



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

Año 2018

XII LEGISLATURA

Núm. 473

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 21

celebrada el miércoles 21 de marzo de 2018

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor secretario general de Sanidad y Consumo (Castrodeza Sanz):

- Para informar sobre el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y otras cuestiones de interés de la Secretaría General de Sanidad y Consumo. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente 212/001174) 2
- Para explicar su posición sobre el informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015. A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000167) 2
- Para que exponga las reformas en política farmacéutica que tiene previsto acometer y los portavoces autorizados del ministerio que han anunciado recientemente en actos privados. A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 212/000970) 2

Comparecencias:

- Del señor Ramírez Navarro (presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales), para exponer las conclusiones de sus informes sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, para valorar la aplicación de dicha ley, así como para valorar y analizar el actual sistema público de servicios sociales. A petición del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 219/000776) 30

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 2

- De la señora Escuder Romeva y del señor Ballescà Ruiz (presidenta y vicepresidente de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial, PESTOS), para dar a conocer las líneas básicas de la asociación y el conjunto de trabajos realizados en relación con su finalidad fundacional. A petición del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. (Número de expediente 219/000632) 42
- De la señora Olesti Luna (directora general de The Family Watch), para presentar propuestas y sugerencias en materia de política de familia. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 219/000940) 51

Se abre la sesión a las tres de la tarde.

COMPARECENCIA DEL SEÑOR SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO (CASTRODEZA SANZ):

- PARA INFORMAR SOBRE EL PLAN NACIONAL FRENTE A LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS (PRAN) Y OTRAS CUESTIONES DE INTERÉS DE LA SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO. A PROPUESTA DEL GOBIERNO. (Número de expediente 212/001174).
- PARA EXPLICAR SU POSICIÓN SOBRE EL INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DESARROLLADA POR EL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD EN RELACIÓN CON EL ÁREA FARMACÉUTICA, EJERCICIOS 2014 Y 2015. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000167).
- PARA QUE EXPONGA LAS REFORMAS EN POLÍTICA FARMACÉUTICA QUE TIENE PREVISTO ACOMETER Y LOS PORTAVOCES AUTORIZADOS DEL MINISTERIO QUE HAN ANUNCIADO RECIENTEMENTE EN ACTOS PRIVADOS. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 212/000970).

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

Hoy es día de comparecencias y, tal y como acordamos en Mesa y portavoces, en primer lugar, va a comparecer el secretario general de Sanidad y Consumo, que lo hará para tres cuestiones. A petición propia, para informar sobre el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos y otras cuestiones de interés. Y después atenderá dos peticiones que tenía del Grupo Parlamentario Socialista: una sobre el informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica en los ejercicios 2014 y 2015 y otra para que exponga las reformas en política farmacéutica que tiene previsto acometer y que los portavoces autorizados del ministerio han anunciado recientemente en actos privados. Al ser tres comparecencias en una, tal y como hemos ido hablando más o menos con los grupos, después de la intervención del secretario general, el grupo que había propuesto dos de las comparecencias tendrá quince minutos para su intervención y el resto de los grupos tendrán entre diez y doce.

Como tenemos tarde extensa, sin más, le damos la palabra al secretario general de Sanidad y Consumo, agradeciéndole su presencia y diciendo que suyo es el micrófono.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castrodeza Sanz): Gracias, presidente.

Señoras diputadas y señores diputados, buenas tardes a todos. Comparezco hoy en esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales a petición propia para informar sobre el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y otras cuestiones de interés de la Secretaría General de Sanidad y Consumo. Comparezco, además, a petición del Grupo Parlamentario Socialista para explicar la posición de la Secretaría General de Sanidad y Consumo sobre el informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015. Y, por último, para exponer las reformas en política farmacéutica que se tiene previsto acometer y que portavoces autorizados del Ministerio han anunciado. Son cuestiones, todas ellas, muy importantes para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y para la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 3

consecución de avances en la salud y el bienestar de las personas, que es nuestro principal objetivo como Gobierno y es un reto en el que estoy seguro, señorías, que todos estaremos de acuerdo. Sin más dilación, comenzaré mi intervención informando del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), y permítanme, señorías, que haga una breve introducción en el ámbito de resistencias antimicrobianas que, como saben todos ustedes, se encuentra entre los temas de agenda prioritaria de los jefes de Estado y de Gobierno en los próximos años.

La aparición y propagación de las infecciones causadas por bacterias que son resistentes al tratamiento con antibióticos constituye una de las amenazas más graves a las que se enfrenta la salud pública y supone uno de los retos más importantes para la medicina moderna. El aumento de la resistencia a los antimicrobianos se debe a diversos factores, pero el uso inapropiado e indiscriminado de los antibióticos es uno de los que más contribuyen a la aparición de este fenómeno, que causa un gran impacto clínico, epidemiológico y microbiológico, además de otros impactos de otra naturaleza. Se trata de un problema global que afecta tanto a la salud humana como a la sanidad animal, así como, a la ganadería, la agricultura, el medio ambiente, el comercio y, por tanto, la economía mundial. Esta circunstancia es la que razona el enfoque *One Health* o de «una única salud» que propugnan los organismos internacionales y que integra actuaciones coordinadas en las áreas de salud humana, sanidad animal y medio ambiente.

En toda Europa alrededor de 25 000 personas mueren cada año como consecuencia de las infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes. De acuerdo con los datos del Registro de Actividad de Atención Especializada (CMBD), en el año 2015 murieron en España 2837 personas como consecuencia de infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes. Si no se toman medidas se estima que en treinta y cinco años el número de muertes atribuibles a las infecciones multirresistentes será de 390 000 al año en toda Europa, lo que en España supondrá una cifra de unas 40 000 muertes al año. Hay que considerar, además, que el tratamiento de estas infecciones supone un coste añadido de 1500 millones de euros anuales en la Unión Europea (UE), lo que extrapolado a cifras nacionales representa un coste de alrededor de 150 millones de euros anuales. Si no se adoptan medidas para remediarlo, se prevé que en los próximos treinta y cinco años la pérdida económica en todo el mundo debida al problema de la resistencia se sitúe entre los 50 y los 80 billones de euros.

La relevancia del problema se refleja en la lista de foros y organismos internacionales que trabajan de manera coordinada para afrontar este fenómeno: la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO); el Codex Alimentarius y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE); el G-20 o la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que en la Asamblea General celebrada en septiembre de 2016 impulsó el compromiso de los jefes de Estado para el abordaje coordinado de la resistencia a los antibióticos.

Combatir la resistencia antibiótica también es una prioridad de la UE, que ha establecido una estrategia común frente a este problema. En noviembre del año 2011, el Parlamento Europeo publicó una resolución no legislativa por la que se estableció un Plan Director de Acción sobre Resistencias Antimicrobianas (2011-2016), que estimuló la puesta en marcha de planes nacionales en 17 países de la UE/CEE —Austria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Suecia, Reino Unido y España—, siendo nuestro país uno de los primeros en adoptar un Plan Nacional en este ámbito).

El segundo Plan de Acción sobre Resistencias a Antibióticos de la UE, publicado en junio de 2017, establece un marco global para una acción más amplia destinada a reducir la aparición y propagación de la resistencia a los antimicrobianos y a incrementar, dentro y fuera de la UE, la investigación y la disponibilidad de nuevos antimicrobianos.

El Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) fue aprobado en el año 2014 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud y por la Conferencia Intersectorial de Agricultura con un período de vigencia de cinco años (2014-2018) y un enfoque integral o de *One Health*, que contempla salud humana, sanidad animal y medio ambiente. El PRAN cuenta con la participación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de todas las direcciones generales de la Secretaría General de Sanidad y Consumo —Salud Pública, Calidad e Innovación, Ordenación Profesional y Cartera básica de servicios del SNS y Farmacia—, así como con la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aecosan) y el Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente (Mapama), donde colaboran con el Plan Nacional la Dirección General de Sanidad de la Producción Agraria y la Dirección General de Producciones y Mercados Agrarios.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 4

El PRAN está coordinado desde sus inicios por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps), a la que agradezco desde aquí la especial dedicación de todos sus profesionales y en particular de su directora que ha liderado esta coordinación.

Para alcanzar su objetivo final, el PRAN se estructura en torno a seis áreas de trabajo que son comunes para la salud humana y veterinaria, de acuerdo con la mencionada perspectiva de: Uno, la vigilancia del consumo de antibióticos y de las bacterias resistentes, a través de medidas dirigidas a afianzar las redes de vigilancia que ya están en marcha o implementar aquéllas que no se, han iniciado. Dos, el control de la resistencia bacteriana mediante la difusión y promoción de programas de uso prudente de los antibióticos y guías de prescripción. Tres, la prevención de las enfermedades infecciosas impulsando medidas para mejorar la higiene y promover el uso de herramientas que faciliten el diagnóstico. Cuatro, la investigación para mejorar el conocimiento de las causas y consecuencias de las resistencias, además de fomentar el desarrollo de nuevos antibióticos y alternativas a los mismos. Cinco, la formación dirigida a los profesionales de la salud en todas las etapas de su formación, desde la parte de las facultades hasta su parte profesional. Seis, comunicación dirigida al público general con el objetivo de sensibilizar sobre la importancia del uso prudente de los antibióticos y los riesgos que conlleva para la salud de todos el mal uso de los mismos.

En el año 2014 se publicó el documento del PRAN y cada año desde entonces se publica un informe anual sobre las actividades desarrolladas e el marco del mismo. Esta publicación se realiza en la página web de la agencia y del ministerio y la tienen ustedes a su disposición.

Señorías, una vez realiza esta introducción permítanme referirme a los resultados obtenidos o esperables en el ámbito nacional. Entre los logros más significativos conseguidos hasta la fecha en el marco del PRAN destacan los siguientes. Vamos a empezar por el epígrafe de Acciones en el ámbito de la salud humana.

Se ha reforzado el sistema de vigilancia del consumo de antibióticos en salud humana; consumo en atención primaria —receta oficial y privada— y consumo hospitalario.

En el ámbito de la salud humana, los datos de consumo de antibióticos se extraen de los datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud facilitados por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. Aunque esta fuente de datos permite la monitorización del consumo de antibióticos, presenta la limitación de la pérdida de información del consumo a través de la receta privada.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, como punto focal del ECDC para la red de vigilancia del consumo de antibióticos de uso humano, desarrolló en 2015 un sistema de vigilancia donde se recogen los datos de dispensaciones totales de antibióticos en las oficinas de farmacia, pudiendo obtener el número de dispensaciones a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud o de receta privada, permitiendo además hacer una estimación del consumo de antibióticos en hospitales. Igualmente, se está realizando un estudio piloto en el que el PRAN participa como punto focal de esta Red (ECDC ESAC-Net), para la recogida de datos de consumo de antibióticos en hospitales. En este ámbito, hasta el año 2016 no existía una red de vigilancia del consumo de antibióticos en hospitales similar a la desarrollada en el ámbito comunitario, por lo que la explotación de datos de consumo se centraba en iniciativas basadas en cortes de prevalencia anuales —estudios de prevalencia— o datos de incidencia focalizados a actividades asistenciales específicas, o bien se circunscribían a determinadas áreas geográficas. En la actualidad las comunidades autónomas reportan al Ministerio de Sanidad datos de ventas de antibióticos en los hospitales —o de consumo en los hospitales— con los que se podrá monitorizar el consumo de antibióticos en los mismos. Por último, se ha llevado a cabo un estudio observacional en colaboración con la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac) para analizar el tipo de prescripción y dispensación de antibióticos a nivel comunitario.

Todas estas fuentes de información han permitido contar con una aplicación disponible en la web del PRAN (www.resistenciaantibioticos.es) donde se puede consultar el consumo de antibióticos en España, analizando los datos globales así como los distintos indicadores acordados en el marco del plan nacional y que gestiona la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios como punto focal del Centro Europeo de prevención y control de enfermedades (ECDC). Por tanto se ha logrado consensuar los indicadores comunes para la vigilancia del consumo de antibióticos en salud humana para facilitar la agregación de los datos a nivel nacional.

En estos momentos se están discutiendo y consensuando los indicadores de resistencia que permitan una monitorización homogénea en todo el país. La monitorización del consumo de antibióticos en España

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 5

ya cubre el cien por cien de las prescripciones. y, desde noviembre del pasado año, las cifras exactas pueden consultarse *online* y en tiempo real a través de la ya mencionada aplicación disponible en la página web del PRAN. Se trata de la primera herramienta de estas características que se diseña en España.

Como segunda de las acciones a mencionar en este epígrafe se ha aprobado el Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS). La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en julio de 2015 la creación de un Sistema Nacional de Vigilancia de estos procesos. El objetivo es desarrollar un sistema de vigilancia nacional con información homogénea y sistemática, recogida de forma estandarizada para conocer y comparar la incidencia y la prevalencia autonómica y nacional de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y promover la prevención y control de estas infecciones.

El sistema, coordinado por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, incorpora cinco módulos como la vigilancia de las infecciones por microorganismos multirresistentes y la vigilancia de brotes epidémicos hospitalarios. Desde enero de 2018 se ha iniciado a nivel nacional la vigilancia de estas infecciones. Se realizará de forma escalonada, incluyendo los distintos procesos a medida que los sistemas de información de las comunidades autónomas vayan permitiendo realizar la vigilancia y enviar datos al Centro Nacional de Epidemiología.

Tras el análisis de la situación de los sistemas de información para la vigilancia de las IRAS y la capacidad de los laboratorios de microbiología para la detección de patógenos de especial relevancia, clínica-epidemiológica, se puede concluir que hay un número importante de comunidades autónomas en las que la vigilancia de las IRAS ya está contemplada a nivel central o está siendo objeto de desarrollo, lo que facilitará la próxima implementación del Sistema Nacional de Vigilancia de estos procesos. Asimismo, se puede concluir que las comunidades autónomas tienen posibilidad de recoger la información de modo unificado y, por tanto, comprensible y analizable, si crean o adaptan los sistemas para adecuarlos a la captación de la información requerida. Sin embargo, en general hay poca integración de los sistemas de información hospitalaria y de los laboratorios en las plataformas de vigilancia de las comunidades autónomas. Es por tanto necesario desarrollar herramientas que permitan compatibilizar los sistemas informáticos de los centros sanitarios y los de vigilancia epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Por ello, la Dirección General de Salud Pública ha destinado una cantidad importante de su presupuesto al refuerzo de los sistemas de vigilancia de las IRAS.

La tercera de las acciones se refiere a la red de laboratorios. Se está trabajando con las comunidades autónomas en la creación de una red de laboratorios de apoyo al Sistema Nacional de Vigilancia de IRAS y al PRAN. Asimismo, se están reforzando los sistemas de información microbiológica para mejorar la coordinación e integración de datos y la monitorización de la resistencia en el ámbito autonómico y, desde este, al ámbito nacional.

Los resultados del cuestionario para conocer la situación de los sistemas de información para la vigilancia de las IRAS y la capacidad de los laboratorios de microbiología para la detección de patógenos de especial relevancia clínica-epidemiológica permiten concluir que las comunidades autónomas tienen capacidad suficiente para la realización de todas las pruebas de laboratorio incluidas en los protocolos del sistema de vigilancia de las IRAS, excepto cuatro comunidades autónomas que derivarían sus muestras a laboratorios de otras comunidades autónomas o al Centro Nacional de Microbiología. En estos momentos se está trabajando con las comunidades autónomas en los requisitos mínimos exigibles a los laboratorios para poder formar parte de la red.

En el marco de la seguridad del paciente se han desarrollado a nivel nacional guías de prevención de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en los ámbitos de atención hospitalaria y de primaria. En este sentido, además de seguir avanzando en la implementación en un mayor número de centros de los programas de bacteriemia zero y neumonía zero, en este último año se ha realizado un importante esfuerzo por dar a conocer e iniciar la implantación de los programas de prevención de infección quirúrgica (en el marco del bloque de cirugía segura) y de prevención de infecciones de tracto urinario asociadas a sondas.

