



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2017

XII LEGISLATURA

Núm. 367

Pág. 1

## SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 17

celebrada el martes 14 de noviembre de 2017

Página

### ORDEN DEL DÍA:

#### Proposiciones no de ley:

- Relativa a la creación de un plan nacional de prevención contra el suicidio. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/001743) ..... 2
- Relativa a la priorización de la gestión directa del Servicio de Ayuda a Domicilio por parte de la Administración local. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 161/000360) ..... 6
- Sobre la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001805) ..... 10
- Relativa a la promoción de la «vivienda colaborativa» (*co-housing*) entre las personas mayores. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002159) ..... 13
- Sobre la revisión del protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/002384) ..... 17
- Sobre la financiación del sistema de autonomía y atención a la dependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002386) ..... 22

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 2

- Relativa a homogeneizar el procedimiento de reconstrucción mamaria en todo el territorio nacional. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002413) ..... 26
- Relativa al cribado neonatal de inmunodeficiencias combinadas graves. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001768) ..... 29

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

### PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A LA CREACIÓN DE UN PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN CONTRA EL SUICIDIO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/001743).**

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

Hay una serie de cambios en el orden del día. El primer punto, que era una pregunta con respuesta oral, se ha aplazado, por lo que esta pregunta se verá como primer punto del orden del día de la Comisión que celebraremos el día 28. En vista de los cambios que han pedido los grupos, vamos a comenzar por el punto tercero, proposición no de ley relativa a la creación de un plan nacional de prevención contra el suicidio, presentada por el Grupo Parlamentario Mixto.

Para su defensa, por un tiempo de siete minutos, tiene la palabra el señor Alli.

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

Antes de comenzar mi intervención, quiero agradecer la cordialidad parlamentaria que existe entre las siete fuerzas que formamos el Grupo Mixto por haberme cedido el señor Quevedo su tiempo para presentar esta iniciativa de Unión del Pueblo Navarro. El objetivo es instar al Gobierno central para que en el plazo de seis meses desarrolle de manera transversal un plan nacional de prevención contra el suicidio en España.

Antes de hacer un reconocimiento a las instituciones que llevan a cabo el trabajo de apoyo a las personas con conducta suicida, me gustaría recalcar que es la segunda vez que viene a la Cámara este tema tabú que es hoy la palabra suicidio. La primera vez fue en el año 2012 y se votó por unanimidad, pero cinco años después no existe ningún plan de prevención nacional coordinado con todas las comunidades autónomas y, por tanto, lógicamente, con la Comunidad Foral de Navarra. Por eso hemos puesto un plazo de seis meses para que el Gobierno central haga el trabajo que tiene que hacer con todas las comunidades y con los profesionales de los servicios sociales, de los servicios sanitarios, con la comunidad educativa, etcétera. Más tarde argumentaré el porqué de esta exigencia, más que instancia, al Gobierno de España, pero como representante de los españoles y como diputado de este Congreso, quiero hacer un reconocimiento —lo digo con toda humildad— a todos los profesionales que trabajan diariamente atendiendo a las personas con conductas suicidas y a sus familias.

Esta no es una iniciativa de Unión del Pueblo Navarro, sino del Teléfono de la Esperanza, y quiero agradecer que hayan venido hoy al Congreso su presidente, don Juan Sánchez, don José María Jiménez, vicepresidente primero de Asites, y mi amigo y buen navarro, don Alfonso Echávarri, experto psicólogo en materia de suicidio. En este momento en España el suicidio motiva el doble de fallecimientos que el tráfico, que son 1800 personas. Según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2015 3602 personas tomaron la decisión de abandonarnos. Cuando hay otros grandes recursos para la sensibilización y la prevención de accidentes, como en la Dirección General de Tráfico, no entendemos por qué no existe en España un plan que cuente al menos con los mismos recursos para prevenir algo que, según datos oficiales, es muy preocupante, porque, según dicen los expertos, por cada caso de suicidio hay que multiplicar por veinte los intentos de suicidio, con lo que eso supone en términos de discapacidades, dependencias, etcétera. Esta es la mayor causa de muerte entre los jóvenes. A nivel mundial, en estos siete minutos que durará mi intervención van a fallecer por suicidio diez personas. Ha tenido que ser un partido con baja representación, apenas dos escaños en este Cámara, Unión del Pueblo Navarro, el que traiga algo que es, como dice la Organización Mundial de la Salud, un asunto severo de salud a nivel mundial.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 3

Exigimos —y digo exigimos— un plan de prevención coordinado con las comunidades, que se lleve a un consejo territorial —lógicamente, como bien sabemos, estamos en un país con competencias delegadas en materia de salud, en materia social y en educación—, que intervenga en los diferentes estamentos, familiar, social, educativo y sanitario, que haga seguimiento caso a caso de las personas que se han identificado con una posible conducta suicida y que, por supuesto, haya una coordinación de recursos en el ámbito nacional.

Señorías, me pregunto qué sociedad hemos construido entre todos —dentro de la responsabilidad que tenemos las personas con cierta influencia social— para que una persona con un proyecto vital tome la decisión de autoinfligirse una violencia autolítica y que pase tres fases: la ideación de esa conducta suicida, la planificación y, por último, la fatal toma de decisión. No sé cómo hemos llegado a crear una sociedad en la que cada diez días hay personas que deciden perder el sentido de la propia existencia, porque eso trasciende tanto el ámbito cognitivo como el ámbito emocional.

Señorías, animo a todos para que en este asunto no haya ninguna diferencia, sino que haya unanimidad. Quiero decir a los grupos que han presentado enmiendas, tanto el Grupo Ciudadanos como el Grupo Socialista, a los que les agradezco que mejoren el texto que ha propuesto inicialmente Unión del Pueblo Navarro —también me dirijo a la Mesa—, que estamos elaborando una transaccional para que exista consenso en torno a la exigencia del plan nacional en los próximos seis meses.

Para finalizar, diré que este es un sentido homenaje, humildemente, antes que como diputado como persona, a mi compañero del Gobierno de Navarra, que trabajaba como magnífico letrado en el Instituto Navarro de Deporte y Juventud, Alfredo, que hace un año tomó la decisión de dejarnos, a mi compañero de carrera Alfonso y a mi compañero de partido Julián, que dejaron aquí un dolor en sus familias y en sus amigos. Creo que si logramos que en los próximos años una sola persona decida no llevar a cabo la ideación, la planificación y la conducta final suicida, si evitamos un solo caso merecerá la pena que todos los grupos apoyemos hoy la iniciativa.

Nada más. Muchas gracias.

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

Para la defensa de la enmienda presentada, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Igea, por un tiempo de cinco minutos.

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

En primer lugar, quiero agradecer al señor Alli que haya traído esta iniciativa. Efectivamente es un problema de salud pública de primera magnitud, es la primera causa de muerte por debajo de los cincuenta y la primera causa de muerte externa. Es verdad que este país, dentro del contexto europeo, tiene una incidencia de suicidios más baja que la media europea. Parece que a este respecto esta sociedad es un poco mejor que la media de las europeas. De todas formas, eso no es óbice para que siga siendo un problema de salud pública de primera magnitud.

La salud mental en este país está abandonada hace tiempo. Ya en la X Legislatura se afirmó que se traería una estrategia nacional de salud mental que a día de hoy todavía no se ha presentado. Hoy hay otra proposición no de ley a este respecto que valoramos muy favorablemente. Creemos que debería estar incluido en una estrategia de salud mental, pero tampoco vamos a hacer causa de esto porque por la magnitud del problema se puede dedicar un plan específico a la prevención del riesgo de suicidio.

En nuestra opinión, este plan debería centrarse en la detección de situaciones de riesgo que nos hagan actuar proactivamente en aquellos casos en los que es más común tomar la decisión de hacer un intento autolítico, tanto en la depresión mayor como en las situaciones de riesgo social, en las que se dan con más frecuencia estos casos.

Vamos a intentar llegar a una transaccional. En cualquier caso, adelanto el sentido positivo de nuestro voto, porque creemos que es un problema de primera magnitud y que debe ser abordado por el Gobierno de la nación a la mayor brevedad posible.

Nada más. Muchas gracias.

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

Para la defensa de la enmienda presentada por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Tundidor.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 4

La señora **TUNDIDOR MORENO**: Gracias, señor presidente.

Señorías, la salud pública, la salud mental y la salud laboral son las tres cenicientas marginadas del Sistema Nacional de Salud por el Gobierno del Partido Popular. La salud mental tuvo un desarrollo importante en los años ochenta y noventa del siglo pasado, potenciando una salud mental comunitaria y acabando con las estructuras manicomiales. Sin embargo, el desarrollo fue muy diferente en las comunidades autónomas y ha sufrido importantes retrocesos en los últimos años que, en general, se han caracterizado por fuertes recortes, por las privatizaciones y externalizaciones de los servicios, especialmente por el de rehabilitación y larga estancia y, en suma, por un duro golpe a un sector ya de por sí poco desarrollado, a lo que se ha sumado una política de incremento de medidas de coerción frente al desarrollo de la reinserción social.

El Partido Socialista y muchos expertos llevan tiempo demandando que en España se implante un plan nacional para luchar contra las muertes voluntarias que cumpla con lo que la propia Organización Mundial de la Salud ha solicitado. Es necesario un plan nacional que permita a cada región intervenir en función de las necesidades propias, que haya una estrategia mínima a escala nacional con una dotación económica y humana para que todas las comunidades estén obligadas a establecer protocolos que se adapten a sus particularidades, porque las características de un suicidio en Extremadura no son las mismas que en Madrid. Es urgente que haya una mayor dotación económica y humana, con mejor formación para los profesionales sanitarios, sinergia entre comunidades y mayor concienciación social en los problemas de salud mental. El 90 % de los casos de suicidio se produce en pacientes con una enfermedad mental. En muchas ocasiones se ha puesto de manifiesto la cantidad irrisoria de fondos destinados a la psiquiatría en comparación con los que hay para el cáncer. Para conocer las medidas eficaces preventivas en el suicidio hace falta investigar, y para eso hacen falta datos, y para eso hace falta dinero.

La depresión mayor es una de las primeras causas de pérdida de vida en el mundo, mucho más que el cáncer y que las enfermedades neurológicas; es un problema de gran impacto que no llama tanto la atención como otros, y el suicidio es una de sus formas de expresión. Las muertes por suicidio son tan evitables como las de tráfico. Hacen falta más concienciación y más campañas públicas, aunque solo con eso no vamos a poder reducirlo. Los expertos abogan por algo que es mucho más sencillo, hablar de ello. Los suicidios se cobran cada año en España el doble de muertes que los accidentes de tráfico, son trece veces más frecuentes que los homicidios y sesenta y siete veces superiores a los fallecimientos por violencia de género. En España cada día se quitan la vida diez personas, el 75 % son hombres, y la causa mayor de muerte de personas jóvenes es el suicidio. Nadie lo sabe porque no se habla de ello. Además, es necesario analizar que puede ser determinante la pobreza, el desempleo y la precariedad laboral. El presidente de la Fundación de Salud Mental de España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio ha anunciado que en España no se está haciendo frente al suicidio ni existe una estrategia o un plan estatal y no hay sensibilidad ni políticas sanitarias y sociales. La mayoría de los suicidios se registran entre los treinta y cinco y los sesenta años, aunque los ancianos ostentan una tasa cuatro o cinco veces superior y los jóvenes los mayores índices de tentativa. El 90 % de los suicidas tenían un trastorno mental diagnosticable, lo que no significa que estuvieran diagnosticados, y un 60 % eran casos afectivos o depresivos.

Es prioritaria la formación de profesionales, la coordinación entre instituciones, la preocupación de todos los implicados, también las fuerzas de seguridad y los bomberos, así como adoptar soluciones arquitectónicas en los espacios públicos. Hay que romper el tabú, poner esto de manifiesto y recordar lo que nos dice la Organización Mundial de la Salud, que es que el número de muertes por suicidio en el mundo supera el millón doscientas mil y las causadas conjuntamente —piensen ustedes en esto, señorías— por las guerras, el terrorismo y los asesinatos. Hasta ahora ha habido silencio, pero esperamos que se rompa. Los socialistas hemos presentado numerosas propuestas para que no se aplicaran recortes en programas destinados a sectores que eran claramente de alto riesgo, como los que estamos mencionando.

La acción gubernamental ha debilitado y paralizado la Estrategia de salud mental en el Sistema Nacional de Salud, que se encontraba en desarrollo desde 2006, lo que manifiesta una grave irresponsabilidad en este momento social y sanitario. La carencia de medios está creando efectos devastadores en la calidad asistencial y dañando la motivación...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Tundidor, debe concluir.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 5

La señora **TUNDIDOR MORENO**: Estoy terminando, señor presidente.

En suma, el problema es que la salud mental comunitaria tiene poca cabida en el planteamiento neoliberal de asistencia sanitaria del actual Gobierno del Partido Popular, que lo que busca es la rentabilidad económica, la segmentación social en la asistencia sanitaria y el aparcamiento de los problemas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Tundidor. Su tiempo ha terminado.

Para fijar la posición del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Sibina.

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

Señorías, como muy ha dicho el señor Alli, cinco años después estamos igual. Nos parece bien que se ponga este plazo de seis meses, pero queremos que se cumpla de verdad. Tengo que volver a cuestionar un poco todo el extenso trabajo que estamos realizando con las PNL los diputados y las diputadas en las comisiones, porque queremos que de verdad sirvan para instar al Gobierno y que este lo recoja y lo cumpla, puesto que muchas PNL que se aprueban con el acuerdo de todos los grupos instan al Gobierno a solucionar problemas y luego se quedan en un cajón. Valga esto para que se lo tomen en serio y hagan caso de las decisiones que se toman en las distintas comisiones, y no solo en la de Sanidad.

En el ámbito institucional el tema del suicidio nos plantea varios retos. Por un lado, nos parece fundamental la promoción de información veraz que se ajuste a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud; por otro lado, la actuación en políticas de salud pública que consigan llegar a las personas que no tienen contacto con el sistema sanitario es básica para el éxito de estas estrategias de prevención. Por último, es clave la correcta dotación de recursos de los dispositivos de salud mental y comunitaria. Quiero hacer hincapié en este último punto, porque cuando se habla de este tema con profesionales de la salud mental siempre suelen insistir en que sin longitudinalidad y accesibilidad en el ámbito de los pacientes con padecimientos psicológicos es muy complicado establecer estrategias de prevención que sean realmente efectivas.

La PNL que presenta hoy el Grupo Mixto nos parece bien como llamada de atención y, además, se junta con la PNL del Grupo Socialista solicitando la evaluación y actualización de la Estrategia nacional de salud mental. En las comunidades autónomas se están presentando algunas propuestas, pecando, en nuestra opinión, de parcialidad en los análisis y de timidez en las respuestas. Está claro que la salud mental no es una prioridad en el reparto de recursos ni en la distribución de fuerzas y atenciones en nuestro Sistema Nacional de Salud. También está claro que en las políticas de salud pública el suicidio no es algo que esté en el centro de la agenda de prioridades, a pesar de la posición que ostenta entre las causas de muerte, especialmente en personas jóvenes, como ya se ha comentado.

Esperamos poder contar con un plan para la prevención del suicidio y que este incluya un análisis fino que integre los condicionantes sociales y económicos, además de contar con los recursos necesarios para ser efectivo. Nuestra posición, como no puede ser de otra forma, va a ser favorable a esta proposición no de ley. Espero, como he dicho al principio, que el Gobierno la tenga en cuenta.

Para finalizar —esto solo a título personal, porque creo que viene unido al riesgo de suicidio—, quiero manifestar mi más sincero apoyo a todas esas personas que están encarceladas, no solo aquí, sino en el resto del mundo, por sus ideas políticas.

Muchas gracias, señor presidente.

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

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

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

La posición del Grupo Popular en relación con esta proposición va a ser favorable, sin perjuicio de la transaccional a la que lleguen los grupos parlamentarios.

Todos somos conscientes de que este es un importante problema social al que nadie es ajeno. La propia PNL reconoce que en los últimos años se han multiplicado las iniciativas de los ministerios de Sanidad y de Educación para prevenir los suicidios, ya que estos son los dos ámbitos en los que más incidencia está teniendo. **(Rumores)**.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, un poco de silencio, por favor.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 6

La señora **TORRES TEJADA**: Llama la atención esa estadística que nos dice que cada cuarenta segundos en algún lugar del mundo fallece una persona por esta causa. La verdad es que es lamentable. Aunque comparativamente España está muy por debajo de esas cifras, sigue siendo un grave problema de salud. Por ello, en los comités de Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud se decidió la conveniencia de incluir una línea estratégica exclusiva sobre la prevención de la conducta suicida en la que se fijan objetivos y acciones en el ámbito sanitario a llevar a cabo por las comunidades autónomas. En este sentido ya se pronunció la ministra de Sanidad en el pasado Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en junio de este año, señalando la importancia de abordar estratégicamente la prevención del suicidio. Por tanto, está pendiente de actualizarse la Estrategia de Salud Mental, tal y como ya se acordó en el pasado pleno del consejo.

