud pública, no solamente tenemos que tener en cuenta las enfermedades transmisibles, por muy importantes que sean en estos momentos las enfermedades transmitidas por vectores o las enfermedades emergentes y los mecanismos que debemos poner en marcha para controlar las mismas, sino que sabemos y consideramos que es necesario recoger, analizar e interpretar la información sobre el nivel de salud de la población y de los factores que están condicionando la salud de la población española con el fin de fundamentar de forma más precisa nuestra actuación de salud pública. Todo esto implica respetar las competencias que corresponden a otras autoridades teniendo en cuenta los riesgos ambientales y sus efectos en salud, enfermedades no transmisibles, otros factores que determinan su aparición, así como estudiar cómo influyen en la salud y no solamente en la salud individual y colectiva. Una parte de esta información está ya disponible en el portal estadístico del Sistema Nacional de Salud —voy a ir avanzando porque el presidente ya me ha dado la orden— y lo sintetizamos con unos indicadores claves, pero nuestra intención es integrar toda esta información, junto con el resto de los factores que van a ser incluidos en la vigilancia de salud pública y en el sistema de información en salud pública, no solo para dar transparencia a la acción de la Administración sanitaria, sino con datos que sean comparables entre las comunidades autónomas, además de disponer de información que nos permita tomar decisiones en salud pública. Crearemos un comité intersectorial dando respuesta al artículo 45 de la propia Ley General de Salud Pública, que abordará cuestiones de gobernanza en materia de salud pública.

Espero que con mi intervención haya aclarado algunos de los aspectos que estamos implementando en el marco de esta ley, y no me queda sino ponerme a disposición de sus señorías para contestar a las cuestiones que deseen.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Andradás.

Por el grupo que ha propuesto la comparecencia, tiene la palabra la señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Muchas gracias, señor presidente.

Muchas gracias, señora Andradás. La verdad es que esta Comisión está teñida de salud pública, cosa que nos agrada mucho. **(El señor vicepresidente, De Arriba Sánchez, ocupa la Presidencia).**

La Ley General de Salud Pública debería ser una herramienta central en la elaboración de nuestras políticas de salud, como antes hemos mencionado, pero creemos que tras su aprobación se metió en un cajón y parece que andamos buscándola. En el artículo 3 de la ley, donde se determinan los principios

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 45

generales que han fundamentado las acciones de la salud pública, se habla del principio de equidad que también se ha señalado y se listan una serie de principios de los cuales queremos destacar tres. En primer lugar, se habla de principio de equidad y se alude a que las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. En segundo lugar, se menciona el principio de salud en todas las políticas, reseñando la transversalidad de la salud en la implementación de las políticas de forma general. En tercer lugar, queremos señalar la mención al principio de evaluación, equidad, salud en todas las políticas y evaluación, grandes principios que parece que fueron tomados como finales porque no fueron convertidos en políticas implementadas.