La implantación de estos programas nacionales está ofreciendo resultados claros en la disminución de la infección asociada a la asistencia sanitaria, sobre todo en las unidades de pacientes críticos, pero también en la mejora en el uso seguro de los medicamentos.

Por otra parte, gracias al esfuerzo e inversión realizados desde el Ministerio de Sanidad existe hoy en día un número importante de profesionales sanitarios formados en seguridad del paciente, muchos de los cuales están siendo los promotores de los programas de seguridad en sus centros sanitarios. Lo que además facilita que a su vez sean formadores en seguridad del paciente y, por tanto, que la cultura en seguridad del paciente vaya calando en los ámbitos de atención primaria y hospitalaria.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 6

La cuarta de las acciones se refiere a la adaptación de los formatos de medicamentos antibióticos, medida que requirió el compromiso de la industria farmacéutica. Desde 2012 se han modificado un millar de formatos de medicamentos para ajustar las dosis al tratamiento que necesita el paciente. A pesar del impacto positivo que tuvo esta iniciativa en el descenso del número de envases prescritos en los dos primeros años tras la adopción de esta medida, posteriormente y debido a diferentes factores tales como la tendencia a la prescripción del formato superior, o de dosis más altas, se observó un repunte del número de envases prescritos. En estos momentos se estudian los resultados de esta experiencia y se analizan posibles opciones de actuación en estrecha colaboración con médicos y farmacéuticos.

Otra de las acciones es la referente al diseño del proyecto piloto para evaluar la herramienta informática Waspss en hospitales públicos del territorio nacional. La Universidad de Murcia y el Hospital de Getafe han desarrollado el sistema informático Waspss (Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System), que tiene como finalidad la ayuda al establecimiento de los Programas de Optimización de Uso de los antibióticos (PROA) en centros hospitalarios. La aplicación, que ya se utiliza en el Hospital Universitario de Getafe, facilita el trabajo de los equipos PROA a través de un sistema de alertas para optimizar el tratamiento con antibióticos. Se trata de una herramienta que permite la elaboración de mapas actualizados de resistencia y define cauces ágiles de respuesta.

Este proyecto coordinado desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios permitirá adaptar y validar esta herramienta en siete centros de seis comunidades autónomas diferentes: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Aragón); Hospital Universitario Son Espases (Baleares); Hospital Universitario de Burgos (Castilla y León); Hospital del Mar (Cataluña); Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid), Hospital. Universitario de Álava y Hospital Bidasoa (País Vasco).

Igualmente debemos mencionar que se está trabajando con las comunidades autónomas para impulsar la implementación de Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) tanto en hospitales como en atención primaria. El 72% de los hospitales españoles desarrolla alguna iniciativa para la optimización del uso de antibióticos y en el 40% de los casos estas iniciativas están reconocidas como actividades PROA por el hospital. Varias comunidades autónomas han desarrollado ya actividades para implementar los PROA en sus hospitales y centros de atención primaria, incorporando dentro de sus estrategias de salud la implementación de estos programas. Todo ello integrado en torno al plan de resistencia en cuanto a estructura, procesos, indicadores y funcionamiento de los equipos PROA acordados.

Estas iniciativas presentan resultados que incluyen una importante reducción de prescripciones inadecuadas, una disminución del consumo y un significativo ahorro económico. Por ello, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios va a destinar una cantidad importante de su presupuesto al impulso de la implementación de los citados programas. Asimismo, se han establecido las técnicas de diagnóstico rápido y definido las guías de actuación como herramientas de ayuda a la prescripción en atención primaria.

Una vez superada la etapa de documentación en relación con las recomendaciones sobre las pruebas de diagnóstico rápido en atención primaria, así como las características, descripción, criterios de calidad y elaboración de guías clínicas de actuación referentes a las mismas, ha comenzado una nueva fase en la que se está consensuando con las comunidades autónomas la estrategia de implementación de las pruebas de diagnóstico rápido en atención primaria, en particular, la técnicas antigénicas rápidas para diagnóstico de *streptococo A*. Con este objetivo se ha elaborado un documento justificativo para dar cobertura legal a la implementación de estas pruebas. Además, se ha aprobado otra serie de documentos que servirán en un futuro para monitorizar el grado de implementación de la normativa Eucast (European Committee on Antimicrobial Suceptibility Testing) en los laboratorios de microbiología clínica y consolidar protocolos y textos de referencia sobre procedimientos de diagnóstico microbiológicos.

El Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos y las principales sociedades científicas en el ámbito de la Atención Primaria —Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Red de Vigilancia en Pediatría de Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica— han aprobado ya las guías nacionales de terapéutica antimicrobiana del PRAN, que estarán disponibles en la web del plan nacional en los próximos meses.

Señorías, pasemos ahora, a informar de los principales resultados obtenidos en el ámbito de la sanidad animal.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 7

Acciones en el ámbito de la sanidad animal. Se ha reforzado el sistema de vigilancia de ventas de antibióticos en sanidad animal (ventas de laboratorios farmacéuticos, mayoristas, minoristas).

Esvac (European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption) es un proyecto de ámbito europeo de recogida y evaluación de datos sobre la venta y el consumo de medicamentos veterinarios que contienen en su composición antibióticos como principio activo y cuyo punto focal en España es la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

En España el citado proyecto se inició en 2010 y ha sufrido considerables mejoras. En nuestro país se recogen datos de ventas de laboratorios, distribuidores mayoristas, distribuidores minoristas, entidades ganaderas con permiso de distribución y farmacias. El proyecto Esvac se organiza en tres actividades: la recogida y la validación de los datos; el análisis y la evaluación de los datos; y la comunicación de los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos. Los datos se aportan con carácter anual y están referidos al ejercicio del año anterior.

Otro aspecto importante es el sistema de vigilancia de resistencias basado en la Decisión en la monitorización y comunicación de RAM en bacterias zoonóticas y comensales. Para asegurar la adecuada vigilancia de las zoonosis y una buena coordinación con las comunidades autónomas, la Administración General del Estado a través del Mapama y de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición es la autoridad competente. Se persigue dar debido cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 del Real Decreto 1940/2004 y el artículo 9 de la Directiva 2003/99/CE, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos, y su actividad consiste principalmente en coordinar la recogida de información por las comunidades autónomas, analizarla, realizar los estudios precisos y ser el punto de contacto con la EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria) para realizar las actividades y proyectos que en control de zoonosis en alimentos se desarrollan.

Otro aspecto es el desarrollo de un mapa epidemiológico por regiones ganaderas vinculado a la guía de prescripción de antibióticos veterinarios. El uso de antibióticos en animales en granjas en España está vinculado a la prescripción de antibióticos por parte de un veterinario clínico que, tras la realización del diagnóstico, prescribe qué producto debe emplearse, con qué dosis y durante cuántos días.

Con el fin de conseguir que esta prescripción sea lo más adecuada posible, en la guía de prescripción de antibióticos veterinarios se incluirá un mapa epidemiológico por regiones ganaderas que contará con datos de resistencias de patógenos clínicos relacionados con el antibiótico usado y, teniéndolos en cuenta, facilitará recomendaciones de tratamiento específico.

Este sistema permitirá el seguimiento del proceso, la inclusión de datos y su validación, relacionándolos con el tratamiento utilizado. Los datos se presentarán en un mapa interactivo epidemiológico por regiones ganaderas, fundamentalmente para la vigilancia y control de las resistencias.

Se está trabajando en la implementación de un sistema nacional de recogida de datos de prescripción veterinaria de antibióticos. En el ámbito de la sanidad animal, en España, como ya he explicado, está instaurada una red de vigilancia de las ventas de antibióticos de uso veterinario. En cualquier caso, para completar esta red es necesario obtener datos de consumo por especie y por explotación. El Consejo General de Colegios Veterinarios ha desarrollado una receta electrónica para facilitar la prescripción a los veterinarios clínicos. Además, distintas comunidades autónomas han desarrollado sus propias plataformas de prescripción.

Con el objetivo de obtener de una forma unificada los datos de consumo a través de la prescripción el Mapama ha desarrollado la normativa pertinente para la instauración del sistema de recogida electrónica de datos de consumo por especie y ligado al veterinario prescriptor a través de las recetas de antibióticos veterinarios en todo el ámbito nacional. El real decreto entrará en vigor este año para empezar a recoger datos de consumo en el 2019.

Se ha firmado un acuerdo para la reducción del uso de colistina en el sector del porcino (programa Reduce), al que se han adherido 48 empresas que representan el 75 % del sector. Como ustedes saben, la colistina es un antibiótico de importancia crítica para la salud humana; se trata del último recurso para tratar pacientes con infecciones graves causadas por enterobacterias resistentes a los carbapenemas, por lo que en 2013 se limitó su uso a tratamientos terapéuticos. El descubrimiento de nuevos mecanismos de resistencia a este antibiótico ha llevado a la comisión a definir objetivos de reducción de su uso a 5 mg/PCU, unidades de biosama susceptibles de ser tratadas. En Europa ante de julio de 2019. Por tanto, nuestro reto es llegar a 5 miligramos de unidades de biomasa susceptibles de ser tratadas. Este contexto impulsó el Acuerdo para la reducción voluntaria de la colistina.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 8

Desde 2015 y hasta el primer semestre de 2017 estas empresas han registrado una reducción en el consumo de colistina del 82,37 %, pasando de 51,09 mg/PCU a 9 mg/PCU, una bajada que no ha acarreado el aumento del consumo de otras alternativas como son la neomicina y la apramicina.

Y algo, señorías, muy importante. Este dato adelanta que el sector podría alcanzar el umbral de consumo establecido por la Comisión Europea (5 mg/PCU anuales) durante 2018, un año antes de que finalice el plazo establecido para hacerlo.

Desarrollo y promoción del programa Reduce, donde se establecen acuerdos voluntarios específicos con distintos sectores productivos que identifican objetivos específicos. En avicultura de carne se ha establecido como objetivo una bajada del 45 % en el total de consumo de antibióticos para el año 2020. Por su parte, las empresas del sector cunícola se han comprometido a reducir un 30 % del consumo en 2020. Finalmente, en bovino de carne el acuerdo establece la eliminación total de la medicación con antibióticos vía piensos en 2020, mientras que en bovino de leche se ha subrayado como objetivo la mejora del uso de antibióticos de importancia crítica para la salud humana.

Se han realizando cursos de formación dirigidos a profesionales de la sanidad animal centrados en informar sobre el riesgo de desarrollo de resistencia y la importancia del uso prudente de los antibióticos.

Se ha desarrollado un programa de formación especializada en el ámbito del uso prudente de los antibióticos a través de un curso para veterinarios que se ha impartido en todas las comunidades autónomas en colaboración con los colegios de veterinarios.

Por último algunas acciones comunes que conviene destacar igualmente y que afectan a la información integrada entre las asociaciones entre el consumo de los antibióticos en seres humanos y animales productores de alimentos y la resistencia antimicrobiana en bacterias de seres humanos y animales productores de alimentos; a las acciones de formación y comunicación.

Una vez mencionadas las acciones en salud humana y salud animal, permítanme mencionar algunas que son comunes a los dos ámbitos. Durante el año 2017 se estableció un grupo de trabajo específico para la realización del Informe oficial sobre análisis integrado de consumo y resistencia de antibióticos en España —JIACRA España—. Para el desarrollo de este análisis integrado se han tomado como modelo los informes internacionales de producciones animales y de alimentos que se han publicado en 2015 y 2017. Se ha estudiado conjuntamente y por primera vez en el ámbito nacional las asociaciones entre el consumo de los antibióticos en seres humanos y animales productores de alimentos, y la resistencia antimicrobiana en bacterias de seres humanos y animales productores de alimentos. Se ha constituido un grupo de trabajo para tal fin con integrantes tanto del ámbito de la sanidad animal como de la salud humana. Entre los organismos participantes se encuentran el Centro de Reserva en Sanidad Animal —Cresa, fundación pública dependiente de la Universidad Autónoma de Barcelona—, el Instituto de Investigación y Tecnología Agroalimentarias, el Centro de Vigilancia Sanitaria Veterinaria de la Universidad Complutense de Madrid, el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III, el Mapama y el equipo de coordinación del PRAN con presencia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Este primer informe se presentará el 5 de junio del presente año y esperamos que las conclusiones allí incluidas nos ayuden a continuar por el buen camino en la lucha frente a las resistencias.

Se han establecido contactos y acuerdos a diferentes niveles para la elaboración e implementación de cursos de formación específicos sobre el uso prudente de antibióticos en todas las etapas formativas —pre-universitaria, universitaria, especializada y continuada—. El PRAN trabaja de forma coordinada con la Dirección General de Ordenación Profesional para la implementación de módulos de formación continuada específicos sobre la problemática de la resistencia, dirigidos a todos los profesionales sanitarios; iniciativa que se ha discutido y valorado positivamente en la Comisión Nacional de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Asimismo, la Dirección General de Ordenación Profesional ha impulsado, en el marco del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, la incorporación en la formación especializada de todos los profesionales sanitarios —futuros especialistas de la competencia básica, que será obligatoria para todas las especialidades— la Competencia 30, que supone conocer los principios por parte de todos los especialistas del uso racional de antimicrobianos. Se incluirá, además, una competencia específica dentro de las especialidades médica y quirúrgica para aplicar los principios de uso racional de los antimicrobianos y para contribuir a la prevención de las resistencias antimicrobianas. Llegados a esta parte, es importante mencionar la firma del acuerdo marco con las facultades biosanitarias. Dentro de este acuerdo marco se está desarrollando, en colaboración con las facultades biosanitarias, la estrategia necesaria para asegurar la formación homogénea de los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 9

universitarios y profesionales de la salud en lo que se refiere a las resistencias y el uso prudente de antibióticos. Para mí es un honor, esta mañana he firmado la autorización de la firma de ese acuerdo con la secretaria de Educación. En el área de comunicación se han desarrollado diferentes acciones que han contribuido a promover el uso prudente de los antibióticos: campañas de concienciación, lanzamiento de la página web, convocatoria de los premios PRAN y convenio con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

En el ámbito de la seguridad alimentaria, permítanme mencionar algunas acciones de interés. Un aspecto de importancia en el que se trabajará es el de establecer un plan para ampliar el programa de prevención y vigilancia de la contaminación de los alimentos por microorganismos resistentes a antimicrobianos. Por parte de la Aecosan y en coordinación con las comunidades autónomas, se sigue la Decisión de la Comisión 652/2013, que establece normas para la vigilancia y la notificación armonizadas de resistencias bacterianas que deben llevar a cabo los Estados miembros en el período 2014-2020. Dos son las bacterias sometidas a especial vigilancia en los alimentos: *Escherichia coli* y *Salmonella spp.* En España, el grado de cumplimiento del programa de vigilancia que propone la decisión es completo en el caso de la *Escherichia coli*. En 2017 se tomaron 600 muestras, 300 de carne fresca de porcino y 300 de carne fresca bovina, aunque no se ha alcanzado el número mínimo establecido para el caso de las cepas de *Salmonella*. El número de cepas previsto en la decisión era de 170 para canales de porcino y 170 para canales de bovino y, en este caso, se ha cumplido la programación en porcino, mientras que solo se han obtenido 48 muestras procedentes de canales de bovino. En base a estos datos, actualmente se está trabajando en alcanzar un número de muestras más alto de las diferentes especies para las dos bacterias señaladas. Asimismo, y por acuerdo de la comisión institucional de la Aecosan, se va a establecer un plan para ampliar el programa de prevención y vigilancia de la contaminación de los alimentos por microorganismos resistentes a antimicrobianos. Para ello, previo acuerdo de esa comisión institucional, se formalizará un grupo de trabajo que incluirá a responsables de la Aecosan y de comunidades autónomas, con el fin de establecer las medidas para la ampliación de la vigilancia armonizada y el cronograma de implantación posible. Se establecerán las vías necesarias de colaboración entre las comunidades autónomas y el Centro Nacional de Alimentación, para la identificación de los laboratorios de control oficial implicados en la realización de los controles, cumpliendo los requisitos necesarios exigidos a los laboratorios.