Igualmente, en el ámbito de educación, el compromiso del Gobierno es muy firme. Ya en 2015 en la Conferencia Sectorial de Educación se acordó crear un grupo de trabajo sobre convivencia con la participación de todas las comunidades autónomas. Y el Plan Estratégico de Convivencia Escolar incluye un total de setenta medidas para mejorar la convivencia en los centros y prevenir cualquier tipo de maltratado, acoso o ciberacoso. El Plan Estratégico Escolar y Estilo de Vida Saludable presentado por el Ministerio de Educación en marzo de este año se articula en torno a siete ámbitos fundamentales, siendo uno de ellos el de bienestar, salud emocional y convivencia, que resulta ser un tema de máxima actualidad. Así, en esta semana se está llevando a cabo en la Universidad de Salamanca la Semana de la Ciencia, donde se ofreció una conferencia sobre el suicidio infantojuvenil, y la experta profesora en Psicología ya determinaba entre las principales causas del suicidio la gran incidencia que está teniendo el nivel mediático entre los jóvenes.

Tenemos muy claro que los factores desencadenantes más relevantes son el trastorno mental, los problemas de pareja y, en menor medida, la crisis económica y la salud física. Todos conocemos a alguien que ha fallecido en estas circunstancias, bien sea un vecino, un conocido o incluso un familiar. Es un trabajo de todos y las administraciones públicas debemos trabajar unidas a todos los niveles: Estado, comunidades autónomas, ayuntamientos, los medios de comunicación como gran ámbito de información y la propia sociedad civil. Es un problema de todos y ante él debemos estar unidos.

Muchas gracias.

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

Señor Alli, a efectos de votación, he creído entender que está preparando una transacción.

El señor **ALLÍ MARTÍNEZ**: Señor presidente, en un momento se la presentaré. Gracias.

### — RELATIVA A LA PRIORIZACIÓN DE LA GESTIÓN DIRECTA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 161/000360).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, proposición no de ley relativa a la priorización de la gestión directa del servicio de ayuda a domicilio por parte de la Administración local, del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Para su defensa, tiene la palabra la señora Terrón.

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

Señorías, sin duda, el servicio de ayuda a domicilio fue un gran paso de la Ley de dependencia, que posibilita el cuidado por parte de las administraciones públicas de las personas en situación de dependencia, que, como saben, necesitan apoyo para las tareas más básicas de la vida diaria. Esta ley ha permitido que las personas que no tienen una red de apoyo puedan disponer de esos cuidados y atenciones por parte de la Administración pública, al tiempo que la emancipación de los familiares, y, concretamente, me refiero a las mujeres, porque el trabajo de cuidados suele recaer sobre nosotras.

Además, como también saben, este ámbito es una fuente de empleo, que exige una profesionalización. Estas trabajadoras —también hablo en femenino en este caso, porque la mayoría son mujeres— son profesionales, y, sobre todo, constituyen el pilar del modelo y del sistema de cuidados que tenemos en este país. Como saben, la Ley de dependencia delega las competencias en las comunidades autónomas, y, concretamente, el servicio de ayuda a domicilio es competencia de los ayuntamientos. Pero el caso es que la ley no especifica cómo debe ser la prestación del servicio, de modo que estamos asistiendo al

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 7

fenómeno cotidiano de la externalización a una empresa concesionaria. ¿Y hacia dónde nos está llevando esta situación? Esas externalizaciones se conceden a través de pliegos administrativos que premian los precios más bajos, lo que tiene una traducción que creo que resulta clara y obvia para todos y todas, que es la precarización de los trabajos, la bajada de los salarios y, por supuesto, la mala calidad en el servicio a las personas dependientes.

Saben también, me imagino que saben que hay muchas trabajadoras de ayuda a domicilio en este país que están cobrando tres euros a la hora y que ellas mismas tienen que poner los materiales, como comprar sus propios guantes, porque las empresas no lo hacen. Incluso, no tienen en cuenta el tiempo que se requiere para el desplazamiento de una casa a otra, de manera que han de restar tiempo al usuario, un tiempo que tienen concedido por esa prestación de dependencia. Entonces, se produce una traducción obvia en precariedad en el trabajo y, por supuesto, en mala calidad en el servicio.

Y, señorías, mientras que se está precarizando el empleo y se está ofreciendo un mal servicio a los usuarios, hay empresas —pongo un ejemplo, Clece— que se están enriqueciendo con nuestros derechos y el dinero público. Esto está sucediendo en todos los rincones del país, aunque, por suerte y afortunadamente, son muchas las heroínas —se lo agradecemos— que se están organizando para defender no solo sus derechos laborales, sino una atención digna y profesional a las personas en situación de dependencia. Y pongo ejemplos como el de las trabajadoras de ayuda a domicilio de Asturias, León, Murcia y, la última, Cataluña, que precisamente han acampado esta semana en Barcelona, como también son ejemplo algunos ayuntamientos que ya han entendido esta situación y han empezado a municipalizar el servicio. Hay muchos más, pero pongo de ejemplo los que tengo cercanos, como, en Andalucía, el de Cádiz, o, en mi tierra —yo soy de Granada—, Atarfe y Peligros, o, incluso —donde gobierna el Partido Socialista—, Armilla. Ellos ya lo han hecho y están demostrando que es posible y además supone una mejora económica, es decir, es más eficiente económicamente. Entonces, es posible y es de sentido común, por dos razones: la primera, porque los derechos se tienen que gestionar desde la Administración pública, que ha de ser la garante del cumplimiento de este derecho, y, la segunda —insisto—, porque económicamente es más eficiente. ¿Por qué sale más barato? Cuando un servicio se presta de manera directa sale más barato porque solo tiene un gasto, que es el del propio servicio. En cambio, cuando se gestiona de manera externalizada, hay dos gastos: el del servicio y el del beneficio de la empresa concesionaria.

En definitiva, señorías, esta es nuestra propuesta. Se trata de dignidad para quienes reciben este servicio de ayuda a domicilio y para quienes lo ejercen. ¿Cómo lo proponemos? Fácil: que la ley priorice la gestión pública, y, en el caso de que no pudiese ser así, que se argumente y sea bajo criterios sociales.

En relación con las enmiendas, anunciamos que vamos a aceptar la del Grupo Socialista, porque creemos que complementa bastante bien esta proposición no de ley. La de Ciudadanos, en principio, no la vamos a aceptar; creemos que no procede en relación con lo que planteamos.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Para defender precisamente estas enmiendas, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Clemente.

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: Señor presidente, miembros de la Mesa, señorías, buenos días.

La proposición no de ley del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea trata sobre la priorización de la gestión directa del servicio de ayuda a domicilio, como bien acaba de señalar la proponente de la iniciativa. Habla de priorizar la gestión directa del servicio de ayuda a domicilio por parte de la Administración local. Como acababa diciendo en su intervención, apuesta por una gestión única y exclusivamente pública. Esta iniciativa que presenta el Grupo Unidos Podemos hace referencia a la externalización del servicio de cuidadores del sistema de atención a la dependencia. Consideran, a priori y sin aportar datos concretos e indicadores, que la gestión del servicio público de atención a la dependencia es mejor y más eficaz que la gestión privada o concertada de este servicio. Sin embargo, a día de hoy no existen datos concretos que abarquen el total del sistema de atención a la dependencia para poder sustentar los principales razonamientos de la iniciativa del Grupo Parlamentario de Unidos Podemos. Entiendo que se basan en que la más cercana al ciudadano es la Administración local e infieren, sin más, que es la que mejor puede realizar la supervisión inmediata del servicio.

Otro elemento que consideran, sobre el que hay versiones contrapuestas, es el de estabilidad laboral de los cuidadores. Al existir multitud de empresas que gestionan estos servicios por requerimiento de las

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 8

administraciones, hay prácticas dispares en cuanto a la forma de organización y políticas laborales. Se dan casos en los que existen altas tasas de descontento entre los trabajadores de este sector, y sería adecuado que hubiese una mayor supervisión y evaluación por parte de las administraciones responsables sobre los niveles de satisfacción y derechos de los trabajadores en estos servicios. Existen gravísimas desigualdades entre los territorios tanto en cobertura como en modelos de gestión, y es previsible que haya comunidades que no puedan continuar recorriendo el camino sin un cambio drástico de modelo de atenciones y una inyección financiera específica.

El SAD muestra una sorprendente capacidad para la generación de empleo y obtención de retornos. En 2016 la ratio de empleos directos por millón de gasto público es de 35, la tasa de retorno es del 39,5% y la atención de los dependientes que quedan por valorar crearía en torno a 100 000 puestos de trabajo. Consideramos que actualmente el SAD no se ajusta a la realidad ni cumple con las necesidades del colectivo de personas dependientes y sus familias. La infrafinanciación del sistema, la desigualdad entre las distintas comunidades autónomas en la aplicación del sistema, la falta de previsión real sobre sus necesidades y la no adecuación a la realidad social hacen del SAD un sistema *low cost* y deficiente, tal como concluye el último informe de Fedea.

Creemos firmemente en la defensa y fomento de un SAD gestionado y regulado por el Gobierno central y coordinado con los Gobiernos autonómicos que otorgue igualdad y equidad en todo el territorio nacional, un SAD integrado en el Sistema Nacional de la Seguridad Social, un sistema de prestaciones adecuado a la realidad y donde prevalezca la autodeterminación de la persona, su integridad y valores, con garantías de gestión y regulación de la calidad de las prestaciones tanto económicas como de servicios, un sistema de evaluación, emisión de resoluciones y determinación de prestaciones ágil, cómodo y conectado con los sistemas sanitarios autonómicos a través de un sistema operativo a nivel nacional. Resumiendo, desde Ciudadanos creemos firmemente en el fomento de un pacto de Estado para revisar, actualizar y mejorar la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y en el SAD, con el consenso de todas las fuerzas políticas y su aplicación en todos sus aspectos, dando a dicha ley el carácter de un asunto de Estado, y por todo ello hemos presentado una enmienda.

Y como ha hecho antes la compañera a nivel personal, me gustaría añadir que nosotros también mostramos nuestro apoyo a los verdaderos presos políticos, reconocidos por Amnistía Internacional.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Clemente.

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

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Ser auxiliar de ayuda a domicilio no es ser limpiadora a domicilio. Es una profesión con formación reglada y que precisa un nivel de destreza, sensibilidad, conocimiento y vocación que en muchas ocasiones no es suficientemente reconocida. Hoy prestan el servicio de ayuda a domicilio miles de auxiliares —en su gran mayoría, mujeres, por no decir todas—, muchas de las cuales comenzaron su trabajo en nuestros pueblos, prestando un servicio que se viene desarrollando desde los años ochenta, señora Terrón. El servicio de ayuda a domicilio fue una de las primeras prestaciones de los servicios sociales, un servicio de cercanía que ha servido para fijar mucha población en nuestros municipios más pequeños. Poco a poco acumularon experiencia y formación y hoy se requiere una cualificación profesional reglada. Pero muchas trabajadoras aún padecen unas condiciones laborales que no son las más idóneas. La precariedad, la discontinuidad, la inestabilidad y el bajo salario se han impuesto en muchos de esos contratos.

En el sistema de atención a la dependencia figuran, con fecha 30 de septiembre, 183 418 personas que reciben la prestación del servicio de ayuda a domicilio, prestación que es mantenida por miles de auxiliares en todas las comunidades autónomas, y a estas habría que añadir las auxiliares que prestan su servicio por la gestión directa de comunidades autónomas y ayuntamientos a ciudadanos no incorporados al sistema de la dependencia: unas, contratadas por la Administración local; otras, por consorcios de servicios sociales; otras, por empresas de economía social y otras, por empresas a las que se ha contratado la prestación directa del servicio. Pero no es justo que su trato sea diferente. Lo que debe preocuparnos no es quién contrata, sino cómo se contrata. La Administración local debe ser autónoma en sus decisiones. El Partido Socialista siempre ha defendido esa independencia. Y la ley permite que sea la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 9

Administración local la que decida si presta el servicio de forma directa o indirecta. Lo dice la propia Ley de Contratos del Sector Público, recientemente aprobada y publicada el día 9 de este mes.

No compartimos la imposición del modelo de contratación, pero sí queremos compartir con ustedes la necesidad o la exigencia, si quieren, de que sea la Administración la que vele por la calidad del servicio que se presta, así como por la calidad del trabajo que se lleva a cabo y sus retribuciones. No creo que deban cerrarse las cooperativas de mujeres que se han creado para poder ofrecer un servicio de calidad con un contrato digno, como es el caso de un grupo de mujeres de Tarancón que hace más de diez años que constituyeron su propia cooperativa. No creo que debamos hacer ningún reproche a ninguna de las empresas de economía social. Nosotros defendemos un trabajo digno, reconocido y valorado y, por supuesto, justamente retribuido para todas las auxiliares de ayuda a domicilio. Si les contrata la Administración, mejor; si es una empresa pública, vale también; si les contrata una empresa, que sea en igualdad de condiciones que las anteriores y que la Administración lo garantice. Pero no podemos perder esta ocasión para proponer que debe garantizarse la formación y la acreditación profesional, así como una mayor calidad y garantía de continuidad en los puestos de trabajo, tal y como dice la Ley 39/2006, de promoción, autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, concretamente en sus artículos 35 y 36.

Por todos estos motivos, hemos presentado una enmienda, y agradecemos al grupo proponente que la haya aceptado.

Muchas gracias.

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

Para fijar la posición de su grupo, en primer lugar, tiene la palabra el señor Allí, por el Grupo Mixto.

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

Estoy prácticamente de acuerdo con la totalidad de la intervención de la portavoz del Grupo Socialista, y diré por qué. La Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y protección a las personas con dependencia —una propuesta, por cierto, del Grupo Socialista—, lo que busca básicamente es el desarrollo de tres grandes ámbitos con respecto a las personas dependientes, ya sea en grado moderado, severo o con gran dependencia: primero, el desarrollo personal; segundo, su inclusión social; tercero, la autonomía o lo que ahora se empieza a denominar independencia personal, que yo prefiero llamar autonomía personal.

Uno de los servicios básicos contemplados en esa ley aprobada en 2006 es, efectivamente, la ayuda a domicilio, que busca cumplir esos tres objetivos que les acabo de citar. Por tanto, lo que tiene que requerir esa prestación de servicio de atención en el domicilio a esas personas y, por lo tanto, también en apoyo de los propios cuidadores es la profesionalización y, en segundo lugar, disponer de los recursos públicos suficientes. Como bien sabemos, es una competencia autonómica, y, lógicamente, nosotros vamos a seguir pretendiendo que así sea. Pero en el grupo al que pertenezco o, al menos, en la fuerza política a la que pertenezco creemos firmemente en la convivencia de lo público y lo privado bajo dos principios básicos: la dignidad salarial, es decir, la retribución a las personas que desarrollan su trabajo, como en este caso son los auxiliares que prestan su servicio en los domicilios a esas personas dependientes, y, por otro lado, sin duda también, la propia eficiencia del modelo social, para garantizar su viabilidad y sostenibilidad en el futuro, porque quiero recordar a sus señorías que somos uno de los países con mayor longevidad, asociada a algunas enfermedades degenerativas y a algunas discapacidades aunque solo sea por el propio paso de los años. Por tanto, hará falta un nuevo planteamiento acerca de qué modelo social de apoyo a la dependencia queremos en el futuro.

Como también ha señalado la portavoz del Grupo Socialista, la gestión pública puede ser directa o indirecta. Nosotros pensamos que está muy bien la gestión directa pero que también en los concursos públicos existe la posibilidad de que una empresa privada, una cooperativa social o entidad social desarrolle determinado trabajo, siempre con una dotación de recursos suficientes y siendo responsabilidad de las comunidades autónomas, porque la que dirige es la comunidad, las consejerías de políticas sociales de cada comunidad, con dotación de recursos, coordinación, planificación, etcétera.

Por todo ello, analizaremos el texto definitivo, y votaremos a favor o nos abstendremos.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Alli.