Un año antes de la aprobación de la Ley General de Salud Pública se hizo público un documento que no fue editado hasta el año pasado, con seis años de retraso, y que debería haber servido para guiar las políticas gubernamentales en época de crisis. Me refiero al documento Avanzando hacia la equidad, propuesto en intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España, coordinado por Carme Borell y comisionado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. Este documento emitió algunas recomendaciones muy alineadas con los principios antes mencionados y totalmente divergentes con las políticas llevadas a cabo por el anterior Gobierno, así como por el actual. Es curioso, por llamarlo de alguna forma, cómo la publicación de un documento técnico y otro legislativo con la misma orientación se han seguido de una serie de políticas que han despreciado dichos documentos, imposibilitando el uso de las políticas de la salud pública como herramientas de cohesión social y mejora de las desigualdades de salud. Algunas de las recomendaciones señaladas en este documento, con especial vinculación con su dirección general y con el Ministerio de Sanidad, son facilitar el acceso territorial a los servicios de salud y sexual reproductiva, así como a los preservativos, a los métodos contraceptivos, a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo. Asimismo, desaconsejar el recurso al copago como un instrumento para paliar los problemas de la financiación de atención sanitaria por sus impactos regresivos en la equidad económica y en salud; garantizar la plena universalización de la atención sanitaria para todos los residentes en España con una cobertura del cien por cien y sin discriminar en función del tipo de afiliación a la Seguridad Social; promover la participación e incorporación de los puntos de vista de la ciudadanía y personas usuarias en los procesos de toma de decisión del sistema de salud empezando por el nivel local; asegurar la correcta aplicación de la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia; potenciar la oferta de servicios públicos de calidad para cubrir las necesidades de las personas dependientes y cuidadoras, especialmente en los grupos más desfavorecidos y con mayor riesgo de empobrecimiento y exclusión laboral y social. Es decir, participación, desarrollo de la Ley de dependencia de sanidad plenamente universal, así como expansión del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo; todo ello aspectos claramente atacados durante la legislatura anterior, no estando algunos en el ámbito de competencias. Qué duda cabe que si aspiramos a que la salud pública tenga un papel verdaderamente transversal, tal vez deberíamos aspirar a un liderazgo capaz de influir de forma transversal en las políticas de la salud dictadas desde el ministerio. Por todo ello, por la separación entre la legislación y la acción política, nos gustaría plantearle una serie de preguntas. Probablemente el desarrollo práctico de la evaluación del impacto de salud sea uno de los aspectos que con más potencia sirva para desarrollar el principio de salud en las políticas. ¿Qué medidas concretas se están promoviendo desde la Dirección General de Salud Pública para desarrollar el cumplimiento del artículo 35 de la Ley General de Salud Pública sobre evaluación del impacto de salud? ¿Qué medidas están tomando desde la Dirección General de Salud Pública para asegurar que nuestro Sistema Nacional de Salud esté bien dotado para responder ante una eventual situación de emergencia sanitaria como la ocurrida con el ébola, durante la cual se vieron patentes muestras de incapacidad de gestión y déficit de dotación de infraestructuras? ¿Cuál es el abordaje previsto por la Dirección General de Salud Pública para hacer frente a las desigualdades sociales en salud? El informe que he nombrado anteriormente debería ser manual de acción, no utilizado para alcanzar una mesa en el Ministerio de Sanidad. Las políticas de salud pública deben servir para mejorar la salud de la colectividad, pero muy especialmente para dirigir las políticas de salud hacia un mayor énfasis en las personas que más lo necesitan en visión de un universalismo proporcional que esperamos ver en las medidas llevadas a cabo desde su dirección general.

Muchas gracias por estar aquí con nosotros. Esperamos que podamos trabajar juntas en adelante.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 46

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): A continuación tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, don Francisco Igea Arisquita.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchísimas gracias. Seré breve por lo avanzado de la hora. Voy a hacer una cosa fácil para un político, que es realizar unas preguntas para responder sí o no.

Es usted directora general de Salud Pública y yo le pregunto, ¿tiene sentido mantener la exclusión en el acceso a los puestos de trabajo de la Administración Pública a los pacientes con VIH? Si no tiene sentido ¿vamos a hacer algo al respecto? Ha comentado la existencia de un programa de cribado de caídas en las residencias de ancianos. ¿Tiene sentido que este país no se haya encaminado a una política de sujeciones cero en las residencias? ¿Vamos a hacer algo a este respecto? ¿Vamos a continuar con unas cifras de alrededor del 30 o 40 %, según los estudios, de pacientes ingresados en residencias con demencia o Alzheimer que viven sujetos a una cama o sujetos a una silla? ¿Harán algo desde su dirección general?

Ha hablado de la implementación de las pruebas de talón en los recién nacidos. Sabemos desde hace tiempo —hay informes al respecto— que la detección de las inmunodeficiencias severas congénitas es eficaz y previene muertes en los recién nacidos, pero no está todavía implementado. ¿Va a ir al siguiente consejo interterritorial esta prueba? ¿Apoyará el ministerio la introducción de esta prueba? ¿Sí o no?