A continuación, señorías, pasaré a informar de las inversiones y gastos relacionados con el PRAN. Desde su puesta en marcha en el año 2014, la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios, que es la que coordina —como les decía al principio— toda la estrategia, ha realizado una inversión directa total en el PRAN de alrededor de 2,5 millones de euros de su presupuesto, a la que deben sumarse las inversiones realizadas por las diferentes comunidades autónomas y otras direcciones generales de la Secretaría General de Sanidad y Consumo y del Mapama. En el año 2017 la agencia invirtió en este plan nacional un total de 1 527 260 euros de su presupuesto, en cuyo desglose destacan las siguientes categorías de gastos: coste de personal, 156 000 euros; coste de bienes y servicios, 1 015 000 euros, y costes indirectos, 355 000 euros. En el apartado de coste de bienes y servicios se incluyen convenios, encomiendas y subvenciones. Los gastos de 2017 también incluyen los contratos por prestación de servicios firmados con la Universidad de Murcia, para la prueba piloto de la herramienta informática Waspss en siete centros hospitalarios que antes les he citado; además, en el ámbito de la comunicación, para la campaña de sensibilización sobre el uso prudente de los antibióticos 2017 con el título: «Antibióticos: tómatelos en serio» y la primera convocatoria de los premios PRAN. La Dirección General de Salud Pública también ha destinado más de 800 000 euros de su presupuesto al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria; además de 20 000 euros adicionales para la integración de la información relativa a las infecciones nosocomiales, proyecto Epine, que realiza la Sociedad Española de Salud Pública e Higiene con carácter anual en el Sistema de vigilancia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Para el año 2018 y con motivo de la elaboración del anteproyecto de ley de los Presupuestos Generales del Estado, la agencia ha previsto líneas de inversión destinadas a los siguientes proyectos, cuyos buenos resultados hacen necesario su mantenimiento, y entre ellos cito: los premios PRAN; Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, para la realización de actividades de apoyo del Comité Español del Antibiograma; Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, para la realización de actividades de apoyo al PRAN; Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, para la realización de actividades de apoyo al PRAN; Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, para el establecimiento

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 10

de proyectos de seguridad del paciente «Tolerancia Zero» en pacientes críticos; apoyo a la implementación de buenos usos de antibióticos en las comunidades autónomas; Grup de Sanejament Porcí, para el desarrollo de un sistema de recogida de datos de patógenos clínicos en animales que relacionen perfil de resistencias y pautas de tratamiento y para la realización de un mapa ganadero epidemiológico; Facultad de Veterinaria de la Universidad de León, para la obtención de datos de resistencia en patógenos clínicos de ganado porcino en Castilla y León; y Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León. Además, dentro del Plan de Publicidad y Comunicación Institucional 2018, se ha aprobado la difusión en radio e Internet durante 2018 de la campaña «Antibióticos: tómatalos en serio», lanzada en televisión en 2017.

Señoras diputadas, señores diputados, paso a referirme a continuación al apartado de investigación y las actuaciones del PRAN en proyectos nacionales e internacionales. Como ustedes ya saben, la investigación en el área de los antibióticos sigue siendo una prioridad a nivel mundial. Déjenme facilitarles algunas cifras en relación con este tema: Desde el año 2008, se han autorizado sólo siete nuevos antibióticos en Europa. En estos momentos hay dos antibióticos en evaluación: la *Eravaciclina* y la combinación de *meropenem* y *vaborbactam*. La OMS ha identificado doce clases de patógenos prioritarios —algunos de ellos causantes de infecciones frecuentes como la neumonía o las infecciones en las vías urinarias—, que son cada vez más resistentes a los antibióticos existentes y requieren con urgencia nuevos tratamientos. Existen 51 nuevos antibióticos y biofármacos en desarrollo clínico que se podrían utilizar para tratar infecciones causadas por los patógenos resistentes a los antibióticos más prioritarios, además de la tuberculosis y las enfermedades diarreicas ocasionadas por *Clostridium difficile*, que pueden ser mortales. Sin embargo, solo ocho de estas moléculas con potencial terapéutico han sido clasificadas por la OMS como tratamientos innovadores que ofrecerán alternativas válidas al actual arsenal de antibióticos. En el *pipeline* clínico existen once productos que no son tratamientos antibióticos de molécula pequeña y están compuestos por anticuerpos monoclonales y policlonales y bacteriófagos,

En relación con los proyectos internacionales, desde España se participa a través del PRAN y junto con representantes de una treintena de países en la Acción Conjunta Europea sobre Resistencia a Antimicrobianos, cuyo lanzamiento se realizó en septiembre de 2017. Más de sesenta entidades trabajan conjuntamente en este proyecto, que se desarrollará durante tres años. En el desarrollo de esta acción conjunta, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios se encargará de liderar los trabajos correspondientes a la diseminación de resultados, la concienciación y comunicación y a las labores relativas al uso prudente de antibióticos en humanos y animales; es decir, tres líneas de trabajo. La actuación española se articula a través de la agencia como coordinadora del PRAN, con la participación del Instituto Carlos III y las comunidades autónomas de Madrid, Andalucía, Murcia, Baleares, Cataluña y Navarra. Está financiada por los socios participantes y el programa de salud de la Unión Europea con un presupuesto total de casi 7 millones de euros, que engloban 4 millones aportados por la Comisión Europea. Toda la información sobre la acción conjunta está disponible en la página web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. España participa también en la red de «Una sola salud» frente a las resistencias a los antibióticos de la Comisión Europea, cuyo objetivo es compartir prácticas y políticas exitosas frente al problema de la resistencia en la Unión Europea. Para promover y acelerar esta colaboración, a principios de 2017 la Comisión estableció una red de expertos gubernamentales de los sectores de salud humana, sanidad animal y medio ambiente, así como agencias científicas de la Unión Europea que trabajan en estos sectores. También hay que mencionar las acciones financiadas en el marco de los programas Horizonte 2020, Acciones Marie Curie y la acción de salud del Séptimo Programa Marco. Todo ello con un importe estimado de alrededor de 800 000 euros. Por último, quiero señalar uno de los ámbitos en los que se trabaja con intensidad, que es el referido a la investigación y desarrollo y a la labor realizada no solo por las estructuras del Instituto de Salud Carlos III, como es el Centró Nacional de Microbiología y Epidemiología, sino por las estructuras de investigación en red y la financiación que se impulsa en el marco de la Acción Estratégica de Salud 2013-2017. Desde aquí quisiera destacar la alta cualificación de sus profesionales, con su director al frente, el doctor Fernández Crespo, de los que como españoles nos debemos sentir muy orgullosos y por la larga y acreditada trayectoria de nuestras instituciones en este ámbito.

En el periodo 2013-2017 se han presentado a la convocatoria de proyectos de investigación en salud diecinueve solicitudes, de las que se han financiado trece por una cuantía cercana al millón y medio de euros. A la convocatoria de acciones complementarias de programación conjunta internacional se han presentado y financiado cinco proyectos de investigación, uno en 2015 y cuatro en 2016, con una cuantía

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 11

rondando el medio millón de euros. Además, la convocatoria de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud, Retics, financia una red de enfermedades infecciosas para el período 2016-2020 con cerca de 4 600 000 euros. Todas las medidas del PRAN en materia de investigación están alineadas con la Agenda Estratégica de Investigación e Innovación y con la iniciativa europea, cuyo *chair* lo ocupa el Instituto de Salud Carlos III en la persona de su director, y en la convocatoria de 2018, que se encuentra en fase de evaluación, existen trece propuestas presentadas, con catorce grupos de investigación que han solicitado una financiación de casi 2 millones de euros, siendo el compromiso de financiación del Instituto Carlos III de 250 000 euros.

Señorías, me complace ahora informarles de las próximas actuaciones del nuevo plan de resistencias antimicrobianas 2019-2023. La planificación de próximas actuaciones se desarrollará en línea con las prioridades aprobadas en el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 21 de junio de 2017. Estas prioridades estructurarán un nuevo plan 2019-2023, que deberá ser presentado al consejo interterritorial y a la Conferencia Sectorial de Agricultura. Brevemente, para situarles a ustedes, este nuevo plan trabajará sobre acciones prioritarias en el ámbito de la salud humana: continuar la implementación de los programas de optimización de uso de antibióticos; finalizar la integración de laboratorios de referencia como apoyo al Sistema Nacional de Vigilancia de IRAS y PRAN; mejorar el sistema de información sobre la resistencia a antibióticos; continuar la implementación de recomendaciones y programas sobre prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria; impulsar la implementación de pruebas de diagnóstico rápido en el punto de atención al paciente; y mejorar la formación de los profesionales sanitarios de la salud humana. Por lo que se refiere al ámbito de la sanidad animal, mejoraremos la vigilancia del consumo de antibióticos en veterinaria; mejoraremos la recogida de datos de consumo de antibióticos en la práctica veterinaria a través de la prescripción, y dentro de los objetivos para disminuir el consumo de antibióticos se incluirá como línea prioritaria el desarrollo de los programas Reduce. En primer lugar, se mantendrá la continuidad del Programa Reduce Colistina, al que me he referido anteriormente en el sector porcino, su difusión y el análisis de los datos obtenidos. Esta alianza se seguirá promocionando para conseguir nuevas adhesiones y una eventual mejora de los datos ya conseguidos. Junto con este primer programa se desarrollarán programas Reduce específicos en cada una de las especies. Se intensificará el control de la fabricación de piensos medicamentosos. Se trabajará en el desarrollo del mapa epidemiológico de bacterias patógenas por regiones ganaderas en sanidad animal. Se desarrollará una guía de prescripción *online*, y se trabajará en medidas de prevención que incluirán acciones encaminadas a la mejora de la bioseguridad en granjas por medio de guías o recomendaciones orientadas a determinadas prácticas en granja.

Señorías, tal y como refleja todo este trabajo, el PRAN constituye un notable ejemplo de colaboración multisectorial. Los logros obtenidos hasta ahora se deben precisamente al espíritu de colaboración y al compromiso que los distintos sectores implicados en el problema de la resistencia han mostrado desde que el plan nacional se puso en marcha en el año 2014. Asimismo, queremos agradecer al conjunto de los grupos parlamentarios con representación en las Cámaras, tanto en el Congreso como en el Senado, que con sus preguntas parlamentarias y aportaciones han enriquecido las actuaciones llevadas a cabo y de las que hoy les he dado cumplida información. Permítanme anunciarles en este punto que, por primera vez en los últimos años, el consumo de antibióticos ha mostrado una disminución respecto al año anterior. En concreto, en salud humana el consumo en dosis diaria definida, que es uno de los parámetros que se utiliza, a día de hoy ha bajado un 5,42% en las comunidades autónomas que presentan reducciones por encima del 10%. Este dato supone un cambio en la tendencia creciente que se registraba desde el año 2012. En el año 2015 se logró estabilizar esta cifra y en los años 2016 y 2017, tal y como demuestra el último dato disponible, se ha conseguido una bajada muy significativa. Por otra parte, en el ámbito de la sanidad animal, según los últimos datos, desde el año 2015 España ha registrado una reducción de las ventas de antibióticos estimada en un 17%, lo que constituye un cambio de tendencia aún más significativo, con una bajada muy relevante —estos datos se publicarán el próximo mes de octubre—. Es cierto —y lo subrayo— que todavía hay un largo camino a recorrer no solo en España sino a nivel internacional. Este mismo espíritu que tuvimos en su inicio, es el que seguirá impulsando la segunda etapa del proyecto, que comienza sobre una base más sólida, construida con el trabajo conjunto desarrollado por todos los participantes en los últimos cinco años y para el que solicitamos su máxima atención.

A continuación, paso a explicar la posición sobre el Informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015. Señorías, el pleno del Tribunal de Cuentas aprobó, en su sesión

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 12

de 22 de diciembre de 2016, el Informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica. La fiscalización fue aprobada dentro del Programa de fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2015 y afectó a los ejercicios de los años 2014 y 2015. Los objetivos de la fiscalización eran: Analizar y evaluar los sistemas y procedimientos de control de la gestión de la prestación farmacéutica aplicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; verificar la gestión de la información del procesamiento de recetas y del consumo de medicamentos hospitalarios procedentes de las administraciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud que configuran la cifra de gasto farmacéutico; analizar el cumplimiento de la normativa aplicable en la actividad derivada de los sistemas y procedimientos establecidos que regulan la financiación pública de la prestación farmacéutica, incluido el procedimiento de fijación de precios de los medicamentos. Todos estos aspectos recaen bajo las competencias de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud, por lo que las labores de auditoría se centraron en dicha dirección general y más concretamente en la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. En primer lugar, hay que insistir en la colaboración total mostrada por el Ministerio de Sanidad y, más concretamente, por la dirección general en todo lo referente a la información que ha sido solicitada en relación con la fiscalización, tal y como pone de manifiesto el propio informe.

En lo referente a los aspectos relacionados con la prestación farmacéutica, merece poner de manifiesto los siguientes aspectos del informe de fiscalización: En primer lugar, que se ha comprobado fehacientemente que las aplicaciones informáticas disponibles para la gestión de la inclusión de medicamentos en la prestación farmacéutica y el establecimiento de precios ofrecen las suficientes garantías para que todas las transacciones estén adecuadamente autorizadas. En segundo lugar, se ha confirmado que toda la información sobre precios y financiación está suficiente y adecuadamente actualizada y, por tanto, permite una gestión adecuada de la prestación farmacéutica. En este sentido, el informe indica que la información sustantiva, que es la resolución del precio acordado para cada medicamento, es un dato que está siempre contrastado y se vuelca, una vez aprobada la resolución, en la aplicación Alcántara. En tercer lugar, los autores del informe indican, por último, que se considera adecuado el procedimiento seguido para la verificación de los ficheros de facturación de los medicamentos sometidos a los descuentos del 4%, 7,5% y 15% establecidos en el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

Este ministerio reconoce la profundidad y la exhaustividad con la que se ha realizado el informe de fiscalización, que abarca la totalidad de los procedimientos del área farmacéutica, y ha tomado buena nota de las observaciones y conclusiones del mismo. En general, el informe valora positivamente los principales aspectos relacionados con la vertiente económica de la gestión del área farmacéutica, aunque es cierto que hay determinados aspectos que se mencionan como áreas de mejora; entre ellos están los siguientes: En primer lugar, la falta de personal para poder realizar el correcto seguimiento de algunas de las aplicaciones del ministerio. En segundo lugar, la necesidad de disponer de procedimientos de trabajo escritos para documentar cada una de las actuaciones realizadas sobre la prestación farmacéutica. En este punto es necesario remarcar que, pese a ello, el propio informe reconoce que se han auditado todas estas actuaciones y no han encontrado ninguna deficiencia. En tercer lugar, la necesidad de mejorar la información que los laboratorios y las comunidades autónomas deben remitir a la dirección general. En cuarto lugar, la falta de homogeneidad y extensión de la información sobre el consumo hospitalario disponible en el ministerio. En quinto lugar, la necesidad de mejorar la comunicación informática entre Raefar y Alcántara. En sexto lugar, la necesidad de evaluar posibles modificaciones del sistema de precios de referencia. En séptimo lugar, la utilización de techos de gasto conjuntos para presentaciones farmacéuticas que pertenecen a distintos laboratorios, hacen de difícil comprobación el cumplimiento del límite fijado en las distintas resoluciones y sus retornos al Sistema Nacional de Salud.

Tras el análisis de estas observaciones, el departamento ha realizado las siguiente actuaciones: En relación con el área de recursos humanos, el departamento, al igual que el conjunto de la Administración General del Estado, tuvo que adaptarse a la coyuntura económica del periodo analizado, que afortunadamente está siendo revertida y confiamos que en el anteproyecto de Presupuestos Generales del Estado 2018 podamos contemplar acciones para incorporar nuevos efectivos. En este punto apelo igualmente a su compromiso para que todo esto pueda ser aprobado en los Presupuestos Generales del Estado. En cuanto a los procedimientos normalizados de trabajo, estos se están realizando a todos los niveles; en los últimos meses se han publicado los reglamentos de funcionamiento de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y actualmente se está trabajando en el reglamento de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 13

Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se ha mejorado también la información que remiten los laboratorios a través del sistema Seguimed, lo que está permitiendo el seguimiento pormenorizado de los techos de gasto de los medicamentos a través de las correspondientes comisiones de seguimiento. Adicionalmente, se ha mejorado y homogeneizado la información remitida por las comunidades autónomas, lo que ha permitido durante el año 2017 comenzar la publicación de los datos de consumo hospitalario. Se está procediendo a la actualización del sistema de precios de referencia; se ha publicado ya la consulta pública para la modificación del real decreto incluido en el plan anual normativo del presente año, y se han dejado de utilizar sistemas de techo de gasto que apliquen a medicamentos pertenecientes a distintos laboratorios, lo que ha facilitado mucho el seguimiento de dichos techos. Asimismo, se están elaborando procedimientos normalizados para la aplicación de los techos de gasto por las comisiones establecidas al efecto.