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

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 10

La señora **ROMERO RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Mi grupo va a votar en contra de esta proposición no de ley por varios motivos. En primer lugar, por razones constitucionales y de ámbito competencial. La cuestión suscitada no es del ámbito de competencias del Estado, pues se trata única y exclusivamente de la organización de la prestación de servicios sociales, ámbito que la Constitución reserva a las comunidades autónomas en su artículo 148.1.20, y la propuesta exige al Gobierno regular. El artículo 15 de la Ley 39/2006 señala que son las comunidades autónomas las que deben establecer el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los servicios del catálogo. Así, el Consejo territorial de servicios sociales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia aprobó en su reunión de 16 de enero de 2013 este catálogo de referencia, teniendo en cuenta que la definición y las garantías de los mismos es competencia exclusiva de las comunidades autónomas. Está publicado en el BOE 117, de 16 de mayo de 2013, que les convendría leer. Es más, como ya se ha dicho, esta competencia autonómica es delegable a los ayuntamientos, y así lo permite esa ley que atacaba tanto la autonomía municipal, que es la Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local, del Gobierno del Partido Popular. Curioso.

Señorías del grupo proponente, ¿cómo pueden estar apoyando el martes pasado el *procés* y venir aquí a intentar quitar competencias a las comunidades autónomas a través de una proposición no de ley? La verdad es que sus posicionamientos no es que sean incoherentes, es que son hasta absurdos. El pasado día 29 de septiembre su propio grupo apoyaba una proposición no de ley en este sentido en el Parlamento andaluz exigiendo lo mismo al Gobierno autonómico. ¿Cuál es responsable, el Gobierno autonómico o el Gobierno central? El Grupo Socialista ha presentado una enmienda para que el Gobierno de España sea el que afronte la materia, algo que nos extraña, porque la consejera socialista andaluza del ramo ya manifestaba en sede parlamentaria el día 5 de octubre pasado —y cito literalmente—: En cuanto a las condiciones del servicio de ayuda a domicilio, tengo que volver a decir, como ya le dije en el Pleno anterior, que nuestra comunidad autónoma se configura como de titularidad pública y su organización es competencia de las corporaciones locales aunque la prestación económica viene a través de la Junta de Andalucía, y, en colaboración entre la Junta y diputaciones, firmamos un convenio que permite mejorar y agilizar la respuesta en los procesos de reconocimiento y un convenio que prevé cláusulas mínimas comunes en los procedimientos que garantice que lleguen al máximo de prestaciones y un mayor reconocimiento para los trabajadores y trabajadoras de la ayuda a domicilio. Si lo están haciendo ya, ¿para qué se lo piden al Gobierno de España? No tiene ni pies ni cabeza. Pero, claro, si queremos endosar al Gobierno de España o a los alcaldes nuestras propias responsabilidades, hacemos esto.

En mi tierra lo que se pretende es que las corporaciones locales financien a pulmón y por anticipado la ayuda a domicilio y que se sustituya la asistencia personal de grado 1, esa que prestan las cuidadoras, por talleres de quince personas, sin hacerse cargo de los espacios ni de los traslados, cosa que los municipios no pueden hacer.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Romero, debe concluir.

La señora **ROMERO RODRÍGUEZ**: Así, en Sevilla tenemos 18 000 dependientes de grado 1 y 11 500 hoy en día no tienen vigente la prestación. Quienes hemos pisado la calle sabemos que no es cuestión de que los alcaldes quieran asumir la competencia, no es cuestión de quién ejerce la gestión directa, no es cuestión de que quieran calidad y mejor...

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Romero. Su tiempo ha concluido.

A efectos de votación, señora Terrón, hemos entendido que acepta la enmienda del Grupo Socialista. **(Asentimiento)**.

### — SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001805).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden día, proposición no de ley sobre la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa, tiene la palabra el señor Fernández.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 11

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

Hablar de salud mental ya se ha hecho aquí cuando se ha debatido precisamente la proposición no de ley sobre el suicidio. Es hablar de una serie de trastornos que afectan a una gran parte de la población, de la que 400 000 personas padecen esquizofrenia, un 1 % de la población española, uno de los trastornos —no el único, desde luego— mas graves en el ámbito de la salud mental. Una de cada dos personas padecerá algún tipo de enfermedad mental y diez millones, es decir, uno de cada cuatro españoles, tendrán cuadros de depresión o de ansiedad. Por tanto, nos encontramos ante una enfermedad con una frecuencia altísima, que además es causa principal del absentismo laboral, según la Organización Mundial de la Salud, y no solamente afecta a la salud de las personas sino también a su capacidad para tener una vida en condiciones normales, tanto por la estigmatización de la enfermedad mental todavía existente en España y otras sociedades, como por la discapacidad, la falta de autonomía y dependencia que generan, en parte, como digo, por la enfermedad y, en parte, también porque tenemos sociedades que no son inclusivas de estas personas. La esquizofrenia es la tercera causa de discapacidad entre la población adulta joven, entre quince y cuarenta y cuatro años. Por eso, cuando hablamos de enfermedad mental hay que hablar de servicios sanitarios y servicios sociales al mismo tiempo y de cómo desarrollar toda esa nueva gama de abordaje de los trastornos mentales que se incluyeron en la Estrategia de Salud Mental desde el año 2006. Además, es una enfermedad que afecta en todas las edades, afecta a las personas mayores, pero también de manera muy especial a la población infantojuvenil, puesto que muchos de los trastornos mentales más graves precisamente debutan en este tiempo.

España afrontó la reforma de la salud mental prácticamente ya a finales de los años ochenta y es en el año 2006 cuando por primera vez tenemos una Estrategia Nacional de Salud Mental, aprobada por unanimidad en el consejo interterritorial en diciembre de aquel año. Esa estrategia se planteó que se evaluara cada dos años, y así lo hizo el Gobierno socialista evaluando esa primera estrategia en el año 2009. De esa manera, se actualizó una nueva estrategia, que fue aprobada por el consejo interterritorial en octubre de 2009, en cuya evaluación se presentaba un avance moderado de muchos de los objetivos incluidos en el año 2006, y, en concreto, un avance completo de todos aquellos objetivos que tenían que ver la formación de los profesionales, la participación de los pacientes y sus familias y con la investigación en salud mental. Esa estrategia aprobada en 2009 planteaba una serie de objetivos en seis grandes áreas: la promoción, prevención y erradicación del estigma social de los trastornos mentales, la mejora en la atención a la salud mental, la coordinación intra e interinstitucional, la formación del personal sanitario y la investigación en salud mental, así como un nuevo marco evaluativo, que requería que esa estrategia se realizara cada cuatro años. Pues bien, se han cumplido ya ocho años desde que aquella estrategia se aprobó y seguimos pendientes de que se haga esta evaluación. Además, todos sabemos —lo hemos visto en la Comisión de Sanidad en otras sesiones— que la crisis económica ha tenido un especial impacto precisamente sobre la salud mental de la población española. El estudio *Impact* muestra que los trastornos en los estados de ánimo han aumentado un 19% desde el comienzo de la crisis, los trastornos por ansiedad un 8% y el abuso de alcohol un 5%, a la vez que se observa el alza del consumo de fármacos antidepresivos y de suicidios. No abundaré en los datos, que ya se han dado, sobre el problema de los suicidios, que han crecido un 20% en España desde el inicio de la crisis.

El Gobierno del Partido Popular trató de llevar una estrategia nueva al consejo interterritorial en abril de 2016, pero este la rechazó porque no incluía medidas suficientes ni recursos para abordar la problemática compleja de salud mental. Casi dos años después seguimos sin saber nada de esa nueva estrategia, que, evidentemente, el Gobierno del Partido Popular, una vez que la vio rechazada en el consejo interterritorial, debería haberla presentado de nuevo, que para eso ha tenido tiempo más que de sobra. Lo que nosotros pedimos en esta proposición no de ley es justamente que se cumpla lo que ya se preveía en el año 2009: evaluar la Estrategia Nacional de Salud Mental y preparar una nueva, elaborada, por supuesto, en coordinación con las comunidades autónomas, las sociedades científicas, las personas afectadas y sus asociaciones.

Hay muchos temas pendientes que se tendrían abordar en esta nueva estrategia. Recordemos que queda pendiente, por ejemplo, el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infantojuvenil, la regulación de la nueva figura que ya se contemplaba en la Ley General de Salud Pública, que es el psicólogo general sanitario, la incorporación del psicólogo como profesional de apoyo en atención primaria, así como una solución adecuada para los denominados Pesto, por los que nuestro grupo se ha interesado y ha preguntado al Gobierno. Nosotros solicitamos esa evaluación y esa actualización y esperamos del Partido Popular que rectifique sobre lo que no hizo en mayo de este año en el Senado, cuando se debatió

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 12

una moción suya con respecto a la salud mental. El Grupo Socialista del Senado presentó una enmienda con los mismos contenidos que la proposición no de ley que hemos registrado en esta ocasión y la rechazó, por razones que no explicó, porque primero pidió que fuera una enmienda de adición y el Grupo Socialista lo aceptó. Sin embargo, a pesar de que aceptamos lo que nos pidieron, decidieron rechazarla.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fernández, debe concluir.

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

Es una buena oportunidad para rectificar y luchar todos juntos por la mejora de la salud mental en nuestro país.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Fernández.

Se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, que va a defender la señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Buenos días. Señor presidente, miembros de la Mesa, señorías, celebramos la presentación de esta proposición no de ley, como no podía ser menos. Como ha dicho el compañero, en el año 2016 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no aprobó la propuesta del Gobierno de actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental. De modo que, desde entonces, estamos sin una estrategia que aborde de forma coordinada y proactiva a nivel estatal el ámbito de la salud mental. Es preciso actualizar dicha estrategia dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud de una forma ambiciosa y con una orientación claramente sociocomunitaria, que vaya más allá del fortalecimiento de los dispositivos de asistencia clínica. La estrategia debería marcar algunas líneas para que otros ministerios recogieran el guante de integrar la mirada de salud en todas las políticas, especialmente en el ámbito de la salud mental. Sabemos que las personas con padecimiento psíquico suelen ser foco de interseccionalidad en diversos ejes de desigualdad, cosa que se agudiza porque los sistemas de protección social y las instituciones en su conjunto no son capaces de llevar la universalidad a todo el mundo, sino que promocionan las políticas que suelen ser universales para quienes menos lo necesitan. Es imprescindible una visión de universalismo proporcional que haga que los servicios lleguen a todo el mundo, pero poniendo mayor esfuerzo en la gente que más lo necesita.

Es el momento de que la Estrategia Nacional de Salud Mental apueste por una eliminación de las técnicas de coerción en la práctica de los dispositivos de salud mental, poniendo los recursos necesarios tanto humanos como de infraestructuras y culturales para que eso pueda llevarse a cabo. Hemos propuesto una enmienda de adición expresando que la estrategia debería incluir la dignidad de las personas y el respeto de los derechos humanos como uno de los aspectos fundamentales, elaborando actuaciones encaminadas a la eliminación de las prácticas de coerción en la asistencia en los dispositivos de salud mental. Esperamos que los puntos que hemos querido resaltar sean tomados en cuenta a la hora de empezar a debatir profundamente la Estrategia Nacional de Salud Mental. Y por supuesto, exigimos que los relatos de las diferentes organizaciones interesadas sean tomados en cuenta. Nosotros velaremos porque se lleve a cabo este punto y, por supuesto, votaremos a favor.

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

Es el turno de manifestar la posición de los grupos parlamentarios. ¿Grupo Parlamentario Mixto? **(Pausa)**. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

Ya les adelanto que nosotros naturalmente vamos a votar a favor de esta proposición no de ley porque en su texto de resolución, aparte de instar a culminar la evaluación de la estrategia nacional, que no se hizo porque fue tumbada por las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial, en el que se les solicitó una documentación que ha llegado recientemente —algunas de estas comunidades gobernadas por el Partido Socialista, hay que decir las cosas en su integridad para que se sepan—, se habla de los principios de universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad e integración. ¿Cómo podríamos votar en contra de la equidad? ¿Cómo podríamos votar en contra de la solidaridad? Porque si votáramos una cosa en un sitio y otra en otro, tendríamos no una esquizofrenia, esto se llama médicamente trastorno disociativo de la personalidad, que es distinto; es decir, un señor que en un sitio vota una cosa y en otro vota otra cosa. Nosotros, afortunadamente, no tenemos estos problemas. Por esa razón, porque es una buena

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 13

propuesta y necesaria, nosotros vamos a votar a favor de esta iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista. Creemos que en el Sistema Nacional de Salud son necesarios planes y estrategias nacionales; creemos que es necesaria la solidaridad, que quiere decir que aquellas comunidades que tienen una mayor renta, un mayor PIB, deben colaborar porque no se entiende la solidaridad sin la financiación y, por tanto, debe ser más igualitaria entre comunidades; creemos en la equidad y, por tanto, en que las prestaciones deben ser iguales independientemente de donde uno vivan, y lo creemos en Pleno y en Comisión. Por eso vamos a votar a favor de la propuesta socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Igea.

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

La señora **BLANCO GARRIDO**: Gracias, señor presidente.

Al hilo de lo manifestado por el señor Igea, es cierto que está pendiente la realización de una evaluación y actualización de la estrategia, pero también tengo que decirle al señor Fernández que no es por falta de voluntad del ministerio para el que les puedo asegurar que es un asunto prioritario, sino por falta de voluntad de algunas comunidades autónomas que expresaron su disconformidad en ese consejo de abril del año 2016 al que usted hacía referencia, y que a día de hoy siguen sin hacer llegar al ministerio esas propuestas concretas de cambio en las líneas estratégicas y objetivos. En relación con la evaluación de la estrategia, fue aprobada por los comités formados por las diferentes comunidades autónomas, por las sociedades científicas, por las asociaciones de familiares y pacientes; si bien es cierto que, al igual que el documento de la nueva estrategia, no pudo aprobarse en el Consejo Interterritorial porque tampoco quisieron algunas comunidades autónomas. En concreto me refiero a las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Cantabria y Castilla-La Mancha, que no aceptaron la propuesta presentada por el ministerio, una propuesta que no era del Partido Popular, sino que contaba con la colaboración y el visto bueno de las sociedades científicas y de las asociaciones de familiares y pacientes. Por cierto, tres de estas comunidades están gobernadas por el Partido Socialista, por lo que llama la atención que ahora sea el Grupo Parlamentario Socialista quien inste al Gobierno a aprobar lo que ellos impidieron por razones meramente políticas. Y digo esto porque, tras la reunión del Consejo Interterritorial, precisamente se solicitó a las comunidades autónomas que enviaran sus aportaciones con el objetivo de avanzar y posiblemente mejorar el texto. Pues bien, sus señorías deben conocer que ha pasado más de un año y tras sucesivas reiteraciones para el envío de las aportaciones solicitadas, lo único que llegó al ministerio fueron propuestas de modificación en la redacción o de la propia estructura de la estrategia que no afectan para nada al contenido, lo que evidencia la falta de voluntad de determinadas comunidades autónomas para que la nueva estrategia sea una realidad. Por tanto, el ministerio ha iniciado una reorientación del documento para presentar una estrategia que, con el consenso de todos, sirva de verdad como herramienta para mejorar la salud mental de nuestra población y profundizar en el modelo comunitario de salud mental avalado por nuestras leyes. Una reorientación que incluye muchas medidas que por falta de tiempo no puedo desarrollar, pero que desde luego son importantes y buscan ese consenso para mejorar la salud de los pacientes, de modo que dicha estrategia pueda ser aprobada. Como decía, les puedo asegurar que cada uno de estos puntos va encaminado a mejorar la propuesta, enriquecer la estrategia y encontrar el consenso con el claro objetivo de aprobarla lo antes posible. Esta es la voluntad de mi grupo, esa es la voluntad del ministerio y la del Gobierno del Partido Popular, porque trabajar por el bienestar de las personas es sin duda nuestra seña de identidad.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Señor Fernández, a efectos de votación, ¿acepta la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Confederado Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea? **(Asentimiento)**. Se acepta, pues será lo que sometamos a votación.