Nos ha comentado también la existencia de los cribados poblacionales y su importancia. Yo conozco bien la situación del cribado poblacional del cáncer de colon que es una prestación obligatoria del Sistema Nacional de Salud. Supongo que desde la dirección general existe un mapa del grado de implementación del cribado mediante sangre oculta en heces del cáncer de colon, si existe ese mapa yo no he conseguido verlo accesible en la página del ministerio. ¿Vamos a hacer transparente este dato? ¿Vamos a saber por qué en unas comunidades como la Comunidad Autónoma de Madrid la implementación no llega yo creo que ahora mismo ni al 20 % y en otras comunidades es el 100 %? ¿Van a tener acceso los ciudadanos a la información de por qué en unas comunidades hay ciudadanos a los que se les previene el cáncer de colon y otras en las que no?

Nos ha comentado también la existencia de un importante programa sobre resistencia antimicrobiana, sabemos que España es uno de los mayores consumidores de antibióticos veterinarios del mundo y que tenemos un problema de resistencias antibióticas muy severo. ¿Qué medidas se van a tomar desde el punto de vista de la política veterinaria y de la política de salud pública para reducir la ingesta de antimicrobianos en nuestra cabaña ganadera?

Por otro lado, ¿tiene previsto la dirección general emprender alguna política de prevención para evitar los daños que se producen como consecuencia de la aparición y la difusión de las pseudociencias?

Y, por último, ¿tiene previsto el ministerio recuperar —como se ha comentado con anterioridad y en otros ámbitos— el Carlos III plenamente para el Ministerio de Sanidad? ¿Tendremos un CDC español o seguiremos teniendo una cosa a medias con el Ministerio de Economía?

Han sido todo preguntas fáciles, seguro que tendremos respuestas cortas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Alconchel Gonzaga.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Muchas gracias, buenas tardes.

En primer lugar, quiero agradecer la presencia de la directora general en esta Comisión. Hay que recordar que la Ley General de Salud Pública se aprobó en otoño de 2011 en el tramo final de la legislatura del Gobierno Socialista y fue recibida como un hito en nuestra normativa sanitaria. Era una norma llamada a modernizar la Ley General de Sanidad de 1986, que también estaba destinada a completar la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del 2003, que tuvo una gran acogida y fue muy bien valorada por la población en general y por los profesionales sanitarios también en particular. **(El señor presidente ocupa la Presidencia)**. En primer lugar, consagró la universalización real y efectiva de la sanidad pública y gratuita mediante la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los ciudadanos, incluía a determinados colectivos que estaban fuera de la asistencia sanitaria pública y por primera vez tuvieron reconocida la cobertura sanitaria. Pero toda esta filosofía es aparcada al llegar al Gobierno el Partido Popular a finales del 2011, porque una de las primeras medidas que adoptó el Gobierno fue la de aprobar por la vía de urgencia sin consenso ese nefasto Decreto-ley 16/2012 que ha puesto fin a la universalidad de la sanidad, al hacer depender la asistencia sanitaria de la vinculación o

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 47

relación del ciudadano con la Seguridad Social. Esto ha supuesto al menos la expulsión de 873.000 personas del sistema. Desde el Grupo Socialista aprovechamos esta comparecencia para reiterar una vez más la necesidad y nuestra exigencia de derogación de estas normas para asegurar la universalidad y calidad de nuestro sistema sanitario, su carácter equitativo y gratuito.