Señorías, se entiende, por lo tanto, que el departamento ha tomado en consideración las conclusiones y recomendaciones emitidas por el Tribunal de Cuentas y ha puesto o está poniendo en marcha las actuaciones necesarias para su resolución. Sin duda, los resultados de dicho informe de fiscalización suponen una oportunidad para la elaboración de un plan de acción que incluya medidas a corto y medio plazo, que permitan a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud mejorar los procedimientos para la toma de decisiones y con ello cumplir los objetivos previstos.

Por lo que se refiere a las reformas en política farmacéutica que tiene previsto acometer el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, me complace informarles de que algunas de ellas ya han sido comentadas por miembros de mi equipo. Un aspecto fundamental que queremos fomentar desde el ministerio es el impulso del papel coordinador del departamento en las relaciones con las comunidades autónomas. Todos compartimos el objetivo último de conseguir una mejor salud y bienestar de los ciudadanos y el alineamiento de actuaciones nos refuerza a todas las administraciones públicas, la Administración General del Estado y las autonómicas. En este sentido, se van a reforzar los mecanismos de participación de las comunidades autónomas, fundamentalmente a través de la Comisión Permanente de Farmacia, del Consejo Interterritorial de Salud y de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios. En el seno de la Comisión de Farmacia se va a fomentar su participación constituyendo grupos de trabajo que analicen y propongan actuaciones de mejora sobre el gasto farmacéutico, que establezcan criterios comunes para el acceso equitativo a la innovación farmacéutica, que participen en la definición de los sistemas de información de utilización de medicamentos desarrollados por el ministerio, tanto en el ámbito hospitalario como en el de receta. Además, desde el punto de vista del procedimiento, estamos revisando, de forma consensuada, el reglamento de régimen interno para definir con mayor precisión tanto los mecanismos de recogida de propuestas para el orden del día, los procedimientos para la toma de decisiones, así como el calendario y número de reuniones ordinarias de la citada comisión. En resumen, lo que se pretende es que la Comisión de Farmacia sea un instrumento real que dote de mayor cohesión al sistema.

En relación con lo anterior, queremos también comenzar una nueva etapa en la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios, aprovechando las modificaciones en su composición producidas hace poco menos de un año en su decreto de estructura. Estas modificaciones se centran, en primer lugar, en una mayor participación de las comunidades autónomas, que pasan de tener dos a tener tres representantes, con otros tres adicionales como vocales. En segundo lugar, la aprobación de un reglamento de funcionamiento interno, que pueden ustedes consultar en la web. En tercer lugar, la agilización de las resoluciones de precio y financiación por dos mecanismos: por un lado, una mayor periodicidad de las reuniones, que en este momento ya tienen periodicidad mensual, con una previsión de diez reuniones este año. Y por otro lado, reducir los tiempos para la toma de decisiones. Y en cuarto lugar, simplificar el funcionamiento de la comisión con una remodelación de los anexos de precio y financiación que han pasado de diecisiete a cuatro.

Otro de los aspectos relevantes en materia de política farmacéutica se centra en las actuaciones dirigidas a asegurar la sostenibilidad financiera. Queremos hacer compatible el acceso de los pacientes a la innovación con la necesaria sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, en los últimos años, y como consecuencia de los elevados precios solicitados por muchos medicamentos que están asociados a un alto grado de incertidumbre, tanto clínica como de impacto presupuestario, se ha avanzado mucho en la gestión de los acuerdos de sostenibilidad adicionales a la financiación. Los techos de gasto y el coste máximo por paciente se están consolidando como herramientas con las que salvaguardar los principios de sostenibilidad y dar entrada a la innovación. Para su control utilizamos la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 14

aplicación Seguimed y constituimos comisiones de seguimiento específicas para cada medicamento, existiendo en la actualidad ocho acuerdos vigentes de techo máximo de gasto. Además, en este último año, se ha puesto en marcha un nuevo procedimiento que permite minorar la incertidumbre del precio de los medicamentos una vez finalizado el acuerdo de techo de gasto, debido a que se acuerdan revisiones automáticas del precio con las empresas en función de las ventas reales del medicamento en el último año de vigencia de los techos máximos. En este mismo sentido, otra de las estrategias a poner en marcha y que se está definiendo actualmente, es un procedimiento ágil y sistemático que nos permita establecer una revisión de precios, teniendo en cuenta diversos factores: el valor real del medicamento una vez en el mercado, la evolución de su utilización en relación con las previsiones realizadas en el momento de la resolución y la posible aparición de alternativas en el mercado para la misma patología. Otra de las actuaciones en materia de sostenibilidad del sistema se centra en la estrategia de fomento de la utilización de medicamentos fuera de patente. Tenemos que conseguir identificar medidas que permitan hacer más atractiva la utilización de genéricos y biosimilares, tanto desde el punto de vista del prescriptor como del farmacéutico que los dispensa como de los pacientes. Debemos seguir impulsando políticas en favor de los genéricos, con el objetivo de alcanzar cuotas similares a las europeas, cercanas al 60%. Asimismo, en materia de medicamentos biosimilares, con implantación efectiva tanto en hospitales como en atención primaria. Para ello, se trabaja desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la valoración del marco de desarrollo legislativo de la intercambiabilidad. El modelo de equilibrio en el que se trabaja es aquel que permite la rápida entrada de medicamentos genéricos y biosimilares y las consecuentes economías que de ellos derivan, con lo que estos ahorros se reasignan inmediatamente a financiar nuevos medicamentos, mucho más costosos.

Por otro lado, también en materia de política farmacéutica, somos conscientes de que la sociedad demanda dotar a los procedimientos de toma de decisión de una mayor transparencia. Es por ello que se están comenzando a visibilizar aspectos relevantes como los reglamentos que rigen la toma de decisiones en las comisiones más relevantes, la publicación de los acuerdos de precio y financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica, la composición de las distintas comisiones o los principales indicadores de la prestación farmacéutica. En el ámbito normativo les informo de que los principales retos de la política farmacéutica son: modificación de los artículos 90 a 99 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la modificación del Real Decreto 177/2014, que regula el sistema de precios de referencia, el Real Decreto de precios y financiación de productos sanitarios y el Real Decreto de publicidad e Información a profesionales. Naturalmente, no es posible abordar todos estos proyectos de forma simultánea, es por ello que hay que concentrarse en aquéllos asuntos que tengan mayor urgencia y cuya tramitación pueda abordarse con éxito. En este sentido, es crucial introducir pequeñas modificaciones en el sistema de precios de referencia, que es una herramienta clave para la sostenibilidad de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Son ya más de diez años utilizando esta herramienta en la contención del gasto farmacéutico y es cierto que, siendo una herramienta muy valiosa, queremos evitar que, a futuro, se pueda convertir en algo que retrase verdaderas innovaciones incrementales en medicamentos clásicos de valor para los pacientes. Este proyecto normativo ya ha sido sometido a consulta pública y en este momento se está elaborando el articulado teniendo en cuenta las distintas observaciones recibidas en precios.

En lo relativo al proyecto de real decreto de precios y financiación de productos sanitarios, es un tema que lleva pendiente más de diez años; por lo tanto, se le ha dado prioridad. Su objetivo es actualizar el marco normativo de los productos sanitarios regulando la financiación de los mismos en la prestación farmacéutica ambulatoria, de forma que se determinen los márgenes mayorista y minorista y permita reabrir la oferta de determinados efectos y accesorios, congelada desde la promulgación de la Ley 29/2006. Este proyecto ha finalizado ya igualmente la fase de consulta pública y está en la fase final de su redacción previa al trámite de información pública.

Finalmente, la desregulación producida por el vigente artículo 78 del texto refundido en materia de publicidad de medicamentos, y dado el tiempo transcurrido desde el actual marco normativo, aconsejan tramitar una norma reglamentaria coherente con el momento que vive el sector farmacéutico.

Este proyecto se ha incluido en el Plan normativo del año 2019 aunque ya se han comenzado con las reuniones previas con representantes del sector y de los pacientes.

Por otro lado, el precio excesivo que en algunos casos se solicita por la innovación farmacológica hace necesario que intentemos establecer *a priori* un modelo de abordaje de la innovación en medicamentos de alto impacto económico y sanitario que prevenga que se tengan que tomar decisiones

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 15

precipitadas, una vez que el fármaco se encuentra disponible en el mercado. Esto supone que el modelo debe ser integral y abarcar todas las fases de la vida del medicamento, desde la investigación con ensayos clínicos en nuestros hospitales, en los que debemos garantizar el acceso al medicamento al paciente independientemente del momento del proceso de registro y financiación en el que se encuentre, pasando por las estrategias de precios y financiación, el establecimiento de criterios de inicio, seguimiento y retirada de medicamentos, la creación de registros, la evaluación de resultados en salud y la toma de decisiones en función de la información obtenida.

La financiación de este nuevo modelo se incluyó en el Programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, programas de formación para facultativos médicos, odontólogos, farmacéuticos, y enfermeros. Esta propuesta de modelo para enfermedades ultra raras —genéticas, enzimáticas o procesos oncológicos— fue informada en el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y ya se ha implantado con éxito. De esta forma, el pasado mes de enero se comenzó la implantación del modelo con la inclusión en la financiación pública de Nusinersen, un medicamento indicado para tratar la atrofia medular espinal, que afecta a 300-400 pacientes en España.

En el caso de este fármaco el modelo contempla: la continuación del tratamiento de manera gratuita para los pacientes incluidos en los ensayos clínicos o aquellos que habían tenido acceso al mismo a través del procedimiento de acceso precoz; la elaboración de un protocolo farmacoterapéutico; el registro de monitorización terapéutica centralizado en el ministerio con las variables de seguimiento del tratamiento de los pacientes, y la evaluación de resultados. El protocolo farmacoterapéutico permite disponer de unos criterios de tratamiento homogéneos para todo el Sistema Nacional de Salud, estableciendo los pacientes candidatos al tratamiento y al seguimiento del mismo. El protocolo se ha elaborado desde la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, y en constante colaboración con expertos seleccionados por las comunidades autónomas y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que participaron en la elaboración del informe de posicionamiento terapéutico. Adicionalmente, se contó con el asesoramiento de expertos clínicos en el tratamiento de los pacientes con esta enfermedad. El protocolo de tratamiento fue aprobado durante la reunión de la comisión permanente de Farmacia celebrada el día 26 de enero y es efectiva en el nomenclátor desde comienzos del presente mes de marzo.

Por su parte, el registro de monitorización de la efectividad terapéutica, centralizado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, permite recoger las variables de seguimiento del tratamiento consensuadas con los profesionales, lo cual nos permitirá obtener un mayor y mejor conocimiento de los resultados en salud que ofrece esta nueva alternativa terapéutica.

Otra línea de política farmacéutica tiene que ver con los proyectos de investigación relacionados con la eficacia, efectividad y nuevas terapias avanzadas. Cabe destacar en esta línea de trabajo sobre la efectividad, la convocatoria de proyectos de investigación clínica independiente en terapias avanzadas publicada en noviembre de 2017 por el Instituto de Salud Carlos III. Esta convocatoria, incluida en la acción estratégica en salud 2018 de dicho instituto, se resolverá en el presente ejercicio y contempla una línea de trabajo específica orientada a la práctica clínica en relación con la eficiencia de los tratamientos farmacológicos. Existe una reserva de 2 millones de euros proveniente de los fondos contemplados en la disposición adicional sexta del Real Decreto Legislativo 1/2015 para financiar este tipo de estudios. Además, esta misma convocatoria incluye otras líneas de interés, en el marco de la comparecencia en el que nos encontramos, como es el caso de la investigación clínica sin interés comercial, mediante ensayos clínicos independientes en general y específicos para medicamentos huérfanos y población pediátrica. También vamos a abordar un tema que requiere una reflexión profunda y es la reflexión sobre el precio de los medicamentos y el acceso de los pacientes evaluando los diferentes métodos para estimar el valor económico.

Por otra parte, vamos a seguir trabajando en los ámbitos de mejora de la eficiencia trabajando con Ingesa para perfeccionar el modelo de compras centralizadas incorporando la información de la que dispone el ministerio tanto en lo referente a los consumos hospitalarios como la que deriva de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos.

Señorías, un área que en todas las organizaciones es motivo de mejora es la gestión de los sistemas informáticos y soporte necesarios; en nuestro caso, para la gestión de los procesos de evaluación y fijación de precios y financiación con cargo a fondos públicos. Incluye la actualización y adecuación del nomenclátor. Si bien se pone mucho énfasis en la gestión relativa a los nuevos medicamentos, no por ello se deja en segundo lugar a las unidades que permiten la actualización continua de los sistemas de gestión

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 16

y proporcionan conocimiento exacto de la situación, además de procesar y gestionar numerosas materias administrativas y jurídicas. Este es un aspecto importante y cada vez más el mundo de las tecnologías es relevante.

Señorías, debo referirme ahora a la preparación que desde el departamento se realiza en el ámbito de Sevem, sistema español de vigilancia de medicamentos. Durante este curso tendremos que coordinar una serie de actuaciones con la Agencia Española de Medicamentos, la Dirección General de Farmacia y las comunidades autónomas para hacer posible que la serialización de envases de medicamentos sea una realidad en España en 2019, cumpliendo así con un importante compromiso de nuestro país con la Unión Europea. La adaptación a la directiva para evitar la entrada de medicamentos falsificados en nuestro país es un proceso complejo, y esto va a requerir hacer modificaciones importantes en aspectos de los procedimientos de trabajo y de gestión del día a día. España siempre ha dado muestras en cumplir en plazo las exigencias comunitarias y estoy convencido de que con el apoyo de todos se va a conseguir. Afortunadamente, nuestro sistema de acceso a los medicamentos está muy bien legislado, realizado y controlado, lo que ha permitido evitar que un medicamento falsificado haya llegado a manos de un paciente. Esto es un buen nivel de salida. La serialización de cada envase de medicamentos nos va a permitir mejorar la trazabilidad de los mismos y seguramente implantar mecanismos que mejoren la seguridad de los pacientes y esto ha sido una petición insistente de los sistemas sanitarios.

También se abre otra posibilidad y es la de poder realizar la facturación de recetas por medios totalmente electrónicos. Por lo tanto, nos enfrentamos al reto de conciliar posturas y aspectos de debate con relación a la gestión y competencias de las comunidades autónomas y de otras instituciones. Para ello hay aspectos clave que deben ser garantizados en el proceso; conexión entre nodos y, en segundo lugar, la garantía en la protección de datos de consumo, de los centros que participan en el proceso, estableciendo con claridad quienes son los garantes del proceso, el lugar donde se van a almacenar estos datos, el nivel de agregación de los mismos y los niveles de acceso de los distintos actores que intervienen en el proceso.

Otro de los aspectos a potenciar, como sus señorías estarán pensando, es el necesario estímulo a la investigación y producción en nuestro país a través del Plan Profarma. Este plan destaca a las empresas del sector que investigan y fabrican en España y crean riqueza, demostrando con ello su compromiso con el crecimiento económico de nuestro país.

No quiero dejar de mencionar la actividad internacional, que es una de las líneas a impulsar en esta legislatura, y por ello se seguirá participando en los foros internacionales creados en la pasada década y se cooperará intensamente en los nuevos grupos constituidos para intercambio y abordaje de proyectos específicos como el grupo de La Valetta o acuerdos internacionales en materia de medicamentos.