### — RELATIVA A LA PROMOCIÓN DE LA «VIVIENDA COLABORATIVA» (CO-HOUSING) ENTRE LAS PERSONAS MAYORES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002159).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al que aparecía como 6.º punto del orden del día: proposición no de ley relativa a la promoción de la vivienda colaborativa entre las personas mayores, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa tiene la palabra el señor De Arriba.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 14

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías. Las profundas transformaciones sociales, económicas y culturales que se han producido durante los últimos cincuenta años han generado modificaciones significativas en la pirámide poblacional, y han originado un progresivo aumento de la población de mayor edad. En España el número de personas mayores de sesenta y cinco años o más asciende a 8 657 000, lo que se traduce en el 18,7 % de la población, y se prevé que en 2050 estemos por encima de 16 millones, lo que significa que más de la tercera parte de los residentes en nuestro país superará los sesenta y cinco años. Además, según ponen de manifiesto en sus proyecciones de vida organismos como el INE, la ONU o la OCDE, entre otros, el envejecimiento de la población en España va acompañado de un aumento progresivo de la esperanza de vida. Este último indicador demográfico sitúa a los españoles en los puestos de cabeza a nivel mundial, y se espera que debido a los avances que se vienen produciendo en materia sociosanitaria continúe aumentando. Por este motivo es necesario seguir invirtiendo para que la mejora de la esperanza de vida se traduzca en buena salud, teniendo para ello que reforzar las estrategias de promoción de la salud y de abordaje de la cronicidad, fortalecer la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal. De manera que unidos estos fenómenos demográficos, envejecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida, surge entre nosotros, los poderes públicos, un verdadero reto socioeconómico al que, por encima de cualquier diferencia, debemos hacer frente de forma conjunta. Todo ello se puso de manifiesto en la pasada Conferencia de Presidentes, situando esta preocupación común en el lugar que le corresponde. Fruto del consenso se alcanzó el compromiso de trabajar de manera conjunta, Gobierno, comunidades autónomas, ciudades con estatuto de autonomía y entes locales, desde el respeto al ámbito competencial de cada uno de ellos, en la gestión de este cambio con la necesaria colaboración e implicación por parte de todos. Sin embargo, a pesar del acuerdo adoptado es esencial seguir emprendiendo actuaciones, que tengan en cuenta las necesidades específicas de las personas mayores y que apuesten por un envejecimiento activo y saludable. Hablar hoy de edad madura es hablar de oportunidad, es hablar de vitalidad, es hablar de recursos, es hablar de felicidad, siendo fundamental promocionar la autonomía, fomentando para ello iniciativas que tengan en cuenta a todos los agentes implicados.

En consecuencia, y paralelamente a la actuación política, cabe destacar la acción social que ha originado la aparición de nuevos modelos de convivencia basados en la colaboración entre personas mayores, como el *co-housing* o vivienda colaborativa; un modelo residencial formado por viviendas de uso privativo y zonas comunitarias que se diseñan como extensión de la vivienda y en las que habitan personas mayores. El *co-housing* es, por lo tanto, un tipo de comunidad autopromovida y autogestionada por sus propios residentes, que nació hace más de cuarenta años en Dinamarca y Holanda, y muy extendida en los países escandinavos. En España, aunque se trata de un modelo reciente, ya existen varios colectivos que lo promueven bajo una cultura de convivencia, eficacia y acceso a la vivienda, y su uso y gestión se hace bajo la forma de cooperativa de cesión de uso o promotor sin ánimo de lucro. Es por eso y en consonancia con los resultados de este modelo, por lo que mi grupo presenta esta iniciativa que apuesta por difundir, en colaboración con las comunidades autónomas y los entes locales, los beneficios del *co-housing* a fin de promocionar y promover la autonomía personal de los mayores. La diferencia con respecto a otros modelos tradicionales no está tanto en lo arquitectónico, sino en lo social. La participación, la autogestión y el diseño intencional previo llevan a un equilibrio que respeta la privacidad y la autonomía, aun cuando anima a generar relaciones y a la gobernanza compartida en un entorno interactivo más social y práctico. El *co-housing* apuesta por el desarrollo de una amplia gama de apoyos y servicios que hacen posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, rodeadas de sus pertenencias, rodeadas de sus recuerdos, preservando la independencia económica y la privacidad. Y además, facilitando algo muy importante que no siempre se logra en los centros residenciales, que la persona siga tomando sus propias decisiones controlando su día a día. Por lo tanto, el desarrollo de esta idea eje es la de vivir durante toda la vida integrados en entornos seguros y normalizados. Tales propuestas se encuentran en los innumerables documentos de política social avanzada relacionados con el apoyo a personas en situación de soledad, fragilidad o dependencia, que han cristalizado en torno a este concepto de *co-housing* que se ha extendido y ha sido aceptado internacionalmente.

En nuestro grupo parlamentario consideramos que se deben aportar medidas en positivo para adaptarnos a la sociedad en la que estamos. Vamos a ser mayores y vamos a ser más y, lógicamente, hay ámbitos que necesitan ser afrontados con determinación y decisión. Por este motivo entiendo que esta iniciativa también se considerará plausible por otros grupos políticos, tal y como han expresado en

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 15

distintas ocasiones compañeros de su señorías de sus partidos políticos. Y aprovechando que el Pisuerga pasa por Valladolid, sin ir más lejos, Óscar Puente, portavoz del PSOE y alcalde de Valladolid, señalaba hace pocas semanas el carácter vanguardista de estos proyectos que casa con la idea de potenciar la autonomía de las personas mayores, respetando su independencia, intimidad y privacidad, y buscando asimismo que se sientan parte de una comunidad en la que colaboran con los demás, en la que se sientan útiles y practiquen el envejecimiento activo. Quienes se deciden por esta fórmula comparten la idea de desterrar de su vida el aislamiento. De igual forma, la portavoz de Ciudadanos en la Diputación de Valladolid, Pilar Vicente, declaraba hace algunos días que este tipo de iniciativas, el de las viviendas colaborativas, contribuyen a mejorar la calidad de vida de nuestros mayores en el mundo rural y a la creación de empleo. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia).**

Concluyendo, señorías, las administraciones públicas que intervienen en el ámbito de los servicios sociales y sanitarios deben apoyar que los mayores vivan en cualquiera de las modalidades convencionales elegidas libremente por ellos o por su entorno. Además, deben difundir las informaciones de tales experiencias, especialmente las que se pueden considerar como buenas prácticas, algo que realiza el Imsero a través de su página web. Hay que promover la accesibilidad de las viviendas, siendo especialmente sensibles con las personas con discapacidad y los mayores de sesenta y cinco años, con ayudas que pueden elevarse del 40 al 75% de la inversión, tal y como prevé el proyecto del real decreto por el que se regula el Plan Estatal de Vivienda 2018-2021. Un plan que también prevé dos programas específicos de ayudas a mayores, contemplando ayudas de carácter directo y otras a promociones de edificios o complejos residenciales. A las administraciones autonómicas les corresponde regular la autorización, registro e inspección de estas nuevas modalidades habitacionales, y de manera específica han financiado una red de viviendas tuteladas y una amplia oferta en muchas comunidades autónomas. Las administraciones locales vienen propiciando y dando facilidades a aquellas cooperativas constituidas por personas mayores que quieren promover modalidades de comunidades de viviendas con servicios de apoyo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Vaya terminando, señor De Arriba.

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Termino, señora presidenta.

Estas facilidades, junto con una mayor demanda de estas modalidades por parte de las personas mayores, deberían producir en los próximos años una mayor iniciativa de las organizaciones de mayores y del tercer sector para la ampliación de nuevas experiencias en España. Por lo tanto, queda más que claro que es vital la colaboración interadministrativa en asuntos como el que estamos debatiendo esta mañana, apelando a ese espíritu de trabajo conjunto y de cooperación. Termino, señora presidenta. Señorías, tenemos la obligación de mantener esta agenda revolucionaria que avance hacia una atención integral y centrada en las personas. Por ello solicitó el respaldo de los demás grupos parlamentarios de esta Comisión a esta iniciativa.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Muchas gracias, señor De Arriba.

Para defender las enmiendas presentadas, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos tiene la palabra el señor Navarro.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Gracias, señora presidenta.

El anterior portavoz ha recordado los datos, somos el segundo país más longevo del mundo, el 19% de la población es mayor de sesenta y cinco años, casi nueve millones de personas. En su PNL usted propone la promoción del envejecimiento activo y la permanencia en el entorno social y familiar más cercano, lo cual nos parece una idea estupenda. No solo lo apoyamos en Valladolid, sino también aquí, pero nos parece que se queda en una idea, una idea que en ocasiones pudiera parecer algo incoherente, habríamos agradecido un mayor desarrollo. Para empezar, no nos dicen cómo financiar estas ayudas, de dónde vamos a sacar el dinero. Recordemos que en los últimos presupuestos el incremento de partidas sociales se ha debido básicamente a la presión de Ciudadanos. Nos parece bien, pero sería bueno que lo fueran detallando. Por otra parte, estas ayudas son difíciles de entender en un entorno de recursos generalizados en el sistema de dependencia. No ponemos en duda la crisis y las necesidades, pero estos recortes han existido y han sido dramáticos. Esto está muy bien, pero tendremos que tratar los dos problemas simultáneamente. En cuanto al envejecimiento activo, realmente no existe una política clara.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 16

Prácticamente la única política que tenemos son los viajes del Imsero, que están muy bien, pero agradeceríamos más cosas. La iniciativa privada a veces viene a cubrir estos huecos. Recientemente compareció en esta Comisión una persona que nos hizo una exposición muy interesante sobre mayores que se dedicaban a enseñar museos. Tendríamos que apoyar más estas iniciativas. Nosotros hemos enmendado por la vía de aumentar la dotación y mejora de los servicios de atención a la dependencia, y elaborar un programa real de envejecimiento activo. Esperamos llegar a algún tipo de transacción con esta enmienda. En resumen, consideramos esta proposición un primer paso, aunque modesto, y desde luego lo apoyaremos.

Gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Muchísimas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Peña.

La señora **PEÑA CAMARERO**: Gracias.

Muy buenos días. El Grupo Parlamentario Popular presenta una iniciativa sobre el programa de *co-housing*, que en opinión del Grupo Parlamentario Socialista es correcta, máxime cuando contamos con una población cada vez más envejecida. Los últimos datos de la OCDE señalan que España es el segundo país con mayor esperanza de vida, con una media de 83 años, solamente después de Japón. Es compromiso de este grupo parlamentario con los ciudadanos apoyar y promover nuevos modelos colectivos e innovadores de convivencia, que den respuesta a las actuales demandas de las personas de edad avanzada relacionadas con la soledad y la necesidad de atención y servicios para el mantenimiento de su calidad de vida. Ya hay casos de éxito de iniciativas de este tipo en nuestro país, como la que han comentado de Valladolid, y también algunas comunidades como, por ejemplo, Asturias, gobernada por el Partido Socialista, tienen ya en vigor ayudas específicas para mayores en sus planes de vivienda. El *co-housing* es una iniciativa interesante, viviendas de convivencia, viviendas colectivas, una solución habitacional satisfactoria para personas de tercera edad que no quieren vivir en una residencia y sí lo quieren hacer entre iguales y con independencia. Pero también es cierto que, tal y como se plantea a día de hoy, está enfocado para personas con solvencia económica, ya que las cooperativas no dejan de ser autopromotoras. Por tanto, con esta PNL nos dan la oportunidad de hablar de nuevo de la falta de atención de este Gobierno a las personas mayores con menos ingresos, pensionistas, viudas y dependientes. Las últimas medidas puestas en marcha tras la reforma del sistema de pensiones están dando como consecuencia el empobrecimiento paulatino de este colectivo, cuyas pensiones pierden poder adquisitivo año tras año por primera vez en décadas. La suma de la revalorización anual de las pensiones por debajo del IPC más los nuevos factores de cálculo explican que, según los planes presentados por el Gobierno en Bruselas, el gasto en pensiones se frene en porcentaje de PIB, a pesar del aumento previsto en el número de pensionistas. Mientras tanto la OCDE también acaba de señalar a España como uno de los países donde reaparecerá la pobreza entre los pensionistas, como consecuencia de la suma de la reforma laboral, su precariedad, y la reforma del sistema de pensiones. Así que conviene recordar los recortes en todas estas partidas y el peso económico que han soportado y soportan los pensionistas por la crisis, sacando adelante a sus hijos en paro o con trabajos precarios y cuidando a los nietos.

Es cierto que en el texto citan la reforma o la adaptación de la vivienda, la movilidad, la accesibilidad, que son medidas que nosotros también defendemos, como no puede ser de otra manera, pero choca con la reducción del presupuesto para políticas sociales, incluida la política de vivienda. Además, quisiera añadir que la adaptación no sólo debe quedarse en la propia vivienda, en el Grupo Parlamentario Socialista entendemos que también debe hacerse en el entorno urbano. **(El señor presidente ocupa la Presidencia)**. En definitiva, esta iniciativa de lucimiento es positiva y está muy bien, pero no se han dado cuenta que al anunciar esto vuelven a resaltar que desde su Gobierno están desatendiendo a los que realmente lo necesitan. Les decía que la iniciativa es correcta, el problema lo encontramos cuando vemos la escasa financiación con la que cuenta el Plan Estatal de Vivienda. Por eso y para que no solo sea de lucimiento, sino una iniciativa real, presentamos una enmienda de adición para que estas actuaciones cuenten con una dotación presupuestaria suficiente para atender al colectivo al que van dirigidas a través del Plan Estatal de Vivienda 2018-2021, porque si no, nadie entenderá que se anuncie algo positivo que no tiene consignación económica porque, evidentemente, quedaría nada.

Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 17

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

Turno de fijación de posiciones. ¿Grupo Parlamentario Mixto? (**Pausa**). ¿Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)? (**Pausa**). Por el Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora De la Concha.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Buenos días, señorías. Como decía la compañera del Grupo Parlamentario Socialista, esta proposición no de ley es hasta bonita, podría ser un artículo de prensa. Yo pertenezco a una generación que tuvo mucho que ver con el antifranquismo, pero también con el movimiento jipi, fue una mezcla un poco rara. Nos gustó mucho la idea de las comunas y conozco a mucha gente que vivió en comunas. Era bonito y divertido vivir en comunas, pero desde luego fue una iniciativa que no tenía nada que ver con los poderes públicos. Si yo quisiera practicar el *co-housing* tendría muy buenos amigos con los que ya he convivido y sería muy fácil volver a convivir. No me parece casualidad que en Holanda sea precisamente donde esta idea del *co-housing* ha empezado a prosperar. ¿Por qué? Porque en Holanda, donde tengo muchos amigos, recuerdo que la abuela de uno de ellos me contaba que cuando cumplió sesenta y cinco años, vino una comisión de *motu proprio* —del consejo o del ayuntamiento, no se cómo se llama allí— y le dijeron: ha cumplido usted sesenta y cinco años y venimos a verla para ver qué tal está. Y entre otras cosas, le propusieron instalar en la casa de dos plantas donde había vivido toda su vida y había criado a sus hijos, una especie de ascensor en las escaleras para subir y bajar y varias mejoras. Aquella mujer siguió viviendo toda la vida en su casa y murió casi con cien años. Ella comentaba: en este país da gusto pagar impuestos. Aunque les parezca que no, todo esto me parece muy relevante.

Entonces, en esta PNL todo el cuerpo del asunto es bonito, interesante, ya digo que parece un artículo de prensa, pero luego en realidad qué se pide. Se solicitan dos cosas: una, que se impulsen las ayudas para el acondicionamiento y adaptación del hogar, que obviamente nos parece muy bien, pero luego se pide que se difundan los beneficios de las viviendas para personas mayores con servicios comunes. Me parece que esto es como lanzar una idea flotante para que vaya cundiendo que cada uno esté a lo suyo y se vaya buscando la vida porque la cosa viene fea. Vamos a ser mucha gente muy mayor, el Estado va a dedicar muy pocos recursos, y la gente que cuando llegue a mayor aún tenga una vivienda porque no se la hayan quitado o no haya tenido que avalar a sus hijos con ella, etcétera, y tenga amigos o un grupo de personas de su nivel cultural, social y económico, debe ir asumiendo lo bonito que es vivir juntos. Hay algunas películas, por ejemplo, *¿Y si viviéramos juntos?*, en las que la gente que aparece son todos de clase media alta. Me parece muy bien, pero esto de difundir la idea de que es bonito...

El señor **PRESIDENTE**: Señora De la Concha, debe concluir.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Termino. Quiero decir que si lo que nos están proponiendo es un aumento de los servicios públicos para las personas mayores con el *co-housing* o con cualquier otra modalidad reflejado en los Presupuestos Generales del Estado, nos parece fenomenal y votaríamos a favor. Si esto es lo mismo pero sin financiación, nos abstendremos. Y si se trata de hablar de que la gente que tenga casa se junte y reúna su dinero, no veo que sea relevante en una Comisión del Congreso. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora De la Concha, su tiempo ha concluido.

Señor De Arriba, a efectos de votación, ¿acepta alguna de las enmiendas, habrá transacción?

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Estamos transaccionando con el Grupo Parlamentario Ciudadanos, creo que llegaremos a un acuerdo, y estamos valorando la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien, esperamos entonces para las votaciones.