En segundo lugar, la Ley General de Salud Pública concibe la salud como una política transversal, esto supone la necesidad de incorporar la política de salud a todas las políticas públicas. En consecuencia, en el título III, del cual usted no ha dicho nada, se estructuran mecanismos fundamentales para coordinar y planificar todas las políticas que inciden en el ámbito de la salud, con el objetivo de mejorar, también de mantener pero de mejorar la salud de la población a través de la optimización de todos los recursos existentes mediante una gestión eficiente de los mismos, y contempla la ley la existencia de una estrategia de salud pública aprobada por el consejo interterritorial que definiera todas las áreas de actuación sobre todos los factores condicionantes de la salud y que, además, identificara las sinergias con políticas de otros departamentos y administraciones —por cierto, en la comparecencia anterior se ha puesto en valor el papel de la Administración local en este ámbito cuando el Partido Popular, recuerdo, ha llevado a cabo una reforma de la Ley de bases para quitarle las competencias—, esto es, la salud en todas las políticas, que se heredó de la Presidencia europea en 2006 por Finlandia y se mantuvo y se potenció con la Presidencia española de la Unión Europea en 2010. También se contemplaba la creación de órganos específicos como el Consejo Asesor de Salud Pública o el Centro Estatal de Salud Pública. Todo el título III que regula todos estos aspectos fundamentales en la coordinación y en la estrategia conjunta, que usted ha mencionado pero que no nos ha explicado cómo ha desarrollado, simplemente nos deja en evidencia que no ha merecido la atención del Gobierno y lo han dejado aparcado.

Le voy a formular una serie de preguntas, señora directora general. ¿Qué previsiones tiene el Gobierno en relación con la preparación de la estrategia de salud pública más allá de los aspectos meramente sanitarios recogidos en la estrategia de prevención y promoción ya aprobada? ¿Cuándo piensan aprobar las normas que constituyan al Consejo Asesor de Salud Pública? ¿Cuál es la composición de la que van a dotarlo? ¿Qué calendario de actuación tiene previsto para este órgano? ¿Cuándo piensan desarrollar normativamente las funciones, organización y funcionamiento del Centro Estatal de Salud Pública? Seguramente le sonarán estas preguntas porque mi compañero portavoz de salud las planteó por escrito y simplemente le respondieron con una leve remisión a la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud, de la que usted sí ha hablado, pero ignorando que esto hace una breve referencia a un aspecto muy tangencial de lo que debiera ser la estrategia nacional de salud pública que establece la ley, y también comunicaron en su respuesta escrita que el Gobierno tenía propósito de avanzar en el desarrollo normativo de la ley. Y no nos hablen de propósitos porque ya llevan cinco años largos de retraso, no para finalizar la tarea sino para empezar a trabajarla.

La Ley General de Salud Pública apostaba también por la prevención como elemento esencial de una política de salud pública; para la prevención es esencial el desarrollo del sistema de información en salud pública, absolutamente relevante para la toma de decisión y para la elaboración de las distintas políticas públicas que tengan algún impacto en salud. Pero entendemos que no interesa desarrollarlo porque todos los indicadores señalarían que las políticas del Gobierno en materia de empleo, de servicios sociales, de educación, de vivienda, han conducido a un empeoramiento del estado de salud de la población y a un incremento de la inequidad y de la desigualdad en el ámbito de la salud. La ley establecía la necesidad de la evaluación de todas las normas, planes, programas, proyectos que pudieran tener un impacto significativo en la salud pública y la incorporación de estas evaluaciones al sistema de información en salud pública, no han hecho nada de esto,

El señor **PRESIDENTE**: Señora Alconchel, vaya concluyendo, por favor.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: De hecho —para terminar—, el Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una iniciativa para que de verdad nos informe sobre cuál han sido el impacto de la crisis y esas desigualdades sociales, la pobreza infantil, etcétera, en la salud, cosa que espero que tengan a bien contestar.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Alconchel.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Hernández Bento.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 48

La señora **HERNÁNDEZ BENTO**: Muchas gracias, presidente.

En primer lugar, me gustaría darle las gracias a la directora por su comparecencia para explicarnos cómo está implementando desde el ministerio, desde su propia dirección general la Ley General de Salud Pública, y además si cabe un plus por la hora en la que lo está haciendo.