Finalizo, pero antes quiero anunciarles que España está participando en una iniciativa impulsada por la Comisión Europea en forma de declaración conjunta en materia de medicina personalizada con el fin de reforzar la cooperación de los Estados miembros en esta materia. Todo ello está enmarcado en el conjunto de acciones que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad definen en coordinación con el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, para el desarrollo del Plan de medicina personalizada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. El objetivo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y anunciado por la ministra, es apoyar todas las iniciativas que se lleven a cabo para favorecer el acceso de los pacientes a la medicina personalizada y de precisión.

Con esto y sin más, señorías, doy por concluida esta primera intervención. Les pido disculpas por la extensión, creo que era un tema importante explicar el esfuerzo que ha hecho nuestro Gobierno y toda la sociedad a través de los distintos sectores de España para tener un buen plan de resistencias antimicrobianas y espero haber dado respuesta a las necesidades de información existentes y quedo a su disposición para las valoraciones y las preguntas que consideren oportuno realizar.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castrodeza, por su, efectivamente, extensa intervención.

Es el turno de los grupos. Como suele ser habitual, correspondería empezar por quien ha pedido dos de las tres comparecencias que han tenido lugar ahora, pero entendiendo que a veces los portavoces de los grupos pequeñitos se tienen que multiplicar y sabiendo que el señor Olòriz tiene que participar ahora mismo en la Comisión de Educación, si no les parece mal, como excepción, y sin que sirva de precedente, lo dejo bien claro, podríamos empezar por el señor Olòriz. ¿Les parece bien? **(Asentimiento)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 17

Tiene la palabra, señor Olòriz.

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Muchas gracias, presidente, y aceptando que no es un precedente para que otras veces vuelva llorando en una realidad que es ya congénita de los grupos pequeños.

Quiero agradecer al señor Castrodeza la extensión y lo prolijo de su intervención, una verdadera prueba de resistencia para usted y también un poco compartida para todos los demás. Sabiendo que usted venía, he estado haciendo algunas consultas con cargos directivos de salud de la Generalitat de Catalunya, los que no forman parte de las cabezas cortadas que esta mañana la vicepresidenta tan orgullosa estaba. A la espera de tener un nuevo Gobierno y de los trasplantes oportunos de cabezas que hagan falta, hay que decir también que había una general satisfacción por como se ha desarrollado el Plan nacional de resistencia a los antibióticos. Uno se hace la pregunta del interés que usted tenía para venir a hablar de un plan que ha sido un salto cualitativo, sin duda, respecto a lo que había en nuestro país y en el que ha habido una buena participación de las comunidades autónomas en la planificación y ejecución sobre todo en estos dos últimos años. Es cierto que hay una cierta expectación, que a lo mejor por razones de tiempo ha sido imposible que usted me las despeje, del nuevo plan 2019-2023, esto es claro. Hay algunos elementos que forman parte de las preguntas que yo le haría sobre este tema, especialmente investigación y desarrollo, y la extensión a otras universidades del conjunto del Estado que están trabajando muy directamente en este tema y nuevas líneas de investigación que se puedan aprobar en estos próximos años. Aquí llegamos al tema, la necesidad de una mejor financiación de estas líneas de investigación.

Segundo elemento. Se refiere a esta dicotomía de colaboración-presión con la industria farmacéutica. Es claro y usted lo comunicaba cuando hablaba de este bucle en el que se ha entrado en el tema de prescribir aquellos antibióticos imprescindibles y que los envoltorios y los instrumentos sean los adecuados, un poco como la presión a la opinión pública bien entendida. Cuando la información, a veces por razones presupuestarias, deja de ser lluvia fina y pasa a ser lluvia estacional, se puede volver otra vez a la situación inicial. De ahí la importancia de esta cuestión.

Tercer elemento, la colaboración en la formación de los profesionales, esto como un elemento no solo de un cursillo sino de una realidad permanente y de la posibilidad sobre todo de la autoformación o mejor dicho la formación en los sitios de trabajo a partir de la realidad existente en cada una de las estructuras hospitalarias que tenemos en el Estado español.

En los otros temas yo seré muy breve. La verdad es que le haremos una batería de preguntas posteriormente por escrito, me parece más oportuno y nos puede ayudar más a este trabajo de control parlamentario. De todas maneras, he de decirle una cosa. Tenemos abiertos una serie de temas muy importantes con la ministra y le agradeceríamos que le transmitiese nuestro interés para que esté presente lo antes posible en esta Comisión para que pueda informarnos de una manera, si hace falta, tan prolija como usted respecto a aquellas preguntas que ella sabe que queremos que se nos conteste.

Muchas gracias por todo y gracias a la Presidencia por permitirme ausentarme ahora mismo e ir a la otra Comisión. Gracias.

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

Por el Grupo proponente, el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Buenas tardes a todos, al señor Castrodeza y también al resto de compañeros de la Mesa y de la Comisión y al resto de autoridades del Ministerio de Sanidad que nos acompañan. Desde luego, se ha merecido hoy el sueldo con esta explicación que nos ha dado, señor Castrodeza; usted es bienvenido siempre en esta Comisión, lo que pasa es que viene tarde, porque la solicitud de comparecencia que le hizo el Grupo Socialista para explicar el informe del Tribunal de Cuentas del ejercicio económico 2014-2015 se la hicimos el 16 de enero de 2017, son catorce meses para explicar un informe del Tribunal de Cuentas. Esto no puede ser, como tampoco puede ser que usted emplee setenta minutos para explicarnos estos tres aspectos tan fundamentales y luego los grupos tengamos escasamente quince minutos para hablar sobre tres temas, sobre todo uno de ellos, el de la política farmacéutica, que nos parece esencial. Por tanto, ahorraré todo el tiempo posible en la explicación del Plan de lucha contra las resistencias a antibióticos y el informe del Tribunal de Cuentas, no porque no sean importantes los dos, sino porque me quiero centrar en los temas de política farmacéutica.

Sobre el plan de resistencias, usted lo ha explicado, es una emergencia mundial y España, desgraciadamente, ocupa las posiciones de cola en la responsabilidad sobre el uso de antibióticos, una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 18

de cada dos prescripciones de antibióticos en España es inadecuada. Nosotros hemos estado pendientes de conocer cuál era la evaluación europea que se hacía de nuestro plan. Sabe que hay un informe de visita de los centros europeos de control de enfermedades que se hizo en el año 2016, que nosotros pedimos en enero de 2017; ustedes nos respondieron que todavía no lo tenían y se ha hecho público ahora en enero de 2018, no entendemos por qué un informe de evaluación sobre el Plan de resistencias antibióticas tarda dos años en publicarse, así es imposible que nadie, no ya el Parlamento sino ni siquiera los profesionales y las sociedades científicas, pueda tener ningún conocimiento de cuál es el seguimiento y la evaluación de este plan.

En este informe de los expertos europeos se hacen quince recomendaciones de las cuales prácticamente casi de ninguna de ellas nos ha hablado usted. Se habla de establecer indicadores objetivos y alcanzables de resultados en este plan de lucha contra los antibióticos. Nos ha dicho que hay un comité que está trabajando en indicadores, pero, insisto, esta es una evaluación de hace dos años. Se habla de clasificar a las enterobacterias productoras de carbapenemasas como una emergencia de salud pública en España; se habla de crear un equipo de respuesta a emergencias por resistencias a antibióticos de carácter nacional, resolver los problemas de la falta de datos disponibles sobre el consumo de antibióticos, aquí nos ha dicho que se están implementando sistemas de información. Los evaluadores europeos hablan de falta de financiación para comenzar la aplicación del plan estratégico de actuación frente a las resistencias a antibióticos; de financiar y facilitar los test rápidos para los médicos de atención primaria para detectar la causa de la infección y si es necesario y puede ser eficaz o no un antibiótico; hablan de incrementar el alcance y el número de especialistas en medicina preventiva en los hospitales —usted, sin duda, que es especialista en medicina preventiva lo debe conocer—, y hablan también de la falta de reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas. Hace dos años, este Parlamento se lo ha pedido en dos ocasiones, la última en esta legislatura y ustedes, en la respuesta a una pregunta del Grupo Socialista sobre qué medidas han tomado para reconocer la especialidad de enfermedades infecciosas nos responden de la manera que ustedes nos suelen responder, como un burócrata que dice que se va a constituir una comisión que se va a llevar a no sé qué otro comité de recursos humanos, pero en definitiva no hay ninguna actuación después de dos años de haber pedido el reconocimiento de esta especialidad.

Solamente nos ha dado un indicador de resultados, que es bueno, pero es muy insuficiente: que se ha reducido el consumo de antibióticos un 5%. Yo le pido que tomen ejemplo de algunos otros programas autonómicos que están logrando resultados mucho más ambiciosos que el que usted nos ha planteado; un ejemplo es el programa Pirasoa, de la Junta de Andalucía, que desde 2014 ha conseguido reducir un 19% el uso de antibióticos hospitalarios y un 27% el uso de antibióticos en atención primaria. Esos son objetivos realmente importantes y no este escaso 5% que usted nos presenta.

Sobre el informe del Tribunal de Cuentas, permítame que le diga que ha hecho una lectura un poco selectiva, a su favor, del tribunal, y con esto ocurre lo mismo que con el informe de los expertos, el informe del tribunal es de los ejercicios 2014-2015 y ustedes tuvieron conocimiento de él en 2016, a partir del cual han ido haciendo alegaciones al informe; por tanto, han tenido dos años para poder comenzar a implementar las recomendaciones que les hacía el Tribunal de Cuentas. La consideración general, que yo comparto, que hace el tribunal es que existe —y leo textualmente— excesiva discrecionalidad en los procedimientos y criterios para incluir medicamentos en la cartera de financiación pública y fijación de su precio, una consideración general que coincide totalmente con la conclusión que también tuvo la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia en mayo de 2015.

No se están cumpliendo los requisitos de la Ley de garantías del medicamento, una ley que establece una serie de requisitos de procedimiento y de transparencia en relación con la fijación de precios, que deben tener en cuenta los análisis de coste-efectividad, del impacto presupuestario y los informes del comité asesor, por cierto, comité asesor que sigue sin constituirse, señor Castrodeza, el comité asesor que usted sin duda conoce y que está en la Ley de garantías del medicamento para la financiación de la prestación farmacéutica.

Usted ha olvidado decir que una de las recomendaciones del tribunal es iniciar un estudio para evaluar el impacto sobre la salud de la población debido a la falta de adherencia a los tratamientos, por las dificultades en la retirada de medicamentos prescritos de las farmacias. Ya es hora de que les preocupe la falta de continuidad y acceso a los medicamentos que está suponiendo el copago farmacéutico que ustedes impusieron en 2012. Pide también distintos mecanismos de mejora en la información, pero sobre todo incrementar los recursos humanos del Ministerio de Sanidad, de su secretaría y de otras dependencias

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 19

del Ministerio de Sanidad. El Partido Socialista le pidió en el Senado un plan de recursos humanos del Ministerio de Sanidad que no salió adelante porque ustedes lo bloquearon en el Senado. Es imprescindible que el Ministerio de Sanidad cuente con los recursos técnicos necesarios para poder hacer frente a sus responsabilidades. Y no nos lo fie a los presupuestos de 2018 que tantas dificultades tienen ustedes para aprobar, porque ya han aprobado los de 2017 y 2016 y, le vuelvo a insistir, que ustedes tuvieron conocimiento de este informe en el año 2016.

Habla también de que hay que mejorar la gestión de las aportaciones por volumen de venta de las compañías farmacéuticas, previstas en la disposición adicional sexta, porque los retrasos están beneficiando a las empresas, y demuestran el poco interés por disponer de esos recursos por parte del Ministerio de Sanidad. Por último, le pide una auditoría de los últimos cinco años sobre el impacto económico de la deficiente gestión y control administrativo de las administraciones fiscalizadas en cuanto a las prestaciones farmacéuticas. Por tanto, los problemas que ha visto el Tribunal de Cuentas no son menores cuando pide que se haga una auditoría de los últimos cinco años. Esperamos que esta auditoría esté disponible lo antes posible.

Paso a la política de medicamentos. La política de medicamentos que ha tenido su ministerio a lo largo del último año solamente se puede entender como una política de improvisaciones, de ocurrencias, de desmentidos y de rectificaciones, empezando por enero del año pasado cuando la ministra Montserrat anunció que iba a revisar los tramos de los copagos y un día después se desdijo ella misma y negó que se fueran a revisar dichos tramos. Pocos días después de la toma de posesión de la nueva directora general de Cartera y Farmacia, anunció textualmente una revolución en la fijación de precios de los fármacos; esto fue a mitad de septiembre, en octubre, quince días después, ya dijo que eso lo dejaba para 2019, que iba a empezar por la revisión de la fijación de precios de los productos sanitarios. Dos días después anunció que iba a cambiar los precios de referencia y la Ley de garantías; no sabemos nada de esto porque no hay ninguna previsión de modificación de la Ley de garantías en el proyecto normativo del año 2018. Anunciaron grandes medidas innovadoras para promover los medicamentos genéricos; habla aquí la prensa de que iban a repartir fondos entre las comunidades autónomas que más genéricos dispensen, y lo que sabemos es que hace una semana ustedes se opusieron a una propuesta del Partido Socialista en el Senado para establecer un plan estratégico de promoción de los medicamentos genéricos. Podría seguir con este tipo de ocurrencias y de improvisaciones, pero, insisto, la falta de tiempo me lo impide.

Desde que ustedes están gobernando, lo que han conseguido es, en términos de gasto farmacéutico, reducir en 1050 millones la factura de farmacia del Sistema Nacional de Salud por recetas, exactamente habiendo pasado de 11 000 millones que había de gasto en el año 2011 a 10 170 millones, que es lo que se ha gastado en el año 2017. Pero no es un ahorro, porque estos 1000 millones que ha dejado de pagar el Sistema Nacional de Salud han supuesto 1600 millones más de gasto del bolsillo de las familias en medicamentos en España, que es exactamente lo que dice la encuesta de presupuestos familiares, 1600 millones más de gasto farmacéutico por su medicamentazo y por su copago farmacéutico. Y lo lamentable es que quienes más están pagando estos 1600 millones son precisamente las personas con menos recursos. Tiro también de la encuesta de presupuestos familiares para demostrarle que los jubilados con rentas inferiores a 18 000 euros han pasado de gastar 522 millones de euros en 2011 a 1050 millones en 2015. Por eso no es de extrañar que entre un 4 % y un 6 % —4 % según el barómetro español, 6 % según el eurobarómetro de personas— digan que no pueden comprar medicamentos porque no se lo pueden pagar. Al señor Rajoy, presidente del Gobierno, le parece antiguo indexar las pensiones al IPC, nos lo dijo en el Pleno del Parlamento, pero le parece muy bien indexar la factura de la industria farmacéutica al PIB, que es además superior al IPC, explíquenos esta contradicción, porque yo, sinceramente, no la entiendo.

Ustedes modificaron de manera unilateral en la última Ley de Presupuestos Generales del Estado que aprobaron con mayoría absoluta precisamente la Ley del medicamento y desde entonces, al eliminar la prioridad del genérico sobre el medicamento de marca, los datos de uso de genéricos en España se han venido abajo. Concretamente, tenemos ahora mismo un porcentaje de genéricos de un 20 % en valor, un 40 % en unidades, que está muy lejos, como usted también lo ha dicho, de las cifras europeas. Sin embargo, lo fían también a una estrategia de genéricos que no sabemos en qué consiste cuando mientras tanto hay un grupo político minoritario que me merece todo el respeto del mundo, razón de más, porque provienen de Navarra, como UPN, que les va a enmendar la política de genéricos. Oiga, esto yo no lo he visto nunca, que un ministerio se siente a esperar que un grupo minoritario le diga qué política de genéricos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 20

tiene que hacer. Insisto, no basta con fiar al futuro estrategias, hay que tomar decisiones ya, porque el sector y sobre todo las personas que dependen de los medicamentos se lo exigen.