### — SOBRE LA REVISIÓN DEL PROTOCOLO BÁSICO DE INTERVENCIÓN CONTRA EL MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO FAMILIAR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/002384).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto que aparece como 7.º en el orden del día original, que es la proposición no de ley sobre la revisión del Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Es del Grupo Parlamentario Ciudadanos. Para su defensa tiene la palabra el señor Igea.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 18

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

Les voy a hacer un breve relato. El 11 de julio de este mismo año ingresaba en urgencias del Hospital Campo Grande de Valladolid una niña de cuatro años llamada Sara, con hematomas en diversos grados de evolución, que hacen sospechar al pediatra que la atiende de la existencia de malos tratos. El pediatra da aviso al 112, a la Policía Nacional, y se inicia un protocolo. El 12 de julio se reafirma en su denuncia en la comisaría. La madre de la criatura alega maltrato por parte del padre de la niña. Entra el equipo de violencia de género y hasta el 21 de julio, día en que se archiva porque la madre retira la denuncia, entre otras cosas porque el padre al que acusaba de esos malos tratos estaba en Londres desde hacía semanas, con lo cual era difícil que fuera responsable de esos malos tratos. Al archivarse el 21 de julio se emite un informe a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, el Juzgado de Guardia todavía sigue sin tener conocimiento porque solo se ha hecho cargo el Juzgado de Violencia sobre la Mujer. El 24 de julio se reúnen los servicios sociales para analizar el caso, trece días después. En ese ínterin el 17 de julio la niña acude a otro hospital de Valladolid con hematomas subungueales y quemaduras en los dedos de la mano. El 26 de julio se hace la primera visita por parte de los servicios sociales a la familia, que detectan algo sospechoso en la actitud de la hermana y de la niña afectada, por lo que deciden repetir una visita el día 28. El día 28 la madre se niega a la visita porque dice que está trabajando, con lo cual se le cita para el 1 de agosto, día en que tampoco se realiza la visita. El 2 de agosto la niña ingresa con parada cardiorrespiratoria en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y fallece en ese mismo instante. Han pasado veintitrés días y nadie ha hecho nada. A resultas de este caso hicimos una pregunta al Gobierno para que nos explicase la actuación del órgano judicial, que está resumida en esta exposición que les acabo de hacer. A resultas de este caso solicitamos la comparecencia de la consejera de Servicios Sociales en la Junta de Castilla y León. He de decirles una cosa, ninguna de las personas que han intervenido en este caso, ninguna, ni siquiera ha pedido perdón. Nada ha fallado, todo estaba bien. El resultado es que parece ser que se aplicó el protocolo correctamente. No puedo expresar con palabras la indignación que me produce este caso. Pero nuestra obligación como legisladores y nuestra obligación en este Parlamento es analizar los hechos y ver si podemos aportar algo, porque si efectivamente lo que ocurría es que el protocolo estaba mal pues tendremos que hacer algún cambio en el protocolo urgentemente. Porque un caso como este no se puede volver a repetir. Porque lo que nosotros pensamos es que la gente más indefensa, los seres más indefensos del mundo, no pueden encontrar esta respuesta por parte de las autoridades públicas. En estas autoridades públicas incluyo a todo el mundo. Incluyo a la Fiscalía, que no trasladó ni abrió un segundo expediente para violencia a menores; a la Policía Nacional, que tampoco trasladó a Servicios Sociales con la urgencia requerida; a los Servicios Sociales, que tardaron catorce días; a todo el mundo que dejó sola a esta criatura hasta que falleció. Por eso nosotros creemos que es efectivamente necesario reformar la Ley de Protección de Menores, pero creemos que hay una cosa urgente que es reformar el protocolo, una cosa tan sencilla como que los menores, víctimas de maltrato, no puedan salir de un hospital si no se ha hecho una evaluación de riesgo adecuada. Para hacerla los Servicios Sociales tienen que evaluar el riesgo y el entorno familiar. Para hacer una evaluación de riesgo adecuada los forenses deben de valorar a los menores, porque si cualquier forense hubiera visto hematomas en distinto grado de evolución que no se corresponden con el tiempo que lleva ausente el supuesto agresor habría tomado algunas medidas. Si esto lo hubiera hecho un forense lo hubiera remitido al Juzgado de Guardia en un atestado diferente al atestado de violencia de género, probablemente hoy no estaríamos aquí. No pretendemos legislar por un caso único o por un caso aislado, lo que pretendemos con esto es simplemente llamar la atención al Gobierno a reformar de manera urgente el protocolo de maltrato a menores, que depende del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por eso estamos hoy aquí en esta Comisión, para evitar que un próximo caso nos lleve a un desenlace fatal como ha tenido este. Es difícil negarse a una petición tan elemental y tan sencilla como que no se dejen desprotegidos a los menores que sufren agresiones una vez que han sido detectadas las mismas. Por todo ello, les pido el voto favorable. Hemos valorado positivamente la enmienda del Grupo Popular, vamos a llegar a una transaccional. No podemos hacer lo mismo con el Grupo Socialista, porque no incluye la necesidad de mantener a los menores dentro de los centros de hospitalización hasta que se hayan cumplido unos requisitos mínimos de valoración de riesgo. No puede ser que dejemos desprotegidos a los más indefensos, a los que menos culpa tienen y que miremos para otro lado. Nosotros no volveremos a mirar para otro lado, creemos que un caso es más que suficiente para tomar una medida. Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 19

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Igea.

Hay dos grupos que han presentado enmiendas. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Socialista, el señor Sahuquillo tiene la palabra.

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

La preocupación por el grave problema social que representa la violencia ejercida contra los niños y las niñas es, como no puede ser de otra forma, compartida por todos los grupos del arco parlamentario. Ello tuvo su reflejo en los trabajos de la subcomisión que se constituyó en la 10.<sup>a</sup> Legislatura para abordarlo y de la cual tuve el honor de participar activamente. Como resultado de todas aquellas sesiones en las que conté con expertos de todos los ámbitos, se elaboró un informe cuyas conclusiones deben ser tenidas en cuenta a la hora de abordar una normativa cuyo objetivo era erradicar la violencia contra la infancia y proteger el derecho de los niños y niñas a la integridad física y moral. Hace dos meses el Pleno del Congreso aprobaba una proposición no de ley firmado por casi todos los grupos políticos que instaba al Gobierno, en el ámbito de sus competencias, y en colaboración con las comunidades autónomas, a iniciar en el plazo de tiempo más breve posible, y que en todo caso no excediese de doce meses, los trabajos para la aprobación en la presente legislatura de una ley orgánica para erradicar la violencia contra la infancia que proteja el derecho de los niños y niñas a la integridad física y moral. La proposición no de ley que ahora debatimos se circunscribe en esa inquietud, a combatir la violencia contra la infancia y por ello mi grupo la valora positivamente. Sin embargo, consideramos que su contenido es mejorable. Según dice en la exposición de motivos —y leo literalmente—: Desde el Grupo Parlamentario de Ciudadanos consideramos que todos los casos en los que exista certeza de maltrato leve o grave, el menor debe ser ingresado y apartado del ambiente en el que se produce las agresiones hasta que no exista —entiendo que es hasta que exista, ese no sobra— una valoración adecuada por un equipo médico forense del ministerio fiscal y los servicios de protección autonómicos.

Señorías de Ciudadanos, permítanme decirles que incurren en varios errores. Primero, se están refiriendo al alta hospitalaria, tal como consta en el apartado c) de la parte dispositiva, pero un hospital es un centro sanitario, no es el lugar adecuado para alojar a un menor que por encontrarse en riesgo de maltrato se estima que no debe permanecer con su familia. Segundo, ustedes confunden la fase de procedimiento, cuando dicen que no se producirá el alta hospitalaria del menor en casos leves y graves de violencia hasta la valoración del riesgo por los Servicios Sociales. Están ignorando que si existe valoración es porque ya han intervenido los Servicios Sociales y que si estos han decidido que se trata de un caso leve, esto implica por la definición que contiene el propio protocolo que la situación se puede abordar educativamente en el entorno sociofamiliar del menor. De este modo el menor permanece en la familia y se realiza una intervención educativa desde los servicios sociales de atención primaria, sanitarios o educativos de carácter preventivo, con la finalidad de desarrollar la parentalidad positiva y fortalecer las habilidades de los progenitores incompatibles con la violencia. Tercero, no se trata de desplegar toda una red: Servicios Sociales, forenses, Fiscalía de Menores, Juzgado de Guardia, ante cualquier circunstancia, sino de emplear adecuada y racionalmente los recursos y, cuarto, para mejorar sustancialmente el desarrollo del protocolo y evitar desgracias, lo que hace falta es que los Servicios Sociales cuenten con personal y medios suficientes para desempeñar su trabajo con la debida agilidad, eficacia y garantías. Algo que tras los recortes del Gobierno del Partido Popular resulta difícil de alcanzar.

Permítanme que vuelva al inicio de mi intervención. Cuando en la subcomisión sobre la violencia contra la infancia de la 10.<sup>a</sup> Legislatura elaboramos su informe final. Hubo ciertos aspectos en los que no fue posible el pacto, por lo que se presentaron diez votos particulares, ocho de ellos presentados por mi grupo. Uno de ellos rechazado por la mayoría absoluta que tenía entonces el Partido Popular iba destinado a reforzar y dotar de recursos a los Servicios Sociales imprescindibles para la prevención, detección y atención a menores víctimas de violencia.

Señorías, mi grupo ha presentado una enmienda que creemos mejora la iniciativa. Compartimos la necesidad de revisar y actualizar el protocolo en lo relativo a agilizar los tiempos y limitar la exposición de los menores al entorno perjudicial, por tanto, compartimos el contenido de los puntos a) y b). Sin embargo, hemos reconvertido su apartado c) en uno nuevo que va más allá de la revisión del protocolo, la responsabilidad que asumen los Servicios Sociales es clave en estos procesos y de sus actuaciones dependen en gran medida un buen desarrollo de toda la intervención. Por ello es imprescindible reforzarlos desde el punto de vista humano y material. Señor portavoz del Grupo de Ciudadanos no infravalore a los Servicios Sociales que tienen mucho que decir. Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 20

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Heredia.

La señora **HEREDIA MARTÍN**: Muchas gracias, señor presidente.

Desde el Grupo Parlamentario Popular hemos valorado positivamente esta iniciativa, porque viene a mejorar la defensa del bienestar de los niños y niñas de nuestro país. Queremos también condenar lo sucedido en el día de ayer en Valencia, en el caso tan terrible que vimos todos en los medios de comunicación, y trasladamos a su familia las condolencias en nombre del Grupo Popular. Me hubiera gustado que esta proposición se hubiera visto en su Comisión propia que es la defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia, pero esperamos que en la próxima ocasión tengamos más suerte. Sobre el contenido de esta proposición tengo que añadir que tenemos que saber que el protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil es un instrumento que persigue orientar las políticas de intervención en caso de maltrato infantil, para que cada órgano competente —y aquí quiero hacer un inciso— que son las comunidades autónomas y las ciudades autónomas desarrollen su propio protocolo, o sea un protocolo específico para cada caso, para que sean más efectivos en cada territorio y sea aplicable sobre las distintas provincias de nuestro territorio español. Tenemos que recordar también que este último protocolo se aprobó el 9 de junio de 2014, solamente hace tres años y que modificaba a su vez y actualizaba uno que venía de 1997, casi veinte años sin modificarse. El nuevo protocolo de 2014 incluye medidas tan importantes y tan significativas para el Gobierno del Partido Popular como reconocer por primera vez que los menores son víctimas ante la violencia de género; cosa que olvidaba la Ley, de 2014, de Violencia de Género.

El grupo proponente pide una revisión —nos parece bien—, todo lo que sea mejorar siempre es positivo. Tengo que decir aquí que desde el ministerio se está trabajando en contacto con los agentes especializados y profesionales de las instituciones y administraciones en someter continuamente a revisiones todas y cada una de las medidas y protocolos que existen en nuestro ordenamiento. También tengo que decir, porque algunas de sus señorías se han reunido con la directora General de los Servicios de la Infancia y la Familia en varias ocasiones y conocen muy de cerca cómo se está trabajando desde el ministerio en estos últimos seis años. Se está trabajando intensamente en actuar codo con codo con las entidades sociales, que saben sobre el terreno cuáles son las necesidades que tienen nuestros ciudadanos. Tengo que decir que se ha trabajado y que ahora mismo encima de la mesa tenemos asuntos tan importantes como la atención especial a los menores más vulnerables, como son los menores con discapacidad, los extranjeros, las víctimas de abusos sexuales, la pornografía infantil. Se ha mejorado también los protocolos de acogida y de adopción y sobre la lucha contra la violencia hacia la infancia hay que decir que queda mucho trabajo por delante, pero que se han dado pasos muy importantes desde todos los ministerios implicados, como son, por ejemplo, traer al Pleno del Congreso una importante aprobación como ha sido la proposición no de ley para que se regule esta lucha tan importante como es luchar contra la violencia hacia los menores, que fue aprobada el pasado mes de septiembre, conjuntamente por todos los grupos políticos, que creo que es un gran avance. Ya se venía trabajando en un borrador, ya se está avanzando en la regulación de la misma y yo creo que es una buena noticia. No estoy de acuerdo con las afirmaciones del señor Sahuquillo, el portavoz del Grupo Socialista, cuando habla de recortes. Aquí usted tiene que analizar todo lo que se ha hecho durante estos seis últimos años. Le recuerdo que por primera vez en la historia de nuestro país se ha tenido en cuenta muy de cerca cuáles eran las necesidades en infancia. Más de 365 medidas que muchas de ellas no existían anteriormente en nuestro país se han puesto a disposición de las comunidades autónomas y por fin están llegando los dineros a los ayuntamientos, le puedo dar fe, porque yo soy también concejal en mi pueblo y sé cómo se está trabajando con más de 10 000 millones de euros encima de la mesa. Eso no lo hizo el Gobierno del Partido Socialista, eso lo ha hecho el Partido Popular en estos últimos seis años. Sé que es muy difícil reconocerlo para ustedes, pero está ahí y es algo que tenemos que poner en valor aunque nos guste más o nos guste menos.

Respecto al sentido de la enmienda, ya avanzo nuestro voto afirmativo, porque además hemos llegado a una transaccional. Quiero agradecer al señor Igea su generosidad a la hora de aceptar esta enmienda transaccional. Gracias, señor presidente.

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

Para fijar la posición de los grupos. Señor Agirretxea, por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 21

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Intervengo muy brevemente, señor presidente.

Primero quiero decir que casos tan dramáticos como el que ha explicado el señor Igea, aparte de generar pavor e indignación, son casos sueltos pero que exigen evidentemente que el sistema no pueda permitir que esos casos sueltos ocurran. Por tanto, la primera pregunta que hacemos es: ¿Es que falló el sistema o es que es un sistema fallido? Es decir, si verdaderamente se evita muchísimo más de lo que ocurre o es un sistema que siempre tiene agujeros por el mismo lado. Si fuera así entonces es cuando verdaderamente tenemos que atajar y atacar la resolución de ese problema de la coordinación de ese sistema. ¿Igual fueron personas que no ejercieron bien su trabajo dentro de ese sistema que sí funciona? Dejaríamos ahí en el aire esa pregunta. En cualquier caso, los protocolos son para revisarlos, siempre lo son. Porque cada casuística a veces no es ciencia exacta y exige modificaciones, flexibilidad, improvisaciones, más de una vez, para que ese protocolo se adecúe en cada caso a las necesidades concretas. Dicho esto, también, quiero decir que cuando la representante del Grupo Popular decía ahora que los menores se hayan incluidos dentro de la violencia de género, me parece muy bien, es así, pero todo es maltrato infantil. Cuando un niño o un menor es perjudicado por la violencia. Sea por la violencia de género, pero también hay otras violencias ejercidas sobre los menores que no son directamente causa de violencia de género y puede ser incluso causada por aquella persona que a su vez no ha recibido ninguna violencia de género por parte de su pareja. En cualquier caso, tanto en un caso como en el otro, es una violencia ejercida sobre los menores y es algo que hay que atajar. Quizá la pregunta que nos deberíamos de hacer es: ¿Por qué sigue existiendo violencia contra los menores?

Por último, quiero decir que independientemente de que fallara ese sistema, espero —no sé si el portavoz del Grupo de Ciudadanos podrá constatarlo o no— que a raíz de ese fallecimiento el proceso judicial empezaría o seguiría o se iniciaría o tendría por lo menos un camino, ya que por lo que la vida de esa niña nunca va a poder ser recuperada, por lo menos judicialmente se resarza ese hecho que ocurrió. Nosotros estamos de acuerdo con la denuncia de lo que ha ocurrido, pero no nos gusta del todo las medidas que proponen para solucionarlo. Por tanto, mi grupo se abstendrá. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Agirretxea.