En definitiva, trabajar para implementar esta Ley General de Salud Pública es trabajar para mejorar la situación de la salud pública, que al final es el objetivo de esta ley, alcanzar el mayor nivel de salud posible. Usted nos ha explicado, nos ha dado muchísimos datos sobre actividades, acciones que se están desarrollando, todas ellas sin duda encaminadas tanto a prevenir la enfermedad como a proteger, promover y recuperar la salud de las personas, y esto al final es lo que es la salud pública. Aquí se ha hablado de principios y usted lo ha afirmado, la salud pública debe estar sujeta, y lo está, no lo debemos de poner en duda una y otra vez, a principios de equidad, transversalidad, integralidad, tiene que formar parte de todas las políticas; pertinencia, transparencia, evaluación, son palabras que repetimos, tenemos que creérnoslas y yo me las creo y sé que ustedes están trabajando con estos principios y con estos objetivos. Contando con la participación de los ciudadanos habló usted de empoderamiento de la ciudadanía y nos puso ejemplos de cómo se está haciendo y desde luego informándonos también. Pero, ya que está hoy aquí, me quiero centrar en las obligaciones que la ley prevé. Además de dar información a la población sobre los riesgos para su salud, en el artículo 11 —que usted mencionó también— se establece la obligación de hacer público la composición de grupos, comités de científicos expertos que se establezcan para evaluar o hacer recomendaciones en esta materia, en salud pública. Ha habido algunos comparecientes anteriores a usted que han hecho mención a esta necesidad, sobre todo conocer los procesos de selección de idoneidad y la declaración de los conflictos de intereses. Creo que se está trabajando en este sentido, he interpretado de sus palabras, pero me gustaría saber cómo se está haciendo y si lo que se está haciendo usted lo considera suficiente.

En cuanto a las actuaciones en materia de salud pública previstas por la ley —ha hablado usted también de vigilancia en salud pública—, son muchísimos los condicionantes de nuestra salud pública, condicionantes sociales, ambientales, laborales, educacionales, tienen que ver con el sitio en el que nacemos, en el que vivimos, al que viajamos, lo que comemos, lo que bebemos, el aire que respiramos, el ejercicio y un largo etcétera. Es responsabilidad de la Administración General del Estado y también de las comunidades autónomas organizar la vigilancia y gestionarla. La ley preveía para coordinar los distintos sistemas de vigilancia la creación de la red de vigilancia en salud pública. Usted ha anunciado hoy aquí que se está trabajando en la redacción de un real decreto. El hecho de que no existiera este reglamento —también nos lo ha dicho— no ha significado que se hayan dado situaciones sobrevenidas y ustedes han tenido que actuar en el virus del Ébola, del Zika, ha hablado de Crimea-Congo y de más ejemplos. Me gustaría también que nos explicara cómo se ha hecho sin contar con el reglamento y si de cara a ese real decreto se van a tener en cuentas estas experiencias. Ha hablado usted también de promoción. A nosotros también nos preocupa —algún grupo lo ha dicho— que se siga trabajando en el control de la publicidad comercial para que esta se ajuste a criterios de veracidad, que es muy importante. También ha hablado de prevención, no solo en primaria con el establecimiento del calendario único de vacunas, sino también en relación con los cribados. Y sí que ha señalado usted también, por lo menos yo lo he entendido, no sé si algún grupo no lo ha entendido igual, que es en la propia estrategia de promoción de la salud y prevención, además aprobada por el consejo interterritorial en el año 2013, en la que se encuentra una parte muy importante de las medidas que tiene que desarrollar esta ley. Esas actuaciones casi todas van referidas al ministerio y a comunidades autónomas, no ha hablado tanto usted de las corporaciones locales, y yo le quiero preguntar también si afecta el desarrollo de esta ley a las competencias de la Administración local. Aquí han hablado los representantes del Sespas, que estuvieron antes que usted, incluso de una modificación de la Ley reguladora de las bases del régimen local. Se ha hablado de vigilancia, de promoción, de prevención, de protección, está claro que ante cualquier problema de salud son los servicios sanitarios los responsables de darnos una respuesta, y estos son excelentes gracias al Sistema Nacional de Salud español, que es de una gran calidad. Pero el derecho, por otro lado, que está reconocido en la Constitución a la protección de la salud habla también de prevención y de promoción. Es evidente —usted lo ha reconocido— que tenemos que seguir, pero esta sociedad es cambiante y se enfrenta a nuevos retos. Esperemos que esta Ley general actúe, aquí se ha dicho también, como palanca que lo movilice. Puede usted contar con el compromiso de nuestro grupo para ello.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 49

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Hernández.