Nosotros no estamos de acuerdo con los acuerdos que han firmado con Farmaindustria, a nuestro juicio son complemente contraproducentes, son contradictorios con no querer indexar las pensiones y sí los precios de los medicamentos, exige mucha más claridad. Les pedimos tomar medidas sobre los precios de los medicamentos desfinanciados en 2012; se han incrementado de media el 75% y son medicamentos algunos de ellos de prescripción médica, es decir, son necesarios para mantener la salud de las personas. El gasto farmacéutico está desbocado, ha crecido un 6,3% en el año 2017, si descontamos el efecto de los tratamientos de hepatitis; para los próximos tres años se prevé un incremento del 4,5%, y que en el año 2021 ya supere el gasto de la farmacia ambulante.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fernández, debe ir concluyendo.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don José María): Terminó.

Hay muchas otras medidas que están pendientes de realizar, como el desarrollo de los precios seleccionados que contempla la Ley de garantías, una estrategia que la Junta de Andalucía llevó adelante con su selección de medicamentos públicos, que permitiría ahorrar de extenderse al resto de España unos 600 millones; por tanto, sí hay alternativas, señor Castrodeza, lo que pasa es que su ministerio no las pone en marcha.

Quiero preguntarle sobre un asunto de absoluta actualidad, y aquí nos lo dejaba, que es qué conoce usted y qué medidas está tomando el ministerio sobre la crisis y el fraude de las clínicas iDental en España.

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

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchísimas gracias.

Si algo demuestra esta sesión es que la labor de control de este Parlamento al Gobierno tiene que dar un cambio sustancial, porque es difícilmente posible realizar el control al Gobierno con una sesión como esta, que tiene algunos temas de los que se ha hablado, como el que me voy a referir ahora, que merecería una sesión monográfica como aquella que se tuvo sobre el virus C, entre otras cosas porque ya la cifra de mortalidad asociada a las infecciones multirresistentes es mayor, es bastante mayor que la cifra de mortalidad asociada al virus C, por ejemplo, habiéndosele dedicado muchísimo menos tiempo y muchísimos menos recursos.

Usted nos ha dado un montón de buenas noticias que van a suceder, y nos alegramos de las cosas buenas que van a suceder, pero lo que tenemos que hacer también en este Parlamento es ver dónde estamos y ver qué es lo que ha sucedido durante todos estos años. Y dónde estamos usted lo ha dicho —igual no lo ha dicho con la contundencia que yo creo que es necesaria—, estamos en el peor de los sitios de la OCDE en cuanto a infecciones multirresistentes, en uno de los peores sitios, pues lideramos la incidencia de sepsis postquirúrgica, por ejemplo; hemos tenido, hasta que nos ha dado estos datos, una tendencia creciente en el consumo de antibióticos, y usted nos dice que estos datos que van a ser publicados van a demostrar por primera vez una tendencia descendente, pero hemos liderado durante mucho tiempo, hemos estado en el pelotón delantero del consumo de antibióticos.

Nos ha hablado también de los informes de vigilancia europea sobre el consumo veterinario, pero no nos ha dado un dato del último informe que tenemos, del año 2015 si yo no estoy equivocado, que ejemplifica bien donde estamos. En España se consumen 3000 toneladas de antibióticos en veterinaria. El siguiente país detrás de nosotros es Italia, con 1300, menos de la mitad, es decir, más que duplicamos al siguiente país en consumo. Esto explica un poco por qué en España tenemos este problema de resistencias, y es una explicación importante. Usted nos ha dicho que 2600000 europeos han tenido infecciones multirresistentes, que 90000 fallecen, que 2837 personas fallecen en España debido a infecciones multirresistentes. Nos ha dado un dato, que ya conocíamos pero que es más alarmante, que es que, en el año 2035, si nuestras medidas y nuestros planes no surten efecto, la mortalidad por infecciones multirresistentes igualará prácticamente a la mortalidad por cáncer en España.

Yo me pregunto si nosotros afrontaríamos el tratamiento oncológico sin especialistas y, si no hacemos esto, por qué hacemos esto mismo sin especialistas en infecciosos, cuando las cifras de mortalidad que se pueden alcanzar van a ser prácticamente similares, y además es una de las recomendaciones que se hizo durante la visita del ECDC a España. Por tanto, el problema es de máxima gravedad, y entre las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 21

recomendaciones que nos hicieron en la visita del ECDE, están: marcarnos unos objetivos claros medibles y definibles, y la verdad yo no salgo con la idea de qué objetivos tenemos, qué vamos a medir, de qué porcentaje de mortalidad más o menos de las infecciones hablamos; si vamos a tener acceso a la información hospital por hospital, porque todos los datos que nos ha dado son altamente preocupantes de que va a continuar la descoordinación que existe actualmente en los sistemas de información entre comunidades autónomas y Gobierno central. Yo le recuerdo que la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión hacen que los sistemas de información y los sistemas de calidad residan en el ministerio; por tanto, el ministerio tendrá que arbitrar una manera para ser capaz de cumplir con su función, que es controlar los sistemas de información y controlar los sistemas de calidad, porque no podemos seguir teniendo 17 sistemas de información diferentes y 17 sistemas de control de calidad diferentes. Podemos tener 17 sistemas autonómicos diferentes, porque así lo marca la ley, pero también marca la ley que los sistemas de información y de control de calidad residen en el ministerio y que el ministerio tiene que ejercer su función, más en un asunto de tal gravedad como el que estamos hablando.

Por tanto, ¿qué sistema sancionador vamos a imponer cuando no se nos proporcione la información? ¿Vamos a tener un sistema único de información o vamos a hacer otra vez 17 tarjetas —que hemos hecho 17 tarjetas—, para luego hacerlas interoperables? ¿Haremos una cosa con sentido común o no la haremos? Esto es muy importante, tan importante como que también nos preguntamos si el control de la medicina veterinaria reside en el Ministerio de Sanidad o reside en el Ministerio de Agricultura, porque habría que tomar una decisión al respecto, pero el control de la medicina veterinaria es fundamental en este problema, como acabamos de demostrar, ya que somos el país que lidera, que más que duplica el consumo de antibióticos en veterinaria. Por tanto, en un sitio o en otro, pero tendrá que haber un control efectivo y, a ser posible, uno solo.

¿Se han marcado unos objetivos de reducción de consumo de antibióticos y colistina? Claro, los objetivos pueden parecer a primera vista ambiciosos hasta que uno conoce la realidad del consumo de antibióticos en veterinaria en España, es decir, no podemos tener otro objetivo que reducir porque no hay casi manera de empeorar.

Respecto al presupuesto y al programa, nos gustaría saber con qué presupuesto global contamos, porque lo ha dado de manera desmenuzada; me gustaría saber si tenemos un presupuesto global del plan, porque se calcula que no menos deberíamos gastar de 2 o 3 millones de euros, y nos gustaría saber cuánto dinero global vamos a dedicar al plan. He de recordar que en el plan del virus C se estima que se gastó —yo todavía no he conseguido tener una cifra fiable— del tenor de 1500 a 1700 millones en la erradicación de virus C, y estamos hablando, ya digo, de 2800 muertos al año, probablemente de más de 40000 muertos. No parece una cifra descabellada la que se propone desde la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas.

Respecto a la investigación, es verdad que es importante investigar en antibióticos y el hecho es que el plan que lidera la Agencia Española del Medicamento, Plan Profarma, para cubrir la investigación en nuevos fármacos, nos dice en su último informe que mientras que antineoplásicos en investigación necesarios hay del orden de 1100, en nuevos antibióticos hay 120, esto es, 10 veces menos. Quizá convendría darle una vuelta al Plan Profarma para orientarlo hacia un problema que, como usted ha dicho y como se ha demostrado con los datos, es un problema de gran magnitud.

Pasamos ahora a la cuestión de la política farmacéutica, intentando decir en diez minutos todas las cosas que hay que decir, que es un asunto complicado, pero sé que el presidente no me dejará un segundo más. Le diré que vamos a estar de enhorabuena; es la primera vez que sabemos o que parece que sabemos cuánto gastamos en farmacia hospitalaria, no está mal; en 2017 ya hemos conseguido saber que hemos gastado 5572 millones de euros, hasta noviembre, en farmacia hospitalaria; es la primera vez que se sabe, enhorabuena. **(Risas)**. Ahora ya sería la bomba si consiguiéramos saber cómo ha sido el gasto comunidad por comunidad, hospital por hospital, eso ya sería la bomba, pero mucho nos tememos que nos volverá a pasar que nos quedaremos sin saberlo. Y es difícil controlar el gasto farmacéutico si no sabemos quién gasta, cómo gasta, y dónde gasta; es muy difícil. Sí lo sabemos en la farmacia ambulatoria, que es exactamente el doble, son 10000000, es decir, una tercera parte del gasto farmacéutico ha estado hasta ahora, por así decirlo, opaco, opaco al control del ministerio; naturalmente supongo yo que en los hospitales habrá alguien que sepa lo que gasta, aunque no nos lo diga.

Se han dicho cosas sobre los genéricos, que desde nuestro punto de vista son importantes, y se ha mencionado la iniciativa de UPN para cambiar el decreto de genéricos. La verdad es que no hace falta ser muy espabilado, es decir, que si hasta 2015 la cosa iba bien, hacemos un decreto y de repente el consumo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 22

de genéricos baja y la tendencia baja, parece que el decreto de 2015 no fue una idea acertada y que lo único que hay que hacer es revertirlo. Nosotros en principio con esto vamos a estar de acuerdo.

Se han dicho otras cosas —y ahora me voy a saltar un poco la labor de control al Gobierno, porque hay cosas que uno oye con poca tranquilidad—, como es el asunto de la falta de adherencia y del copago. De este asunto se ha discutido en este Parlamento y esta es la tercera ocasión y, por alguna razón, no somos capaces de sujetarnos a la evidencia. Es verdad que hay una falta de adherencia por el copago, pero lo que sí que sabemos es que esa falta de adherencia se concentra, según los estudios que hay publicados del Banco de Farmacia, de Sespas, de la Universidad de Castilla-La Mancha y de la Asociación de Economía de la Salud, básicamente en las tarjetas tipo 3, en los trabajadores con menos ingresos. Esas tarjetas tipo 3, y hay que decirlo con claridad, no se han visto afectadas por el decreto de 2012, pues ya pagaban el 40 y siguen pagando el 40. Nosotros hemos hecho dos propuestas concretas en este Parlamento para topár a este colectivo, intentar disminuir ese problema y las dos han contado con el voto negativo, tanto del Partido Socialista como del Partido Popular, lo cual, conviene recordar cada vez que se habla de este problema.

Me alegra oír, con respecto a los ensayos ...

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

El señor **IGEA ARISQUETA**: Voy a concluir en dos segundos.

Me alegra oír con respecto a los ensayos clínicos que se va a financiar, porque ha sido una propuesta nuestra, el tratamiento de los pacientes que entran en ensayo, independientemente o no de que se haya fijado precio con posterioridad. Habría unas cuantas cosas más que decir, pero también me gustaría aclarar una cosa que se ha dicho: Nosotros no estamos de acuerdo con la indexación al PIB del gasto farmacéutico porque, hasta donde yo sé, lo que se ha indexado es el gasto y no el precio, que son dos cosas diferentes. Efectivamente no estamos de acuerdo, porque creemos que lo que es necesario es que fijemos —y yo creo que hay buenas opciones para hacerlo y que entre las ideas que se han propuesto hay alguna buena— un sistema de cómo valoramos la innovación, de cómo fijamos precio de acuerdo al valor de la innovación. Y esa es una urgencia si no queremos volver a negociar una vez más, con una pistola en la cabeza, cada vez que salga un medicamento, una innovación disruptiva. Podríamos seguir un buen rato.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, lo sé, pero ya han sido los doce minutos que he dicho que iba a ser flexible. Este presidente daría muchos minutos más y muchos segundos más por la importancia del tema, por la extensión de la primera intervención, pero también en consideración a que ya tenemos esperando a las personas que van a comparecer en los dos siguientes puntos, debiéramos abreviar todo lo que podamos.

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

La señora **BOTEJARA SANZ**: Ha sido muy interesante la intervención del secretario de Estado. No voy a comentar ningún argumento de los que hayan comentado ya los anteriores vocales. En primer lugar, del uso de los antibióticos solamente voy a resaltar de todo el planteamiento que ha hecho, de toda la exposición, que lo más sobresaliente de todo y lo que puede modificar más la actuación de los profesionales, es la formación continuada que no sea siempre dirigida desde la misma fuente, que los profesionales reciban la información del sistema sanitario público. Esa es la clave.

Vamos a dejar también al margen las consideraciones del Tribunal de Cuentas de la actividad económica en el área farmacéutica del ejercicio 2014-2015, que ya se ha abordado; asumimos, según su exposición, que el aumento de genéricos biosimilares hayan compensado el gasto de las innovaciones terapéuticas, vamos a asumirlo. Según los datos que nos ha dado el ministerio entre 2015, 2016 y 2017 han puesto ustedes en el mercado 4163 fármacos, de estos 4163 fármacos, 3000 son genéricos, 44 son biosimilares y 1119 son de marca. De esos 1119 que son de marca, porque estamos hablando de 4163 fármacos y 128 principios activos —estamos hablando de esas dos cifras—, yo quiero preguntarle cuántos han mejorado los que ya teníamos en el mercado. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia).**

Por un lado, tenemos el planteamiento de que el sistema actual garantiza la sostenibilidad, pero por otro también se nos traslada que, si se mantiene esta dinámica, el sistema podría estar en situación de riesgo financiero; veamos las innovaciones últimas, como la inmunoterapia oncológica. Pensamos que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 23

efectivamente este último planteamiento es razonable, es bastante razonable; es imposible que el sistema sea sostenible, ya que usted mejor que nadie sabe que los mercados ajustan al máximo lo que puede pagar el Estado y que la avidez de los mercados es insaciable. Tenemos el ejemplo de cómo 30 fármacos en 2017 han conseguido un montante de 133 000 millones más. Se supone que los mercados van a aumentar año a año, entre un 5 % y un 10 %. Ha habido estudios en Estados Unidos que han evidenciado que muchos de los fármacos, aquellos que han analizado, superaban cuatro veces el valor que ellos querían trasladar. Es imprescindible, según pensamos nosotros, para la sostenibilidad del sistema, primero la transparencia del proceso y, si se puede seguir la trazabilidad del producto en este caso el fármaco; si no, esto es inviable.

Esto nos lleva a comentar la desigualdad. Este fin de semana hemos abordado el tratamiento, por ejemplo, del cáncer de colon; hay pacientes que depende de la comunidad autónoma en la que estén tienen tratamientos, según los protocolos actualizados, y cómo otras personas en otras localizaciones tienen tratamientos de hace diez años o bien tienen que entrar en ensayos clínicos. Eso hay que abordarlo de forma importante por parte del ministerio; no puede ser que les sea imposible asumir eso a las comunidades pequeñas que tengan que realizar tratamientos de enfermedades ultra raras, que tienen un coste importantísimo. Nuestra opción es que el ministerio debe tener un fondo, un fondo importante —como ya se dijo y ya comentó el señor secretario de Estado la penúltima vez que estuvo aquí, que puso de ejemplo la hormona del crecimiento y cómo se había hecho—, para estos fármacos y deben seguir la misma dirección, la misma dinámica y tener un fondo de cohesión bastante importante.

Ya que estamos hablando de tratamiento, no quiero perder la oportunidad de preguntarle que cómo es posible que el consejero delegado de Medtronic sea nombrado vicepresidente del consejo asesor, con lo que nuestro sistema factura a esta empresa, por ejemplo, en las bombas de insulina.

No quiero finalizar mi intervención sin trasladar al secretario de Estado nuestra preocupación por la nula implicación del ministerio. Siempre se utiliza el argumento de que la sanidad está transferida, obviando los artículos 43 y 149 de nuestra Constitución, ante determinadas situaciones, como pacientes que tienen problemas importantes de salud por no funcionar los mecanismos para proteger ésta de las disfunciones de prácticas médicas unido a objetivos mercantiles, y con esto me estoy refiriendo al colectivo de afectados por las clínicas iDental. Se lo transferimos, como nos lo solicitan los pacientes, al señor secretario de Estado.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Por el Grupo Popular tiene la palabra la señora Angulo.