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

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: En la Comisión de Infancia que existe en el Congreso se está trabajando justamente sobre este tema. Nos ha sorprendido un poco que se trajera esta PNL a la Comisión de Sanidad. De hecho en el Pleno ya se aprobó a instancias de Save the Children elaborar una ley para erradicar cualquier tipo de violencia contra la infancia. Esto se está trabajando en la Comisión de Infancia, como digo, coordinándonos con la sociedad civil. Desde luego, todo lo que sea mejorar los protocolos nos parece un avance, pero teniendo en cuenta que se está trabajando en un proyecto de ley, creemos que es ahí el lugar. También habría que preguntarse por qué se producen estos hechos que además son muy frecuentes. Decía antes el señor Igea que un caso es más que suficiente, pero es que no es un caso, teniendo en cuenta que el maltrato infantil y la violencia contra los menores de edad es una cosa que se denuncia bastante poco, los datos que tenemos de 2015, aprovecho para repasarlos, porque me parecen escandalosos. Además me parece escandaloso que también ahí las niñas sean las que se llevan la peor parte. Los datos de 2015 que tenemos dicen que los malos tratos en el ámbito familiar afectaron a 3800 menores de edad, de los cuales 2500 eran niñas. Hubo intento de asesinato a 50 menores, de los cuales 20 murieron. Ataques sexuales de diversa índole a 3900 menores de edad, de los cuales 3100 eran niñas. En esto me parece muy a resaltar que de todos los delitos sexuales que se produjeron en 2015, el 48% iban dirigidos a menores de edad. También me parece muy irónico, en el sentido más trágico de la palabra irónico, que estos hechos que relata el señor Igea comenzaron el día 11 de julio y precisamente ese día fue cuando todos los partidos que estamos aquí presentes presentamos un escrito a la Mesa del Congreso pidiendo que se empezara a trabajar en esta ley para erradicar la violencia contra la infancia y dábamos un plazo de doce meses. Obviamente para esta niña el plazo ha sido demasiado largo y para otros tantos que están esperando por ello. Tenemos muchas esperanzas puestas en los trabajos de la Comisión de Infancia que esperemos que se agilicen todo lo posible y que esto se pueda reducir, si no eliminar todo lo que se pueda.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora De la Concha.

Señor Igea, ¿Acepta la enmienda del Grupo Popular o van a hacer una transaccional?

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 22

El señor **IGEA ARISQUITA**: Vamos a hacer una transaccional con las enmiendas del Grupo Popular y del Grupo Socialista que vamos a realizar y la enviaremos a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Esperamos para la hora de la votación.

### — SOBRE LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002386).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al que era 8.º punto del orden del día original, que es la proposición no de ley sobre la financiación del sistema de autonomía y atención a la dependencia, del Grupo Parlamentario Socialista, y para su defensa tiene la palabra la señora Ramón.

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

Quiero decirles que nos ha parecido necesario y de forma imperiosa presentar esta proposición no de ley para su debate, y si así lo consideran sus señorías su aprobación en esta Comisión, porque después de que hemos tenido ya conocimiento y se ha ultimado el informe de la Comisión para el análisis de la situación actual del sistema de dependencia sobre su sostenibilidad y los actuales mecanismos de financiación que, como recordarán sus señorías, ha sido a instancia del acuerdo adoptado en la Conferencia de Presidentes celebrada en enero de 2017. Nos ha parecido importante, como decía, traer esta iniciativa puesto que en este informe entre otros muchos aspectos se pone de manifiesto que las leyes deben de estar y están para ser cumplidas y en este caso el Gobierno del Partido Popular no está cumpliendo la ley. Cuando apenas hemos celebrado el 10.º Aniversario de la aprobación de esta ley el balance que hacemos la mayoría de los grupos políticos, así como todos los colectivos, asociaciones y plataformas sociales, la verdad es que no puede ser más desolador. La conclusión es que durante estos años el Gobierno del Partido Popular ha atacado y debilitado el sistema con sus reformas y con los recortes presupuestarios que ha llevado a cabo durante estos años. El primer acuerdo, como recordarán, fue demorar el periodo de implantación de esta ley, paralizaron el calendario y eliminaron la partida correspondiente al nivel acordado que ascendía a 283 millones. El pernicioso real decreto 2012 introdujo muchas modificaciones en la regulación que había del sistema de atención a las personas en situación de dependencia, además de forma totalmente unilateral y quiero recordar que la aprobación de esta ley desde el inicio contó con un apoyo muy importante. Destacan entre estas modificaciones la reducción del 13% de la aportación de la Administración General del Estado para la financiación del nivel mínimo, el recorte del 15% en la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, la eliminación de las cuotas de Seguridad Social de las cuidadoras —y hablo en femenino, porque la inmensa mayoría son mujeres no profesionales— que afecta a unas 180 000 personas. Además de introducir una serie de incompatibilidades entre las prestaciones que el sistema reconocía, así como el incremento del copago. En líneas generales este es el balance tan desolador de estos últimos años. Ha habido un gran retroceso en la financiación estatal del sistema, mientras que también ha caído la aportación finalista de la Administración General del Estado y se ha incrementado la aportación de las comunidades autónomas. Esto no lo digo yo, lo dice el informe de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales y, lo que es más relevante y más significativo, lo dice el informe que, insisto, recientemente ha visto la luz pública, y que han hecho con la colaboración y participación de todas las comunidades autónomas. Este informe, entre otras cosas, pone de manifiesto y reconoce que la aportación que corresponde a la Administración General del Estado no representa más del 20% del coste total del sistema de dependencia. También reconoce que las comunidades autónomas están soportando ya más del 80% de la financiación. La importancia de este informe es que cuantifica por primera vez el impacto económico que han producido los recortes de la Administración General del Estado desde 2012 a diciembre de 2016. A partir de la supresión del nivel acordado, recuerdo nuevamente 283 millones de euros menos cada año, y la reducción del 13% menos en el nivel mínimo. La Administración General del Estado tenía que haber aportado 1 700 000 euros más cada año. Es necesario modificar el sistema de financiación en el que se mantenga el carácter finalista y que tenga en cuenta el coste de los servicios y de las prestaciones.

Quiero también resaltar que según el informe de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales la diferencia de la financiación con respecto al año 2011 es de más de 2 000 millones de euros. Sin tener en cuenta, repito, la cotización de las cuidadoras en el entorno familiar. Son 2 000 millones de euros menos cuando en teoría estamos atendiendo a más personas en situación de dependencia. Estas

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 23

cuentas la verdad es que no me cuadran a no ser que lo que estemos haciendo sea devaluando la calidad de los servicios que se están prestando.

La Ley de Dependencia ha sido modificada, como he dicho, a través de reales decretos sin el consenso del Consejo Territorial, por lo que nos parece imprescindible que las modificaciones en la ley se introduzcan a través del Congreso de los Diputados y al menos cuente con el mismo consenso que obtuvo la aprobación de la ley. El Grupo Socialista en esta proposición de ley se ha querido centrar fundamentalmente en la financiación del sistema de la dependencia. Creo que el Gobierno no tiene ninguna excusa más. Está el informe, que reconoce la falta de financiación del sistema, y lo que urge de manera imperiosa es a financiar adecuadamente el sistema para eliminar la lista de espera y reponer también la cotización a la Seguridad Social de las cuidadoras, que es un clamor de todos los colectivos.

Por último, en cuanto a las enmiendas que se han presentado a esta iniciativa nuestra que concretamente ha sido de Podemos. Queremos, como he dicho, plantear esta iniciativa solo en términos de financiación y de reestablecer los derechos y los recortes que el Gobierno del Partido Popular ha hecho durante estos años. Consideramos —y vuelvo a repetir— que ha habido mucho consenso, que lo importante y lo fundamental es recuperar de inmediato los derechos que han sido recortados y, a partir de este momento, si podemos seguir avanzando, avancemos con el consenso que al menos obtuvo la ley en el momento de su aprobación. Muchas gracias.

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

Precisamente para defender esas enmiendas, por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Marcello.

La señora **MARCELLO SANTOS**: Muchas gracias, presidente.

Hoy el Grupo Socialista nos propone que debatamos sobre la financiación del sistema de autonomía y atención a la dependencia y agradecemos mucho la propuesta que nos traen porque a nuestro grupo nos parece de vital importancia abordarlo. Ya que desde hace diez años que es desde que se aprobó esta ley vemos como el Partido Popular lleva haciendo hachazo tras hachazo en los Presupuestos Generales del Estado dotándolo con una financiación ínfima a la atención de las personas en situación de dependencia relegándolo al existencialismo, a la beneficencia, como también hacen ya con los Servicios Sociales. Fue determinante cuando en el año 2012 el Partido Popular no solo paralizó ya el calendario de aplicación de la Ley de Dependencia, sino que daba el hachazo final a la atención a las personas en situación de dependencia cuando dejó desamparadas ya a todas las personas, a todas las cuidadoras no profesionales, planteando que ya no solo no podrían ni tener siquiera la Seguridad Social y rompió también el acuerdo de financiación Estado-comunidades autónomas donde había un inicio que el acuerdo sería 50 a 50, Estado y comunidades autónomas, y a la hora de la verdad el Estado aporta el 18,1% y las comunidades autónomas el 81,9%. Declara también otra cosa que a las trabajadoras y a todo el personal de Servicio Social nos parece una verdadera aberración que es declarar la incompatibilidad de los servicios. Empezaron a decir a los usuarios que si tenían servicio de ayuda a domicilio no podían acudir tampoco a un centro de día. Aumentó el copago —el repago, como a nosotros nos gusta más llamarlo—; eliminó, como decía, las cuotas de la Seguridad Social; anuló el derecho a poder seguir con una subida de la cuantía y a reconocer el derecho por la baja de paternidad y maternidad, que es en esa línea donde iban nuestras enmiendas.

Por estas medidas de austeridad, que el Partido Popular tendrá que reconocer y pedir perdón en algún momento, más de 171 000 personas cuidadoras no profesionales se han visto desamparadas con estos recortes y más de 350 000 personas se encuentran en lo que llamamos el limbo de la dependencia, que a pesar de que tengan reconocido por ley el poder beneficiarse de unos recursos o unos servicios, directamente no se les aplica esos servicios ni esos recursos. Durante estos diez años que lleva aplicándose esta ley han desoído a todos los profesionales de la Sanidad y de los Servicios Sociales cuando ya desde sus inicios de esos recortes de austeridad planteamos que era una verdadera aberración. Creemos que es urgente empezar a hacer una remodelación y hablar del modelo de cuidado que nosotros queremos hacer para la atención a las personas en la situación de dependencia y hacerlo desde una visión de género cuando planteaba, igual que decía la compañera del Grupo Socialista, que el 85% de las cuidadoras no profesionales siempre somos mujeres. Creo que es momento de garantizar servicios y recursos públicos y de calidad, pero financiación vía Presupuestos Generales del Estado y hacer posible una atención integral a las personas en situación de dependencia, solicitamos una vez más al Partido Popular que deje de hacer una política verdaderamente criminal, que es lo que está haciendo con las

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 24

personas en situación de dependencia, porque 90 personas al día fallecen esperando la Ley de Dependencia. Es el momento de afrontar una reforma de la Ley de Dependencia de manera urgente, está en juego la vida de cientos de miles de personas. **(Aplausos)**.

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

Para fijar la posición de los grupos, empezando por el Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Alli.

El señor **ALLI MARTÍNEZ**: Señor presidente, tengo la sensación de estar continuamente en un debate absolutamente absurdo. No tiene sentido que el Grupo Socialista critique unos recortes, cuando todos tenemos cierta memoria para saber con lo que nos encontramos en 2011 en las arcas de este país, especialmente con relación a la dependencia. ¡Basta ya de buscar a un culpable! No creo que haga falta recordar la deuda que había con la Tesorería de la Seguridad Social, en materia de la prestación de los cuidadores. Del mismo modo, quiero recordarle al Grupo de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea —con todos mis respetos— que sobre todo es competencia autonómica. Ustedes están gobernando en Castilla-La Mancha y, por tanto, alguna responsabilidad tendrán en la gestión que se hace en materia de dependencia. Otra cosa distinta será la cuestión que se ha hecho en esta proposición no de ley. Yo no quiero hacerme enemigo de nadie, pero hay que ser justos y en la justa medida hacer el debate que tenemos que hacer. Yo creo que ya está bien de mirar al pasado, lo que tenemos que hacer es mirar especialmente al presente y al futuro. El presente es que si todos están diciendo actualmente que hay... **(Rumores)**.

El señor **PRESIDENTE**: Ya siento lamentar la buena sonoridad de la sala, pero es que cualquier susurro se convierte en un trueno, atruena. Por tanto, hablemos un poquito más en susurro, si hace falta. Ya sé que están negociando y pactando, pero es que se hace difícil seguir al orador.

El señor **ALLI MARTÍNEZ**: Uno de los sufridores de ese Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, fuimos los navarros, a quienes tengo el orgullo de representar como Unión del Pueblo Navarro. Al derogarse los artículos 32 y 33 de la Ley 39/2006, y derogarse definitivamente el nivel acordado, como bien ha dicho el Grupo Socialista, Navarra ha dejado de percibir en ese nivel acordado 10,1 millones de euros. Esa crítica se la hicimos en 2012, al igual que la hicimos en la comparecencia de la señora ministra.

Ahora bien, si ahora estamos en una situación de mejoría económica me gustaría que si hubiera financiación suficiente fuéramos a un nivel anterior a ese real decreto de 2012 y que se financiaran suficientemente las prestaciones económicas, en este caso, la Ley de Dependencia.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Alli.

Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra el señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Con el tema de la Ley de Dependencia fuimos críticos desde el minuto uno y seguimos siéndolo en el minuto que estemos ahora, esté quien esté gobernando. Cuando el Partido Socialista propuso este tema, independientemente de crear un derecho subjetivo nuevo y poder estar de acuerdo en algunas cuestiones o no, había un asunto fundamental: que era una invasión competencial pura y dura de lo que correspondía a la Comunidad Autónoma del País Vasco. Ahora el punto 3 de su propuesta dice: «Las aportados de la Administración General del Estado por los niveles de financiación mínimo y acordado deberán ser equivalentes a las realizadas por las comunidades autónomas». No será la primera vez que lo planteamos, más de una vez hemos hecho aquí incluso una interpelación.

¿Qué es lo que estaba ocurriendo? Estaba ocurriendo que la Administración General del Estado no estaba dando la parte que le correspondía y las comunidades autónomas, en el caso de Euskadi las diputaciones forales que son las competentes, aparte de dar su parte también adelantaba la parte del Estado español, porque el ciudadano cuando va a la ventanilla exige el servicio a quien se lo da, pero no pregunta quién lo está pagando o quién no lo está pagando. Es decir, la diputación no da la mitad del servicio, porque el Estado no paga la mitad correspondiente. Por tanto, ante esta situación he de decir que es algo que hemos reclamado y que seguiremos reclamando. Sé que en algunos lugares es a la inversa: el Estado es el que está dando el 25 %, y la comunidad autónoma no está poniendo apenas nada. Por tanto, aquí la fiesta es según por dónde se mire y las carencias son según quien las mire, de donde las mire.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 25

En cualquier caso, podemos estar de acuerdo en algunas cuestiones, pero como hemos sido críticos con el desarrollo de esta ley, así como con su falta de financiación desde el principio, nos vamos a abstener.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Agirretxea.

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

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

Los últimos estudios sobre el SAAD, el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, coinciden en muchas cosas, como que estamos por debajo de la media de la OCDE en atención a los mayores de sesenta y cinco años, pero, sobre todo, coinciden en las grandes diferencias regionales, tanto en financiación y valoración como en ese limbo de la dependencia que se crea con aquellos a quienes ya se les ha reconocido el derecho, pero aún no se les ha dado la prestación. Es tal la diferencia que un ciudadano tiene más del doble de probabilidades de acceder al SAAD, en función de la comunidad autónoma en la que resida. Por tanto —continúan estos mismos estudios—, es imprescindible no solo eliminar la incertidumbre financiera sino acabar con las diferencias territoriales.