Para responder a las cuestiones planteadas, tiene la palabra la señora Andradas, pero desgraciadamente solo tenemos 10 minutos exactos.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN** (Andradas Aragonés): Pues vamos a intentar responder a alguna de las múltiples preguntas que me han planteado, entendiéndolo que hay una buena parte que espero haya podido ser aclarada también en mi intervención.

Realmente cuando hablamos de la importancia de la equidad o de la evaluación del impacto en salud nosotros somos los primeros interesados, como no puede ser de otra forma, en poner en marcha todo ese tipo de iniciativas. De hecho, seguimos trabajando en ello porque, como saben, desde el año 2014 en el marco de la acción conjunta de equidad hemos venido trabajando y liderando uno de los grupos, de los *work packages* dentro de la Unión Europea, fundamentalmente destinados a la definición de una herramienta para el cribado de la evaluación de impacto en salud en todas las políticas nacionales. Hasta ahora hemos venido trabajando fundamentalmente de manera bilateral, no a nivel de todos los departamentos de la Administración General del Estado, pero sí en mayor medida en el marco de la estrategia de promoción de la salud y prevención, tanto a nivel de educación como con servicios sociales y con la parte de deportes. Entendemos que el real decreto que estamos ahora mismo trabajando, que va a desarrollar la vigilancia en salud pública en nuestro país, nos va a permitir poder implementar, entre otros aspectos, esta línea de trabajo de la evaluación del impacto de salud de los programas, de las políticas que nosotros estamos implementando, pero no solamente de las políticas sanitarias, sino también de otras políticas que sabemos que tienen un efecto tan importante como las sanitarias en la salud de la población. En el contexto de este real decreto que estamos desarrollando, como les decía, está previsto crear este consejo interterritorial que va a dar respuesta, teniendo en cuenta la participación de todos los representantes de Administración General del Estado, Federación Española de Municipios y Provincias, comunidades autónomas y otros expertos, a las cuestiones de gobernanza de salud pública, que es de lo que estamos hablando, de los mecanismos de coordinación entre administraciones públicas en materia de salud pública y avanzando en el principio rector de salud en todas las políticas. Quiero destacar que en todas las estrategias —no solo a la que estoy haciendo más referencia, que es la estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad— que lideramos, que coordinamos desde el departamento, desde la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, la equidad es uno de los principios rectores que está incluido como característica clave de todas nuestras estrategias, de manera que en el contexto de la Unión Europea, como decía anteriormente, hemos elaborado un instrumento que nos permite de una manera muy sencilla evaluar cada uno de los aspectos que debemos tener en cuenta para realmente garantizar la equidad en el acceso de nuestra población.

Me hacían algunos comentarios referentes a la importancia de los municipios, el entorno local en relación con la salud. Para nosotros es imprescindible. De hecho, una de las líneas de implementación básica de esta estrategia de promoción de la salud y prevención pasa por un plan de implementación a nivel local que impulsamos a través de un convenio que realizamos con la Federación Española de Municipios y Provincias, y este plan de implementación local de la estrategia plantea la salubridad pública como una competencia básica de los municipios, pero que no se basa exclusivamente en aspectos clásicos de protección de la salud, como la potabilidad del agua o el alcantarillado o el control de plagas, sino en todo lo que tiene que ver con el conocimiento del estado de salud y, por tanto, con áreas mucho más novedosas en el desarrollo de la salud pública como es la promoción y prevención, que están incluidas dentro de las características y de las funciones que se enmarcan dentro de la Administración Local, de manera que a los municipios lo que les pedimos, invitándoles a participar en la implementación de esta estrategia, es una adhesión con un compromiso político, después de aprobación en el pleno, con el fin de configurar una mesa intersectorial donde no solamente el sector salud sino también medio ambiente, social, educación, urbanismo, transporte, entre otros, estén sentados trabajando y diseñando políticas en salud y puedan ayudar, por tanto, a mejorar la salud de la ciudadanía. Además, les pedimos que den visibilidad a todos esos recursos que en el marco de promoción y prevención de la salud están disponibles para un mayor conocimiento de la población. En estos momentos ya son más de doscientos los municipios que están adheridos a esta estrategia y más de noventa las mesas de coordinación intersectorial que están en marcha con sus correspondientes mapas que dan visibilidad a todos los recursos destinados a promoción y prevención de la salud, para poder ser utilizados de manera conjunta desde los diferentes niveles.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 168