La señora **ANGULO ROMERO**: Señor Castrodeza, nosotros también queremos agradecerle su comparecencia en esta Comisión y la profusa explicación que nos ha dado. Tengo que reconocer que su explicación ha sido tan concreta y tan rigurosa que no creo que ya nadie se atreva nunca más a acusarles a ustedes de falta de información, porque aquí lo que ha habido hoy, desde luego, ha sido una gran información de los temas para los que estaba convocado. También tengo que agradecerle la disposición que usted manifestó para explicar otros asuntos sobre los que los grupos parlamentarios tuvieran interés en conocer o en debatir, algo que se nos dijo que no se podía hacer y que, sin embargo, otros grupos han utilizado ahora en esta comparecencia para pedirle explicaciones sobre otros asuntos que no son objeto de esta. En fin, las cosas que vemos aquí cada día.

Sobre lo que hoy nos ocupa. Como bien ha explicado, en la lista de los retos más importantes a los que se enfrenta la salud, ocupan un lugar destacado las resistencias antimicrobianas, porque suponen una de las principales amenazas globales para la salud. Por eso nos parece importantísima su comparecencia para hablar de este tema, y nos alegra conocer que una vez más el Gobierno de España se ocupa y se preocupa intensamente de esta materia. Y digo Gobierno, porque efectivamente el plan es un claro ejemplo de colaboración multisectorial en el que participan seis ministerio, todas las comunidades autónomas, setenta sociedades científicas, colegios profesionales, universidades y más de doscientos expertos; otra prueba más de la profesionalidad con la que su ministerio elabora planes o propuestas y como participan las comunidades autónomas supongo que esas aportaciones que se han dicho o esos ejemplos que se han puesto están recogidos en el plan nacional. Un asunto, además, con el que España se comprometió, siendo de los primeros países que aprobó un plan estratégico y que viene trabajando tanto, desde el punto de vista de la sanidad humana como de la animal.

Son muchos los pasos dados en lo referente al Sistema Nacional de Vigilancia, seguridad del paciente, programas de optimización del uso de antibióticos en el ámbito de la sanidad animal; la formación de los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 24

profesionales; la participación de España en proyectos internacionales y que, efectivamente, nos darían para estar hablando aquí toda la tarde. Como esto no podemos hacerlo, yo no tendré —de sus explicaciones lo deduzco y de lo que he podido leer sobre este plan— la visión catastrofista que ha dado el PSOE y, sobre todo, la que nos da y a la que nos tiene acostumbrados el señor Igea sobre todo lo malísimo que es nuestro Sistema Nacional de Salud, y me limitaré a agradecerle la información tan profusa que nos ha dado sobre cómo trabaja el Gobierno de España para protegernos de uno de los mayores retos para la salud de las personas a la que se enfrenta el planeta.

Dado que ya se prevé un nuevo plan, nos gustaría conocer algo más sobre el mismo no solo en cuanto a las nuevas medidas, de las que usted nos ha hablado, sino también basándose en la experiencia del vigente sobre qué indicadores o métodos de evaluación y seguimiento se va a trabajar.

Comparece también a petición del Grupo Socialista para hablar de la política farmacéutica y de nuevos modelos o reformas a emprender. Además, le agradezco las concretas, concretísimas explicaciones que ha dado al respecto, pero que parecen no haber satisfecho a algunos grupos, por lo que nuevamente, permítame, que yo sí haga algunas reflexiones sobre lo que aquí se ha escuchado, porque me siguen pareciendo de justicia. Oyendo algunas afirmaciones sobre cómo han de hacerse las cosas o lo fácil que parece que se tienen que hacer algunas cosas tan deprisa, sin consenso, hacerlo a golpe de un día para otro, hoy se propone una cosa y mañana tiene que estar hecha, me explico muchas de las cosas que pasaron en este país en los últimos años. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

Señor Castrodeza, es verdad que, a su Gobierno, al Gobierno del Partido Popular le correspondió coger las riendas de este país en un momento histórico, pero no por ser un momento de éxito, sino al contrario, por encontrarse absolutamente en quiebra, y lo repetiremos cuantas veces haga falta; un momento tan negativamente histórico que estuvo a punto de dejar en absoluta quiebra el sistema público sanitario que con tantos esfuerzos los españoles habían conseguido. Y como a alguna gente le gusta hablar de memoria y aquí además hoy se nos ha hablado de cosas que han pasado en la política farmacéutica en el último año, quizá también esté bien que nosotros hablemos de esa memoria. Porque con la deuda, el déficit que se dejó a la sanidad pública española lo que se pudo poner en peligro era el suministro de los servicios básicos de salud para los ciudadanos. Me hubiera gustado saber qué hubiera pasado si ahora hubiéramos tenido que estar hablando de que los proveedores se hubieran negado a suministrar medicamentos a los hospitales o los proveedores de la tecnología sanitaria, estas resonancias o ecógrafos. Gracias a las medidas que ustedes han adoptado, hoy no tenemos que estar hablando aquí de esas cosas.

Como a usted le han convocado para hablar de política farmacéutica y posibles nuevos modelos sin referirse en nada a ese pasado muy reciente o para hacerlo de manera muy negativa, yo sí quiero decir que para hablar de reformas nuevas y de futuros nuevos, hay que hacer esta pequeña historia sobre todo lo que el Gobierno del Partido Popular ha hecho para revertir esa situación y los logros conseguidos, porque precisamente por esas reformas y medidas hoy se pueden acometer otras que hoy aquí estamos abordando en esta comparecencia. Hoy podemos estar hablando de incorporar nuevos modelos, más innovación y no de cómo salvar a un país de la quiebra, medidas que tienen que ver con conceptos como la eficiencia, la eficacia, la buena gestión de los recursos públicos, la corresponsabilidad y cuyo significado parece que la izquierda de este país sigue desconociendo. Yo quiero destacar que, en España, la incorporación de prestaciones a nuestra cartera de servicios se hace conforme a criterios de evaluación técnica que garantizan su seguridad, su calidad y su eficiencia, y se hace, como usted bien ha explicado, con participación y transparencia.

Como usted también ha explicado, el informe del Tribunal de Cuentas se refería a cuestiones más que nada formales, referidas sobre todo a sistemas informáticos, a comunicaciones, que el ministerio ha atendido y que el ministerio incluso está poniendo en marcha ya para subsanar esos defectos. Efectivamente, si coincidimos en que hay que pensar en nuevas fórmulas que nos permitan evolucionar, tenemos que decir que hasta hoy se han podido incorporar a nuestro sistema innovaciones disruptivas, costosas, sin que el sistema haya quebrado, y eso ha sido gracias a las fórmulas empleadas por su ministerio; medidas que han permitido que en España tengamos una de las mayores carteras de servicios, también de medicamentos, de los países de nuestro entorno y que se hayan introducido 244 innovaciones terapéuticas; y todo esto se ha hecho con más participación, incorporando a las comunidades autónomas en los órganos decisorios, algo que el Partido Socialista nunca quiso hacer y que ustedes no solo han hecho, sino que encima nos explica que van a aumentar incorporándolo además a otras nuevas comisiones.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 25

Se creó la red de evaluación de las tecnologías sanitarias; se han puesto en marcha, efectivamente, instrumentos financieros de apoyo a la sostenibilidad del gasto sanitario, como los acuerdos con Farmaindustria que a nosotros sí nos parecen buenos y que quieren extenderse al ámbito de los genéricos y los biosimilares, y a nosotros, como grupo, nos parece algo, señor Castrodeza, fundamental. También con nuevas fórmulas de incorporación de las innovaciones más costosas, entre ellas las compras centralizadas. Le recuerdo al PSOE, que en dos ocasiones en su intervención nos ha puesto a Andalucía de ejemplo. Si hay un ejemplo de problemas de desabastecimiento, de problemas de falta de adherencia de determinados tratamientos en este país con los medicamentos, es la Comunidad Autónoma de Andalucía. Pídanle ustedes a su presidenta que se sume a las compras centralizadas y que no ponga en peligro la salud de los andaluces.

Como le digo, nosotros creemos que hay que seguir evaluando e intentando mejorar efectiva y especialmente en el caso de las enfermedades raras y ultra raras, cuyo ejemplo es el de la atrofia medular espinal. Por eso me gustaría, si puede y tiene los datos aquí, que nos diera más información sobre cuántos medicamentos tenemos financiados en España, sobre los avances conseguidos en los mecanismos de aprobación y sus plazos, que haga referencia al tema de los medicamentos huérfanos, con las especiales características que estos tienen, porque precisamente ayer leí una reseña sobre un informe que situaba a España entre los mejores países en la Unión Europea.

Varios grupos vuelven a hablar de copago farmacéutico. Pues sí, fue otra de las reformas que se hicieron, efectivamente, pero, insisto, para hacerlo más justo, señores de la izquierda, porque mientras con ustedes un desempleado que no tenía ningún tipo de ingresos tenía que pagar el 40 % de los medicamentos, personas con grandes ingresos cuando se jubilaban no tenían que pagar. Casi trece millones de españoles tienen en este país farmacia gratuita o con topes mínimos de aportación, mientras que el grupo de pensionistas con el tope de 60 euros es el 0,1 %, 52 000 de 44 millones de tarjetas. Por tanto, no empañen un modelo que no es tal como ustedes lo cuentan. Coincidimos en que hay que seguir haciendo más, por supuesto, que el modelo admite mejoras y que las decisiones tienen que estar respaldadas con resultados en salud, y entiendo que el ministerio es consciente de ello y por eso ha hablado hoy aquí de implantar nuevos procesos, mejoras e incluso cambios legislativos que nos ha explicado.

Termino, señor presidente, hablando de algo que creo que está muy relacionado con los retos de la introducción de las innovaciones, que es la financiación de nuestra sanidad. Hablemos de verdad de ese tema. En el Partido Popular queremos abordarlo pero no desde un discurso populista o emponzoñando las negociaciones que se inician. Nosotros ya dijimos que el actual modelo, el que aprobó el Partido Socialista, no era bueno y por eso lo votamos en contra. Ahora ustedes, afortunadamente, nos dan la razón y desgraciadamente nos la dan demasiado tarde. Es un sistema malo y nosotros ya se lo dijimos. Escúchenos ahora, hablemos. El presidente Rajoy ya se lo propuso hace más de un año a los presidentes autonómicos; los expertos ya han hecho el informe; ahora de nuevo el presidente Rajoy le ha ofrecido al Partido Socialista llegar a un acuerdo sobre financiación autonómica. Acepten sentarse a debatirlo desde la responsabilidad y el conocimiento que les da estar gobernando en muchas comunidades autónomas, pero hagámoslo desde la responsabilidad, porque no hay que poner en peligro el crecimiento económico y la creación de empleo de este país, que es lo que garantiza la sostenibilidad de los sistemas públicos. El binomio buena política económica/buena política social es indivisible.

Termino, presidente, agradeciéndole el tiempo que me ha dado y agradeciéndole al señor Castrodeza sus explicaciones, sus anuncios e insistiendo en ofrecer a todos los grupos nuestra total disposición a alcanzar los máximos logros y acuerdos posibles para mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud.

Gracias.

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

Vuelve a ser el turno del señor Castrodeza, secretario general, pero en esta ocasión le pediría, por favor, que fuera telegráfico, que fuera conciso, capacidad de síntesis y mucha brevedad. Sé que esto dejará muchas cuestiones sin responder, pero es verdad, como se ha dicho, que seguramente le tendremos que dar una vuelta, como hacemos en las comparecencias que son de control —muy distintas a otras, por cierto—. Le pediría, para todo aquello que deje sin responder, que los grupos se lo formulen a través de preguntas escritas.

El señor **SECRETARIO DE ESTADO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castrodeza Sanz): Muchas gracias presidente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 26

En esta segunda parte voy a ser lo más telegráfico posible, pero es que se han dicho muchas cosas y debo responder a algunas de las cuestiones que se han planteado porque si no parecería que por nuestra parte hay un desconocimiento o una falta de respuesta. En mí no encontrarán la ausencia de respuesta y lo que no conozca diré que no lo conozco. Perdóneme, presidente, pero sí estoy obligado a responder a cosas que se han dicho, incluso algunas planteadas equivocadamente, por no decirlo de otra forma distinta. Agradezco todas las valoraciones que se han hecho por parte de los portavoces, creo que son valoraciones muy realistas y por parte del compareciente no hay nada más que gratitud porque nos ayudan a todos a mejorar, que es para lo que estamos aquí y para lo que nos eligen los ciudadanos, para hacer entre todos mejor la política sanitaria en beneficio de los ciudadanos de este país.

Por respeto al orden de intervención, al señor Olòriz, de Esquerra, que no está en estos momentos porque creo que se tenía que ausentar, le agradezco la valoración que ha hecho y le agradezco el comentario sobre la valoración positiva que desde el sector de los responsables sanitarios de Cataluña se hacía del Plan de resistencias. Lamento no haber tenido más preguntas sobre el Plan de resistencias porque creo que es tema estratégico para el país. Les pido a los señores parlamentarios que pongan mucha atención en este tema, más allá de que aprovechemos —yo soy de Valladolid— que el Pisuerga pasa por Valladolid para preguntar por otras cosas. El señor Igea entenderá lo que estoy diciendo. Creo que tenemos un plan estratégico muy importante y sería bueno que entre todos lo centráramos; por tanto, no es un salto cualitativo solamente, como decía el señor Olòriz, sino un salto cuantitativo. Hay que reconocer que España es uno de los países que ha participado más decididamente y está participando. No les quiero abrumar pero estoy obligado a decir que este plan no es fruto de una invención; en un plan muy trabajado, presentado al Consejo Interterritorial, en el que participan todas las comunidades autónomas, participan seis departamentos ministeriales, participan setenta sociedades científicas, además de organizaciones colegiales; trescientos colaboradores expertos han estado trabajando permanentemente en contacto; tiene ochenta medidas; tras una fase inicial, tenemos doce grupos de trabajo operativos; se han elaborado más de sesenta documentos. Yo les invito a que visiten ustedes la página web del ministerio y les invito a que visiten la página web de la Agencia Española del Medicamento. Allí se cuelgan todos los informes anuales del seguimiento, de los indicadores, de la evaluación. Por lo tanto, dediquen unos minutos de su preciado tiempo para que tengan una constancia de cómo estamos trabajando. Se han celebrado un total de cien reuniones de los grupos de trabajo; se ha participado en veinticinco congresos, en veinte jornadas. Permítanme que insista porque, si no cuantificamos las cosas, parece que son ideas vagas, y como a alguno de los intervinientes le gusta el número, a mí también me gusta el número. Creo que es un plan que el Gobierno de España y nuestro país tiene que cuidar, tiene que potenciar y, como todas las cosas, tiene que mejorar.

Agradezco la intervención de la representante del Grupo Popular que me preguntaba sobre lo que va a ser de alguna forma el futuro. Evidentemente, el nuevo plan 2019-2023 se ultimaré cuando sea visado y acordado por el Consejo Interterritorial, pero permitirá avanzar en datos de consumo, tanto en el ámbito de la salud humana como en la sanidad animal. Comparto la preocupación del parlamentario Igea porque es verdad que en España los datos de 2014 hacen referencia a un importante volumen de toneladas de medicamentos, pero en el mundo animal. En el mundo de la salud humana estamos mal pero no estamos tan mal, y no es una expresión de complacencia, pero también he de decir que desde el año 2015 están bajando, año tras año, la presencia de medicamentos en el mundo animal. Hablaba de datos de consumo y de la necesidad de optimización de las prescripciones de antibióticos en atención primaria y en hospitales. Comparto lo que me decía la parlamentaria Botejara, del Grupo Podemos, de que hay que trabajar mucho en la formación continuada, probablemente sea una forma de trabajar barata, poco costosa y muy eficaz. Hay que concienciar a los ciudadanos sobre el uso del antibiótico sin haber sido prescrito. Esto es importante. Todavía tenemos algunas comunidades —no voy a poner ningún ejemplo para que nadie se sienta aludido— donde hay todavía algunas líneas de mejora. Adecuación de los formatos de los antibióticos, que también ha salido aquí. Me sorprende que la gente dé consejos, como dice el refrán español: consejos vendo que para mí no tengo. Hombre. El Partido Socialista ha intentado el tema de los envases y de toda la presentación y ha obtenido un auténtico fracaso, hay que decirlo bien alto, y nosotros lo que hemos hecho es mejorar las presentaciones, adecuarlas a veinte comprimidos, que no son veintiuno, que es el tratamiento estándar, pero están trabajando las sociedades científicas en disponer de informes para saber si veinte o veintiún comprimidos podrían condicionar el éxito terapéutico, cuando la gran proporción de prescripción de antibióticos está en la atención primaria. Y que conste que el Partido

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 27

Socialista lo intentó, incluso con las dosis únicas fuera del ámbito hospitalario, y fue un fracaso. ¿Por qué? Porque es un tema tecnológico complejo y hace falta cohesionar las posiciones de muchos sectores. Hablaba de la concienciación ante el uso de antibióticos, adecuación de los formatos y también, en el ámbito de la sanidad animal, es necesario mejorar los formatos para impulsar la individualización de los tratamientos en los animales.