En la exposición de motivos de la Ley de 2006 ya se configuraba como un derecho subjetivo basado en los principios de universalidad y equidad. Por eso —continuaba la exposición—, para garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos, que es lo que dice el artículo 149 de la Constitución, se dictaba la ley. El Grupo Socialista parece recoger esta preocupación por la falta de equidad en su proposición no de ley. Por eso proponen una financiación finalista en la parte que corresponde al Estado, pero también posiblemente en la financiación que dediquen a la dependencia las comunidades autónomas. Esto es fácil de entender, así todas las comunidades dedicaran el mismo porcentaje del gasto sanitario a dependencia, ya que si unas tienen distinto gasto sanitario por habitante, dedicarán más o menos en función de lo que es y se romperá la equidad. Nos parece, por tanto, muy bien esa financiación finalista y votaremos a favor, porque no tiene sentido esas diferencias regionales.

Esta propuesta vuelve a poner de manifiesto la incoherencia del proponente y la de la mayoría de los partidos con la votación que se produjo en la moción del miércoles. En aquella propuesta nos preocupábamos del mismo modo que en esta proposición no de ley por la igualdad, en ese caso del sistema sanitario, y proponíamos medidas para atenuar o acabar con esas diferencias, entre otras, tener una cartera común de servicios o propiciar tener esa cartera común de servicios y una financiación equitativa. Sin embargo, nos quedamos solos. Es más, la falta de equidad e igualdad se llegó a calificar como diversidad. Se encontró algo muy bonito: la falta de equidad es diversidad. Bueno, pues eso es lo que hubo tan sorprendente. Nosotros no vamos a hacer política así, nosotros vamos a votar a favor de esta proposición no de ley, sencillamente porque nos parece razonable, independientemente de quién la proponga. Nos permitimos aconsejar, para finalizar, que para que se incluyan partidas finalistas en los presupuestos generales se participe en la negociación de los Presupuestos Generales del Estado, que es lo que nosotros hacemos y con lo que nosotros conseguimos modificarlos e incluir, entre otras cosas, mayores partidas sociales.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Navarro.

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

La señora **NAVARRO LACOB**A: Muchas gracias, presidente.

En primer lugar, para poder hablar del tema de la financiación de la dependencia, les pediría memoria y seriedad. Me voy a referir a los titulares del año 2011, de cómo estaba el sistema de la dependencia: colapsado, un sistema injusto, un funcionamiento desordenado, una aplicación poco transparente, falta de control y falta de dinero —así lo decía su periódico de cabecera El País en el año 2011—. Si quieren también se lo digo en euros: 1034 millones de euros de cotizaciones a la Seguridad Social de cuidadores familiares que no pagaron nunca, amén de otras deficiencias del sistema de la información y otras duplicidades que hacían un agujero de más de 50 millones de euros cada ejercicio presupuestario. Asimismo, las previsiones de financiación del sistema superaron en sus previsiones iniciales en más de 2700 millones de euros. Además, había prácticas que hacían en cada comunidad autónoma, como por ejemplo en la mía en Castilla-La Mancha, donde se decía que los dependientes costaban 20 millones de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 26

euros, cuando realmente se destinaban a dependencia 140 millones de euros, facturas que guardaban en los cajones.

¿Quieren que hablemos de recortes? Pues vamos a hablar de recortes. El primer recorte fue de 234 millones de euros y lo hizo el Partido Socialista en el Gobierno en el año 2011 a los dependientes. Además, si quieren hablamos de recortes actuales, como los que hacen ahora también en mi tierra: 3900 prestaciones menos a los dependientes en dos años de Gobierno del Partido Socialista. Hoy el Partido Popular ha garantizado la sostenibilidad del sistema de la dependencia; lamento que a ustedes les pese, pero es así. Ya no pueden monopolizar la bandera de lo social, porque señorías de la izquierda —PSOE y Podemos— ya no engañan a ningún español. Tenemos el mayor sistema de cobertura: el 88% de grandes dependientes y dependientes severos y el 50,4% de los dependientes de grado uno. Resolvemos expedientes en una media de cuarenta y nueve días en todo el territorio español. Tenemos el mayor número de prestaciones en la calle atendiendo a personas y dando servicio: 1 140 539 prestaciones. Además, hemos incrementado en doce puntos los servicios profesionales. ¿Y saben en qué ha repercutido todo ello? Ha repercutido en 500 000 nuevas altas en el sistema de la Seguridad Social.

¿Quieren que hablemos de la financiación de la dependencia? Pues también hablamos de financiación. Esto es lo que dice en su informe el Tribunal de Cuentas, no lo dicen las entidades amigas del partido sino el Tribunal de Cuentas. El Gobierno de España cumple con la financiación del 50% y con su cuantía del 50%, tal y como dice la ley de 2006. Además, lo dice tanto en su nivel mínimo (les recuerdo que aumentamos 100 millones de euros en los pasados Presupuestos Generales del Estado, que votaron en contra, pero que nuevamente tendrán la oportunidad en estos presupuestos de 2018 de demostrar que su compromiso es con los ciudadanos y no siempre en contra del Partido Popular), como también en el sistema de financiación de las comunidades autónomas, en donde el esfuerzo del Gobierno de España ha quedado demostrado porque también lo dice el Tribunal de Cuentas —sistema de financiación que aprobó el Partido Socialista en el año 2009—.

Si quieren que hablemos ahora de una financiación finalista en materia de dependencia, también podremos hacerlo si ustedes votan a favor de esta financiación de las comunidades autónomas. Es mucho mayor el esfuerzo del Gobierno central, que el de las comunidades autónomas. ¿Saben por qué? Porque de los Gobiernos de las comunidades autónomas no tenemos datos. Aun así, la comisión interterritorial ya elaboró el informe técnico...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Navarro, debe concluir.

La señora **NAVARRO LACOPA**: ... el pasado día 19. Ese debe de ser el punto de partida para empezar a hablar de modificaciones de la legislación de la dependencia, especialmente en materia de financiación.

Muchas gracias. (Una señora diputada: ¡Muy bien!—Aplausos).

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

Señora Ramón, a efecto de votación, ¿acepta o no la enmienda?

La señora **RAMÓN UTRABO**: No, no aceptamos la enmienda.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo, se votará en sus términos.

### — RELATIVA A HOMOGENEIZAR EL PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002413).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al 9.º punto del orden del día: proposición no de ley relativa a homogeneizar el procedimiento de reconstrucción mamaria en todo el territorio nacional, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra la señora Cabezas.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Gracias, presidente.

Buenos días, señorías. El Grupo Parlamentario Popular registró el 19 de octubre, Día Mundial del Cáncer de Mama, una proposición no de ley para homogeneizar el procedimiento de reconstrucción mamaria en todo el territorio nacional para su debate en esta Comisión. Señorías, a todos nos preocupa esta patología: el cáncer de mama. Bien es cierto que en el 90% de los casos si se detecta a tiempo tiene

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 27

alta posibilidad de cura, mejorando así el pronóstico y calidad de vida de las mujeres que lo sufren. Cada año se diagnostican en España 25000 mujeres con cáncer de mama, de las cuales alrededor del 65 % se les practica una mastectomía. Solo un 30% de estas mujeres —unas 4800— son operadas para la reconstrucción mamaria, y de ellas únicamente el 40 % —1920 mujeres— de forma inmediata, es decir, en la misma intervención en las que se le extirpan las mamas.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización recoge en sus anexos como parte de la cartera de servicios comunes la reconstrucción mamaria. La reconstrucción de la mama tras un cáncer es uno de los procedimientos quirúrgicos actuales dentro de la cirugía plástica más seguros y gratificantes para la paciente. El desarrollo de nuevas técnicas posibilita al cirujano plástico crear una mama muy similar en forma, textura y características a la no operada. Además, en la mayoría de los casos es posible hacer la reconstrucción, a la vez que extirpa la mama, evitando a la paciente la experiencia de verse mastectomizada. Sin embargo, el procedimiento empleado para la reconstrucción mamaria es muy dispar, según las comunidades autónomas e incluso son diferentes en los hospitales de una misma región. Además, en muchos casos las mujeres mastectomizadas se enfrentan a largas listas de espera en hospitales para la reconstrucción de su pecho.

Señorías, tenemos la gran suerte de contar con un sistema nacional sanitario como el español, contamos con excelentes profesionales cuya labor ha sido esencial para que España esté a la cabeza de Europa en esperanza de vida y haya reducido el riesgo de mortalidad por cáncer. En los últimos años se ha actualizado la cartera de servicios con nuevas técnicas y procedimientos preventivos de diagnóstico y terapéuticos. Por primera vez se ha introducido en la cartera el cribado de cáncer de colon y se han unificado los criterios del cribado de cáncer de mama y cérvix. Señorías, tenemos que seguir dando batalla frente al cáncer, en concreto el cáncer de mama, sobre todo, pensando siempre en quienes lo sufren: las mujeres, sus familias y sus parejas.

El pasado mes de mayo se aprobó por unanimidad en esta Comisión una iniciativa para incluir en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud la micropigmentación para la reconstrucción de areolas en las mujeres sometidas a mastectomías. Una iniciativa que está siendo objeto de estudio por parte del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas, que concluirá con un informe de evaluación sobre su seguridad, eficacia y eficiencia y que finalmente se elevará al consejo interterritorial para su ratificación. Asimismo, como exponemos en la presente iniciativa, también consideramos necesario homogeneizar en todo el territorio español el procedimiento de reconstrucción mamaria y que se realice siempre que se pueda de forma inmediata. Con ello queremos evitar casos como los ocurridos en mi comunidad, Andalucía, ya que una mujer puede llegar a esperar entre dos o tres años para una reconstrucción mamaria. Vivamos donde vivamos las mujeres queremos y necesitamos el mismo trato en nuestro sistema nacional sanitario, sin olvidarnos que las competencias en sanidad están en las comunidades autónomas.

Voy concluyendo. Desde mi grupo parlamentario deseamos que esta iniciativa sea un paso más hacia la lucha contra el cáncer de mama, así como esperamos contar con el apoyo de todos los grupos parlamentarios en esta Comisión. También quiero agradecer a los grupos parlamentarios que han presentado enmiendas, porque aceptaremos algunas. Estamos preparando una transaccional, por ese gran trabajo que indudablemente va a enriquecer esta iniciativa que presentó el Partido Popular el pasado 19 de octubre.

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Hay dos grupos que han presentado enmiendas. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

La diversidad enriquece, así se nos contestó la semana pasada a nuestra propuesta de equidad en el Sistema Nacional de Salud. Pues este es uno de los casos en los cuales la diversidad no enriquece, porque la reconstrucción mamaria como una diversidad, al igual que otras muchas prestaciones, enriquece a quien tiene mejores niveles de calidad, mejores niveles quirúrgicos, pero no enriquece a las pacientes que no tienen acceso a esas prestaciones. Desgraciadamente no es así, no les enriquece. Es verdad que esa diversidad está originada por diferentes prácticas y por distintas maneras de gestionar, pero también es cierto que lo es porque los sistemas de salud tienen diferente financiación, con diferencias lo suficientemente elevadas como para que en unos sitios se pueda contar con cirujanos plásticos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 28

reparadores en todos los centros, y en otros no se pueda contar con cirujanos plásticos reparadores. Así que, señores del Partido Popular, bienvenidos al club. Nosotros votaremos a favor naturalmente, nada para Ciudadanos como homogeneizar y acabar con las inequidades, que son asunto diferente de las diversidades.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Igea.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Guinart.

La señora **GUINART MORENO**: Gracias, presidente.

Cada año se diagnostican en España unos 25000 nuevos casos de cáncer de mama, más del 60 % de las mujeres que lo padecen, unas 16000 en total, acaban requiriendo una mastectomía y entre las mujeres que han sufrido una extirpación de la mama, solo el 28 %, unas 4500 se la reconstruyen, siempre que esté clínicamente indicada. Son datos facilitados por la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética, Secpre. Recientemente tuve ocasión de participar en una mesa redonda organizada por la referida sociedad y en esa mesa se llegó a varias conclusiones. La necesidad de acceso en plano de igualdad a los recursos sanitarios es evidente y estamos de acuerdo, aunque el objetivo no es tanto homogeneizar territorialmente el procedimiento, sino mejorar la calidad y empoderar a las pacientes, estén donde estén, las atiendan donde las atiendan.

Una de las conclusiones a las que se llegó en la mesa de Secpre fue sobre la necesidad de optar por la cirugía conservadora cuando sea posible, y cuando no, priorizar la reconstrucción mamaria inmediata, esto es, la que se realiza en el mismo acto quirúrgico en que se extirpan las mamas. Eso debería ser siempre así, siempre que una reconstrucción inmediata esté clínicamente indicada. De ese modo se evitan secuelas psicológicas importantes a las pacientes, ya que nunca se verían sin las mamas.

Otra conclusión importante fue la necesidad de hacer partícipes a las mujeres con cáncer de mama en las decisiones sobre su tratamiento y opción reconstructiva, teniendo en cuenta sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales. Por eso en la enmienda que presentamos recogemos también este extremo y reclamamos que el acuerdo que se alcance entre Gobierno y comunidades autónomas incluya recomendaciones para promover decisiones compartidas entre paciente y equipo terapéutico, unas decisiones que se basarán en la información sobre las opciones terapéuticas, pronóstico y riesgo terapéutico.

Hace unos meses aprobamos en esta misma Comisión, ya se ha dicho, una iniciativa que recogía otra necesidad, la de incluir de manera efectiva y expresa en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud la micropigmentación de areolas. Entonces Secpre se felicitó ya por la iniciativa presentada y aprobada a instancias del Grupo Socialista y reclamó incluso la creación de unidades de micropigmentación de areola y pezón, integradas en los servicios de cirugía plástica de los hospitales públicos. Una vez más recogemos esa demanda y consideramos que la reconstrucción mamaria debe incluir siempre la oferta de micropigmentación de areolas y es que volviendo a las estadísticas facilitadas por Secpre únicamente se realiza esta práctica que completa la reconstrucción mamaria entre el 30 y el 40 % de las 4500 mujeres a las que se reconstruye anualmente la mama en España; muy pocas, en definitiva. Por tanto, el Consejo Interterritorial de Salud debería abordar cuanto antes esta cuestión.

Finalmente, quería dar las gracias al Grupo Parlamentario Ciudadanos porque recoge en sus enmiendas un tema que es objeto de una proposición no de ley ya registrada hace unos días por el Grupo Parlamentario Socialista, el de la alopecia secundaria consecuencia de tratamientos para el cáncer. Aunque nosotros hablemos del acceso a prótesis capilares para paciente oncológicos en general, no solo para las pacientes de cáncer de mama, les daba las gracias porque cuando debatamos nuestra proposición no de ley considero que ya contamos con la aprobación del Grupo Ciudadanos.

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

A continuación turno de fijación de posición de los grupos. Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), señor Agirretxea. **(Denegación)**.

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

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

En primer lugar, estoy un poco sorprendida por el debate que se está dando ahora mismo con esta proposición no de ley, porque parece que estamos en un debate sobre una propuesta que no es la que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 29

estamos discutiendo en este momento. El punto que concretamente pide el Grupo Parlamentario Popular es muchísimo más conciso y menos concreto de lo que ahora mismo están comentando los portavoces del Grupo Socialista y del Grupo Ciudadanos. No sé si la razón es que puede haber otros debates de otras proposiciones no de ley que están por venir, que nos parecen bien también y que las debatiremos en su momento.

Respecto a esta proposición no de ley me gustaría decir que falta concreción y que, en ese sentido, lo mismo podríamos votar una cosa, que la otra. Nos parece bien que se dialogue en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pero nos preocupa también cuál es el objetivo que hay detrás de esta intención. Por una parte, no tendríamos ningún problema con que se homogeneizasen las técnicas, pero, por otra, también nos preocupa que este no sea el objetivo final. Estamos seguros de que si la intención es acabar con esas inequidades que existen en el Sistema Nacional de Salud en España, tal como comentaba ahora mismo el portavoz de Ciudadanos, sería mucho más útil probablemente si nos centrásemos en las listas de espera, que sabemos que existen en las diferentes comunidades autónomas y que no tienen que ver con algo que no podamos solucionar. Aunque las competencias en sanidad son a nivel estatal, estoy convencida de que este tema de terminar con las listas de espera, también para las reconstrucciones mamarias, lo podríamos debatir en el consejo interterritorial para que no tuviésemos estas desigualdades que a día de hoy existen. Más bien pensamos que esto tiene que ver con un intento que hemos encontrado en otras iniciativas estos días, tanto por parte del Grupo Popular como por parte del Grupo Ciudadanos, de recentralizar todo lo que tiene que ver con el Sistema Nacional de Salud y en general con las políticas sociales. Estamos bastante preocupados con este tipo de iniciativas.