21 de marzo de 2017

Pág. 50

Paso a dar respuestas concretas a preguntas concretas. ¿Estamos de acuerdo con la exclusión de los pacientes con VIH? Pues por supuesto que no y de hecho venimos trabajando desde hace un buen número de años contra la estigmatización y contra todo tipo de exclusión incluidas también las personas que tienen infección por VIH, con lo cual estaremos siempre trabajando codo con codo con todas las iniciativas que traten de evitar todo tipo de exclusiones, incluidas las de los pacientes con infección por VIH.

Me preguntaban también sobre las inmunodeficiencias severas. Ahora mismo, como es el procedimiento de actualización en cartera básica común de servicios, sabemos que hay evidencias de los beneficios que puede suponer este cribado de inmunodeficiencias severas y la red de agencias de evaluación tecnologías sanitarias y prestaciones está ya evaluando tanto la eficacia clínica como el coste efectividad de este procedimiento, de esta posible prestación que podría entrar, si los resultados y los informes son positivos, dentro de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud como otro cribado más a nivel poblacional. Desde luego, estamos trabajando en el marco de este real decreto de vigilancia en salud pública, como decía anteriormente, para disponer de un sistema de información en salud pública para dar la mayor transparencia a todas las acciones que realizamos desde las administraciones sanitarias y considerando otra serie de fuentes de información que hasta ahora no están contempladas dentro de lo que es el portal estadístico del Sistema Nacional de Salud, pero que entendemos que es importante en cuanto al aporte de información que puede darnos, toda la información relativa a determinantes, nivel de renta y situación laboral que, como ustedes han comentado, son aspectos importantes cuando estamos hablando de en qué medida podemos ir mejorando con nuestras políticas las desigualdades en nuestro país.

Respecto al consejo asesor que consta en el título III, el real decreto en el que estamos trabajando, como decía en mi intervención, va a contemplar la creación de un comité intersectorial para dar respuesta a este artículo 45 de la Ley General de Salud Pública, porque a través de este comité intersectorial pretendemos abordar todas las cuestiones de gobernanza en salud pública, los mecanismos de coordinación entre administraciones públicas en materia de salud pública y el impacto de las políticas sanitarias y otras que no son sanitarias pero que también tienen un papel importantísimo, un efecto importante en la salud de la población.

El señor **PRESIDENTE**: Último minuto.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN** (Andradas Aragonés): Realmente, con la experiencia que hemos tenido a lo largo de estos años en relación con todas las alertas y emergencias que podríamos llamar importantes tanto a nivel de salud pública nacional como internacional, hemos venido desarrollando mecanismos como sistemas de alertas precoz y de respuesta rápida y mecanismos de coordinación con todas las comunidades autónomas. Toda esta experiencia, en la que razonablemente creo que hemos tenido resultados más que positivos, se va a volcar en este real decreto de vigilancia en salud pública que incluirá la mayor cantidad de información posible respecto a factores y determinantes sociales que son relevantes para tomar decisiones en salud pública.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación, señora Andradas, por su presencia, por su información y por sus explicaciones.

Antes de levantar la sesión quiero recordarles que la próxima reunión de la Comisión está fijada para el día 5 de abril, que es miércoles, por lo tanto la celebraríamos por la tarde. Para fijar el orden del día, si les parece bien, quizás podríamos aprovechar que el martes que viene el Pleno empieza a las 12 y reunimos a las 11:30 Mesa y portavoces.

Se levanta la sesión.

Eran las tres de la tarde.