Aunque votaremos a favor no me gustaría terminar mi intervención sin decir que es bastante sorprendente que aparezcan este tipo de iniciativas, porque justo cuando era el Día contra el Cáncer de Mama y todas nos poníamos el lacito rosa en el Pleno para celebrar que estábamos en contra del cáncer de mama, al mismo tiempo el señor ministro Montoro declaraba a Bruselas que íbamos a tener un mínimo de gasto social. Por tanto estamos a favor, pero igual podríamos estar absteniéndonos en esta proposición no de ley, porque la verdad es que no dice prácticamente nada. Nos encantaría que se terminasen las desigualdades en el Sistema Nacional de Salud, pero esto no tiene que ver con la cuestión territorial sino con cuestiones económicas, que como siempre nos separan enormemente del Partido Popular.

Muchas gracias.

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

Señora Cabezas, esperamos la transacción que nos ha anunciado para votar.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Sí, la transaccional la presentaremos en cinco minutos.

Gracias.

### — RELATIVA AL CRIBADO NEONATAL DE INMUNODEFICIENCIAS COMBINADAS GRAVES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001768).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a debatir el 4.º punto, y último, del orden del día: proposición no de ley relativa al cribado neonatal de inmunodeficiencias combinadas graves, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra la señora Angulo.

La señora **ANGULO ROMERO**: Las inmunodeficiencias primarias son un grupo de más de trescientas enfermedades causadas por defectos heredados de componentes del sistema inmunitario. La inmunodeficiencia combinada grave es una enfermedad congénita que afecta a la salud de los niños. Los bebés nacidos con esta inmunodeficiencia no tienen inmunidad celular o humoral y son incapaces de combatir infecciones graves causadas por virus, bacterias u hongos. Los pacientes son generalmente asintomáticos hasta la edad de entre dos a seis meses y su tratamiento curativo consiste, en la mayoría de los casos, en el trasplante de progenitores hematopoyéticos, algo que permite el desarrollo de una vida normal a la mayoría de los afectados y que puede depender también en buena medida de en qué edad se efectúa el diagnóstico. La supervivencia tras este trasplante en los últimos años ha sido alta, pero la detección precoz, fundamentalmente en los primeros tres meses y medio de vida, puede aumentar el éxito de tratamiento y con ello la esperanza de vida.

En nuestro sistema los cribados constituyen un pilar importante dentro de las actuaciones de prevención y detección precoz en materia de salud pública. Todos coincidimos que la inclusión de una

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 30

técnica, procedimiento o prestación en la cartera común de servicios, tiene que ir acompañada de su evaluación sobre seguridad, eficacia y efectividad, siguiendo para ello el procedimiento establecido. Así, la cartera de la actualización de la cartera de servicios, conforme a este procedimiento, ha permitido introducir en estos últimos años, además de nuevos cribados para la población adulta, como el del cáncer del colon, unificar criterios de otros como el de mama o el de cervix, así como los cribados neonatales incluyendo estos siete enfermedades endocrino metabólicas que no voy a pararme a desglosar. Es decir, nuestro sistema sanitario está vivo, en constante evaluación y actualización y las autoridades sanitarias del sistema, todas —estoy segura—, trabajan para mejorar e incorporar las técnicas y procedimientos que evidencian una mejora para la salud de los ciudadanos, siempre —insisto— garantizando su calidad, evidencia científica, eficiencia y seguridad para los pacientes. Tanto es así, que en lo que respecta en esta materia el Ministerio de Sanidad creó la ponencia de cribado poblacional, órgano dependiente de la Comisión de Salud Pública como herramienta de apoyo a la toma de decisiones sobre los programas poblacionales de cribado y que permite además avanzar en la homogeneización de los programas implantados. Es decir, las decisiones en materia sanitaria se hacen pensando siempre en lo mejor para los pacientes y para al sistema, que al fin y al cabo vuelve a ser lo mejor para el paciente.

Estoy segura de que todos aquí, porque esto no es cuestión ni de ideologías ni de siglas, estamos sensibilizados con las necesidades de los ciudadanos en cuestiones de salud y con las expectativas de los pacientes, ya que los profesionales nos las explican y nos las dan a conocer, como en nuestro caso sucedió con la Asociación Española de pacientes con IDP, y más aún cuando hablamos de niños porque nadie es inmune *per se*, y menos por ideología o siglas, a la enfermedad, al dolor. Por eso nosotros queremos trabajar y avanzar con seriedad y serenidad. Podríamos hoy aquí centrarnos unos en hablar de presupuestos públicos o esfuerzo en la investigación, y otros poner el acento en diferencias o desigualdades; podríamos hablar de éxitos o de culpas, pero creo que nos equivocáramos. El Grupo Popular quiere intentar avanzar, no me cabe duda de que todos los que estamos aquí también, al igual que el ministerio y las administraciones sanitarias. Ya lo dijimos en el último Pleno, a raíz de esa moción que el portavoz el señor Igea ha nombrado en otro punto. Esa era nuestra intención, quisimos llegar a un acuerdo pero no fue posible en aquel momento. Insisto en que la actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es un proceso continuo en el que constantemente se evalúan y valoran técnicas, procesos y nuevos medicamentos que pueden ser incluidos en ella.

Con esta proposición no de ley el Grupo Popular solicita al Ministerio de Sanidad que, evidentemente, en coordinación con las comunidades autónomas inicie el correspondiente procedimiento de actualización para la inclusión del cribado neonatal poblacional de las inmunodeficiencias combinadas graves en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una enmienda, que habla de experiencias o proyectos en otras comunidades autónomas, que vamos a admitir que se adicione a esta PNL.

Señorías, solicitamos el apoyo de todos los grupos parlamentarios.

Gracias. **(Aplausos)**.

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

Para defender la enmienda del Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Alconchel.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero agradecer el trabajo realizado por Feder, la Asociación de Pacientes con Inmunodeficiencias Primarias y por la Organización Internacional de Pacientes con Inmunodeficiencias Primarias. Saben de la sensibilidad del Grupo Parlamentario Socialista con esta problemática, se lo hemos trasladado muchísimas veces y recientemente en las jornadas que se celebraron hace menos de un mes aquí en el Congreso de los Diputados, en las que fuimos anfitriones, donde se volcó muchísima información valiosa que tenemos que aprovechar para que se materialice en medidas concretas que permitan una vida más allá de la burbuja, tal y como decía el lema de dichas jornadas.

Existen más de trescientos tipos de inmunodeficiencias primarias. Una de las formas más graves, ya que llega a poner en peligro la vida de quien la padece, es la inmunodeficiencia combinada grave, porque los bebés que nacen con esta patología no tienen apenas inmunidad y no son capaces de combatir infecciones graves causadas por virus, bacterias u hongos por la ausencia de linfocitos. Es difícil conocer la prevalencia de estas enfermedades porque muchas de ellas no están diagnosticadas y hay que tener en cuenta que la detección tardía provoca infecciones atípicas, invasivas, recurrentes y potencialmente letales que, además, suponen un enorme gasto para el sistema sanitario. Pero lo más importante, y lo que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 31

no hace falta explicar, es el sufrimiento de los pacientes y de sus familias. La detección temprana resulta fundamental para su tratamiento y su buen pronóstico, porque los recién nacidos son asintomáticos durante las primeras semanas de vida, por lo que la prueba del talón resulta fundamental para el diagnóstico precoz, ya que permite el inicio del tratamiento de soporte y curativo mediante un trasplante de médula ósea o terapia génica que reponga sus linfocitos.

Nos congratulamos de que sean precisamente nuestros hospitales públicos, con financiación del Instituto de Salud Carlos III, los que hayan llevado a cabo un estudio piloto para detectar inmunodeficiencias primarias graves en recién nacidos, incluyendo el test en la prueba del talón. Así se ha hecho en Andalucía, donde especialistas de los hospitales universitarios Virgen del Rocío, Virgen Macarena y Valme iniciaron en 2014 un estudio piloto prospectivo clínico para valorar la oportunidad de incluir el cribado o identificación sistemática de estas inmunodeficiencias en los recién nacidos. Sevilla, Estocolmo y Leipzig, en Alemania, han sido las tres únicas ciudades europeas que han aplicado este programa piloto. El doctor Olaf Neth, que es la persona que está liderando este proyecto, advierte de que establecer el diagnóstico de forma precoz permite iniciar medidas preventivas, diagnósticas y establecer el plan de tratamiento. Todo ello repercute positivamente en el paciente, en su calidad de vida, porque se ha demostrado que el diagnóstico temprano aumenta la supervivencia del 40 al 90 %. En la actualidad, se está haciendo el cribado de inmunodeficiencia combinada grave a modo de prueba dentro del cribado neonatal implantado en Andalucía para determinar otras treinta patologías de nacimiento ya incluidas en la prueba del talón. Por otro lado, hospitales de toda España envían a la unidad de enfermedades infecciosas e inmunopatologías de pediatría del Virgen del Rocío muestras de sangre de niños con sospechas de padecer esta enfermedad.

El 21 de enero de 2017 se presentó ante la comisión andaluza de cribados la propuesta de incluir en el programa de cribados neonatal las inmunodeficiencias primarias combinadas graves. La comisión estimó que para que sea efectivo el diagnóstico precoz debe adecuarse el circuito actual de recogida y análisis de muestras del cribado neonatal de metabolopatías. Es por ello que en Andalucía la comisión de cribados está estudiando en profundidad la repercusión en el circuito actual de cribado de estos conocimientos para garantizar la factibilidad de la prueba y la efectividad del diagnóstico precoz. Además, en el Sistema Catalán de Salud se comenzó a aplicar el cribado neonatal el 1 de enero de 2017, culminando los estudios que la Secretaría de Salud Pública de la comunidad había iniciado hacía dos años. La inclusión de esta prueba va a ir acompañada de la definición del circuito asistencial de tratamiento rápido que incluirá la designación de una unidad de experiencia clínica de atención a enfermedades minoritarias. Por tanto, hay que estar pendientes de los resultados que se van obteniendo y de la evaluación de esta prueba diagnóstica recién implementada. Creemos que teniendo una prueba que está, por un lado, en fase de estudio en cuanto a su implantación en Andalucía, donde se han llevado a cabo los estudios piloto de manera coordinada con las dos ciudades de Suecia y de Alemania, y, por otro, recién implementada en Cataluña, lo lógico es aprovechar estos conocimientos de nuestros profesionales y especialistas en la materia para tener en cuenta la repercusión dentro del procedimiento actual del cribado neonatal de metabolopatías.

El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado la enmienda para que se tenga en cuenta este conocimiento acumulado en nuestro país, estando absolutamente de acuerdo con el objetivo de la proposición no de ley. Agradecemos al Grupo Popular que hayan aceptado nuestra enmienda, enriqueciéndola con el conocimiento de los grandes profesionales que tenemos en nuestro país.

Muchas gracias.

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

Para fijar la posición del Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

Agradecemos enormemente al Grupo Popular, especialmente a la señora Angulo, que hayan traído esta proposición no de ley a esta Comisión que nos permite demostrar que todos los grupos de la Cámara, sin excepción, están en contra de agilizar los procedimientos para la entrada en la cartera básica de servicios cada seis meses de aquellas prestaciones que hayan sido demostradas efectivas. Esto es así, porque exactamente este texto con el añadido de: Como es el caso del cribado de la inmunodeficiencia combinada severa, se votó punto por punto la pasada semana. Entiendo que si los grupos están a favor de la inclusión del cribado neonatal, de lo que estaban en contra era de la actualización de la cartera de servicios de manera semestral de aquellas prácticas que estén demostradas por la evidencia. Esta proposición no de ley nos permite, aparte de, naturalmente, votar a favor de la inclusión del cribado

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 32

neonatal de inmunodeficiencia, afirmar sin lugar a dudas que el resto de los partidos del arco parlamentario están en contra de la agilización, de la uniformización de la cartera de servicios. O es eso, o estamos ante un nuevo caso de trastorno disociativo de la personalidad del que hablábamos antes.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Igea.

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

La señora **BOTEJARA SANZ**: Me van a perdonar, pero es que no acabo de entender esta dinámica de funcionamiento. Vamos a ver. El día 23 de octubre nos reunimos cuatro partidos en la sala Clara Campoamor convocados por la Asociación Española de Déficit Inmunitario Primario. Allí se nos expuso, como ha dicho la compañera del Grupo Socialista, un programa piloto que se ha iniciado en el Hospital Virgen del Rocío. Allí estaba el autor y nos lo explicó magníficamente, pero también otros expertos estuvieron comentando las experiencias que ya existen. La inmunodeficiencia combinada grave indudablemente reúne todos los requisitos clásicos para estar dentro del cribado neonatal: es una enfermedad grave, es una enfermedad conocida, es una enfermedad que no es igual cuando se hace el diagnóstico de la patología en la fase que sea, es una patología que tiene medidas preventivas y tratamientos que se pueden utilizar y el coste que tiene es eficiente. Insisto en que reunía todas las características para estar dentro del cribado neonatal. Se decidió que ese era el camino y que en un año nos volveríamos a reunir para ver si definitivamente entraba en la cartera de servicio o no. Ahora resulta que nos traen una PNL, y seguro que dentro de dos meses nos traen otra. Ahora la trae el PP y dentro de dos meses seguro que Ciudadanos presenta otra. No lo entiendo. Con lo que allí se decidió, el Partido Popular tendría que tenerlo ya en trámite en el ministerio, porque ellos son los que lo dirigen y los que asumen la responsabilidad, y haberlo llevado al consejo interterritorial, que fue hace una semana, para que estuviera preparado. No entiendo que en vez de hacer esto se traiga aquí una PNL.

La Asociación Española de Cribado Neonatal se ha pronunciado muchas veces en el sentido de que no puede haber esa desigualdad entre las distintas comunidades. Si un niño nace en una comunidad autónoma se le hace un diagnóstico precoz de una patología, pero si nace en otra, se le hace otro con técnicas e identificación de patologías desiguales. En lo único en lo que coinciden todos es en un hipotiroidismo genético y en la fenilcetonuria primaria. No están unificadas las identificaciones de forma precoz en los neonatos.

Creo que se podría aprovechar esta solicitud para unificar el cribado neonatal. Por favor, no traigan más PNL en este sentido, hay que tramitarlo en el consejo interterritorial.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Hemos entendido que se aceptaba la enmienda del Grupo Socialista. Ordenamos un poco el tráfico de enmiendas y de transacciones y votamos en dos minutos. **(Pausa)**.

Vamos a proceder a votar las proposiciones tal como están en el orden del día. En primer lugar, votamos la proposición no de ley relativa a la priorización de la gestión directa del Servicio de Ayuda a Domicilio por parte de la Administración local. Se vota según los términos de la iniciativa del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea con la incorporación de la enmienda del Grupo Socialista.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 14; abstenciones, 5.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la PNL relativa a la creación de un plan nacional de prevención contra el suicidio, que se vota según una enmienda transaccional que han firmado el Grupo Parlamentario Popular, el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el Grupo Parlamentario Socialista, el Grupo Mixto y el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

**Efectuada la votación, dijo**

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

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 367

14 de noviembre de 2017

Pág. 33

Votamos la proposición no de ley relativa al cribado neonatal de inmunodeficiencias combinadas graves en los términos de la iniciativa con la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

### **Efectuada la votación, dijo**

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

Se vota ahora el punto quinto, proposición no de ley sobre la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que se va a votar según los términos de la iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista con la enmienda del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

### **Efectuada la votación, dijo**

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

Pasamos a la votación del sexto punto, proposición n de ley relativa a la promoción de la vivienda colaborativa entre las personas mayores. Se ha presentado una enmienda transaccional, que es lo que vamos a votar, firmada por el Grupo Mixto, Grupo Parlamentario Popular, Grupo Parlamentario Socialista y Grupo Ciudadanos.

### **Efectuada la votación, dijo**

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

Votamos el séptimo punto del orden del día, proposición no de ley sobre la revisión del protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Se ha presentado una enmienda transaccional firmada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, por el Grupo Parlamentario Popular y por el Grupo Parlamentario Socialista.

### **Efectuada la votación, dijo**

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

Votamos el octavo punto del orden del día, proposición no de ley sobre la financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, en sus propios términos.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 14; abstenciones, 2.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Por último, votamos el punto noveno, proposición no de ley relativa a homogeneizar el procedimiento de reconstrucción mamaria en todo el territorio nacional. Se ha presentado una enmienda transaccional, que es la que se vota, firmada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Socialista.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 36; abstenciones, 1.**

El señor **PRESIDENTE**: Antes de levantar la sesión les recuerdo que el día 21, después del Pleno, celebraremos una reunión de Mesa y portavoces para elaborar el orden del día de la Comisión de proposiciones que tenemos el día 28.

Se levanta la sesión.

**Eran las doce y cincuenta y cinco minutos del mediodía.**