Quiero responder a algunas preguntas. El señor Olòriz ha hablado sobre los temas de las líneas de investigación. Evidentemente, creo que he hecho una disertación de cuántos grupos, en qué grupos están representados los científicos españoles y la coloración de la formación y de los profesionales. Aquí quiero engazar con otro tema que se ha debatido por algunos. «Es que ustedes no han tenido en cuenta los criterios que dice el ECDC», como ha dicho el Grupo Socialista. Oiga, es que no se ha leído usted el plan, no se lo ha leído usted. De todos los puntos que dice el ECDC lo único que no hemos cumplido hasta ahora es disponer de especialistas de enfermedades infecciosas en España; por ciento, teníamos un programa para crear un *expertise* en área de capacitación, que era el programa de la troncalidad, pero fue recurrido y estamos trabajando. Yo pertenezco al mundo sanitario y no me parece lógico que, procediendo de un medio sanitario, se puedan hacer afirmaciones como que ustedes están discutiendo este tema con poco interés, de manera muy burócrata. Los procedimientos de aprobación de las especialidades siguen un circuito y unas normas, nos gusten o nos disgusten, unas normas que tienen que ser aprobadas por el pleno de la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, que es el que determina qué tipo de perfil profesional necesitamos para nuestro país, y todo lo demás nos puede parecer bien o mal. Por cierto, yo soy de los que creen —y lo voy a decir públicamente aunque sea políticamente incorrecto— que el tener o no tener una especialidad, que evidentemente es importante, no va a resolver el problema de las resistencias porque entonces, ¿qué están haciendo nuestros profesionales de microbiología, de medicina preventiva, de medicina interna, de infecciosas, que están trabajando? ¿Están haciendo un mal trabajo? Es que cuando decimos las cosas creo que tenemos que pensar, y más procediendo del sector sanitario, lo que estamos argumentando. Perdónenme pero es que me apasiona este tema. Por tanto, en cuanto que los puntos a los que usted se refiere del ECDC, lamento decir que no se ha leído usted el informe del Plan de resistencias. Yo he aprendido que difícilmente el país tiene una especialidad que no quieran los consejeros, por cierto, consejeros de autonomías en las que gobiernan ustedes, ¿de acuerdo? Pregúntenle ustedes a sus consejeros, para que sepan qué opinión tienen sobre ese tema. Sigo adelante. Por tanto, con respecto al tema de los indicadores del ECDC creo que está respondido y ofrezco toda la colaboración para dar el máximo de información de los objetivos que se van cumpliendo sobre el gasto farmacéutico.

En cuanto al Tribunal de Cuentas, estamos trabajando y ha sido muy positiva la valoración porque nos va a permitir mejorar. Es verdad que hay temas estructurales, como puede ser la dotación de personas, en las que estamos trabajando, pero que ha pasado en muchos sectores de la Administración. Pero le quiero hacer una corrección. Usted se ha referido a una auditoría a la que no instan al Ministerio de Sanidad, instan al Ministerio de Hacienda y Función Pública, Boletín Oficial de 23 de 2018; consúltelo usted. Es simplemente una matización, no nos instan a nosotros, ¿de acuerdo? Es para dejar fijada la posición.

Se me ha preguntado sobre otros aspectos. Agradezco la mayoría de las afirmaciones, pero la señora Botejara ha hecho algunas apreciaciones que comparto totalmente, por ejemplo, en la formación continuada, en que hay que buscar ese equilibrio entre innovación, biológicos y genéricos. Cada vez que se decide incorporar un medicamento innovador participan las comunidades autónomas, seis de diecisiete, unas con voz y voto y otras con voz. Que yo recuerde, hasta el año 2012 no había ninguna; en el año 2012 había dos y con este Gobierno ya hemos puesto tres más tres, que tampoco las había. Por tanto, ya son seis, es una decisión compartida. Algunos de ustedes han tenido responsabilidades en la sanidad de las comunidades autónomas para entender que esas mismas decisiones se estaban tomando entonces, no les parecían mal. Ahora ya no les parecen tan bien. Pero quiero dejar claro que las decisiones se toman consensuadamente, con presencia del Ministerio de Economía y con presencia del Ministerio de Hacienda. Además, les adelanto que cada decisión de incorporación de un medicamento, cambio de la línea terapéutica, nuevas indicaciones, etcétera, supone que todas las sesiones llevan un informe de impacto presupuestario. Nosotros no tomamos la decisión de la incorporación de un medicamento sin hacer un balance económico que puede suponer un impacto presupuestario importante de gasto o de ahorro, porque a veces tomamos decisiones que suponen ahorrar al sistema un dinero. Por tanto, hay un análisis riguroso, transparente, en el que participan las comunidades autónomas. Creo que antes de 2012, por poner un ejemplo, nadie publicaba en la página web los acuerdos ni quién componía las comisiones, nada

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 28

más había una orden ministerial de estructura, cómo se debatían, etcétera, y creo que se va avanzando. ¿Qué falta? Por supuesto. ¿Qué lo mejoraremos? Por supuesto, pero creo que entre todos tenemos que ayudarnos a hacer una mejor gestión del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a una pregunta que me hacían sobre los medicamentos incorporados a los 1100, no puedo dar respuesta exacta del número, pero hay que diferenciar lo que son medicamentos de lo que son principios activos, esto es importante. Cuando hablamos de una molécula distinta hablamos de principio activo y cuando hablamos de medicamentos hablamos de distintas presentaciones del medicamento. Queda aclarado el tema.

En el tema del valor de un producto tenemos que trabajar. Es un escenario complejo y cualquier aportación es positiva para buscar la mejor de las soluciones. También hacían referencia a las discrepancias que había en los programas del cáncer de colon. Me sorprende, algunas de esas comunidades están gobernadas por Gobiernos en los que ustedes participan. Esto es importante. Hay que hacer una cultura de aunar esfuerzos para que las estrategias que se acuerdan en el Consejo Interterritorial se lleven a cabo tal y como se acuerdan. A veces no es tan fácil, hay discrepancias.

No voy a entrar en la discusión del copago porque entendía que no era el debate de hoy. Recojo lo que decía el señor Igea y, de paso, vamos a hablar de este tema, pero no tengo inconveniente en hablar de este tema cuando toque para traer datos concluyentes de qué efecto ha tenido realmente el copago en la adherencia. No tengo inconveniente en debatir, pero con datos. Porque sí que comparto algunas de las cosas que dice el señor Igea sobre los calificados como el T-3, el tema de la pérdida de adherencia y el copago. Ahí habría mucho que decir. En cuanto a la excesiva discrecionalidad de la incorporación de los medicamentos, no lo comparto; creo que hemos dejado con claridad meridiana cómo se hacen los procesos de incorporación y cada uno podrá formar sus opiniones.

Presupuesto global. Han preguntado sobre el plan estratégico y el tema del presupuesto. He dicho que en esta primera fase hemos tenido 2,5 millones más unos 800000 euros de la parte de salud pública, más otros 20000 euros que hemos puesto para el tema del Epine. En la estimación del coste supone más de 3 millones de euros, a los que evidentemente hay que sumar los costes menos tangibles o menos monetarios que ponen las comunidades autónomas en las organizaciones de sus procesos, en la toma de decisión, etcétera. Por tanto, este es un punto de partida importante. Comparar la inversión en el Plan de Resistencias Antimicrobiano con lo que se ha gastado en la hepatitis C no me parece la mejor de las comparaciones, porque en la hepatitis C estamos frente a un modelo donde aparecen unos medicamentos que curan la enfermedad y aquí estamos frente a un modelo que es mejorable a través de sistemas de mejor gestión, de mejor prescripción, de mayor conciencia en la utilización de medicamentos que sirven para tratar las enfermedades infecciosas. Ahora bien, sin olvidar que el problema de las multirresistencias no solamente está circunscrito al mundo del antibiótico; las multirresistencias tienen mucho que ver con los dispositivos que manejamos en la práctica profesional, sondas, catéteres, levantamiento de curas, con la política de antisépticos de un centro. Por tanto, es un tema complejo y que necesita una colaboración pluriprofesional, donde los médicos, los enfermeros, las enfermeras, la propia arquitectura del centro, los procesos de intervención quirúrgica, hasta las obras de un hospital contribuyen fácilmente a la transmisión de estas enfermedades. Por tanto, dimensionar todo eso en un montante económico no es fácil y nosotros lo que hemos puesto es un arranque económico para cumplir los distintos ejes estratégicos que tiene el plan. Por supuesto, estamos condicionados por los Presupuestos Generales del Estado y consideramos que hay que seguir trabajando en el nuevo horizonte de los cinco años.

En cuanto al tema de los sistemas de información para armonizar políticas de cumplimiento de las indicaciones de los fármacos y sistemas sancionadores, vuelvo a decir que no soy partidario de los sistemas sancionadores, soy partidario de los sistemas que realmente hagan que mejoremos en la conciencia de la prescripción, del seguimiento y de la evaluación. Por tanto, ni en veterinaria ni en otros temas creo que el sistema sancionador vaya a resolver los problemas que tenemos con el tema del uso de los antimicrobianos.

Hay algunas cuestiones más que quiero comentar. No hago comentarios sobre el consejo asesor, es el consejo asesor de la ministra y todas las personas que han entrado ahí me parecen muy respetables porque el consejo asesor trata de reunir a todos los sectores, y hay responsables también del mundo de la sanidad privada, evidentemente, y creo que es bueno que estén representados todos los sectores que se consideren oportunos y que puedan aportar información.

En cuanto al problema de iDental, que también se ha planteado aquí, como soy el secretario de Sanidad y de Consumo, evidentemente desde Consumo, que es una parte que nos afecta a nosotros, estamos en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 29

permanente contacto con las direcciones de las consejerías de Consumo de todas las comunidades autónomas para hacer una evaluación del impacto de este problema y canalizar nuestra ayuda en las competencias que nos corresponden. Somos conscientes del problema y estamos no solamente en contacto con las consejerías de Consumo de las comunidades autónomas sino también con el presidente del Consejo de Odontólogos de España, con el que mantenemos una constante comunicación.

Voy terminando. No quiero hacer comparaciones de si la Comunidad andaluza lo hace mejor que el resto de comunidades de España, pero es que yo tengo aquí un informe de desabastecimiento del Cismed, que es el Centro de Información sobre Suministros de Medicamentos. Les aconsejo que lo lean, nada más, con esto lo he dicho todo. Los últimos datos que hay son del 5 al 11 de marzo; aquí tienen ustedes que de diecinueve medicamentos explorados, que se encuentran bajo subasta en Andalucía, la gran mayoría tienen problemas de abastecimiento. Este es un problema importante para los ciudadanos, y no es un informe del ministerio, es un informe del Centro de Información sobre Suministros de Medicamentos, del Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

Por lo demás, seguro que se han quedado muchas preguntas por contestar. Si les pediría la colaboración necesaria para que la estrategia del Plan de Resistencias Antimicrobianas que España ha puesto en marcha, con la colaboración de todas las administraciones, realmente sea cada vez más efectivo. Desde luego que la especialidad de enfermedades infecciosas, que es un tema que yo sabía que iba a salir, es importante, pero es un tema que tendrán que decidir el pleno de la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, que es le que tiene esa competencia. He de resaltar que en España hay otros profesionales que participan en este escenario que están altamente cualificados y que desde luego lo hacen muy bien. Y por aquello de que se ha citado lo de la medicina preventiva y yo soy especialista en medicina preventiva, realmente desde hace mucho tiempo los servicios de medicina preventiva han contribuido al control de las resistencias antimicrobianas y lo van a seguir haciendo.

Gracias a todos los portavoces, gracias por las intervenciones y doy por concluida mi intervención, si el señor presidente así lo considera.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien. Agradecemos en nombre de la Comisión al señor Castrodeza, secretario general de Sanidad y Consumo, su presencia y sus explicaciones.

Antes de suspender la Comisión, están negociando entre los siguientes comparecientes porque parece que quien iba a comparecer en tercer lugar tiene más problemas con el transporte que quien iba a hacerlo ahora, por lo que les pregunto si podríamos intercambiar el orden de comparecencias. La cuestión es celebrar ahora la comparecencia de Pestos y después la de la Plataforma en Defensa de la Ley de Dependencia, pero estamos pendientes de que los comparecientes de la plataforma estén de acuerdo porque también pueden tener sus problemas. Lo arreglamos en treinta segundos. **(Pausa)**.

Como están los representantes de todos los grupos voy a hacer una propuesta que, más o menos, hemos acordado con los comparecientes, ya que varios tenían problemas con el transporte de vuelta a sus domicilios. La propuesta es la siguiente. La primera comparecencia que teníamos ahora, que era la de la Coordinadora estatal de plataformas en defensa de la Ley de la Dependencia, la aplazaríamos y sería el primer punto de la reunión de la Comisión que tendremos el día 11 de abril, aunque sea una sesión para PNL. Después, en función de cuándo tienen sus trenes y sus transportes, tendríamos primero la comparecencia de don José Manuel Ramírez Navarro, presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales —ahora, la primera—; en segundo lugar, la de Pestos y, en tercer lugar, la de Family Wacht. ¿Les parece? **(Asentimiento)**. Además, quería decirles que esto nos tiene que hacer recapacitar en relación con las comparecencias, sobre todo, como decía antes, cuando tengamos representantes del Gobierno, que, al no tener límite de tiempo, nos hacen difícil calcular. Y, aun con esto, pediría a los grupos que fuéramos muy estrictos en el uso del tiempo.

Dicho esto, continuamos con el orden del día resultado del nuevo acuerdo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 30

COMPARENCIAS:

- **DEL SEÑOR RAMÍREZ NAVARRO (PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES), PARA EXPONER LAS CONCLUSIONES DE SUS INFORMES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, PARA VALORAR LA APLICACIÓN DE DICHA LEY, ASÍ COMO PARA VALORAR Y ANALIZAR EL ACTUAL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 219/000776).**

El señor **PRESIDENTE**: Damos la bienvenida a don José Manuel Ramírez Navarro, presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales para exponer las conclusiones de sus informes sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, para valorar la aplicación de dicha ley y para valorar y analizar el actual sistema público de servicios sociales. Es una comparencia a petición del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, que luego tendrá el primer turno de palabra.

Tiene la palabra el señor Ramírez.

El señor **RAMÍREZ NAVARRO** (Presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales): Muchas gracias al grupo por la invitación; muchas gracias por poder participar en esta Comisión y poder plantear el último dictamen que acabamos de presentar hoy, el 18.º dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia.

La Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España se constituye hace veinticinco años; es una entidad independiente, comprometida con las personas y rigurosa y profesional en cuanto a sus dictámenes y documentos. Jamás ha recibido financiación, ni pública ni privada, en los veinticinco años y jamás ha sido desmentida en ni un solo dato de los más de veinticinco libros que ha escrito en el desarrollo del sistema de la Ley de Dependencia.

Después de dieciocho dictámenes, quiero iniciar esta comparencia diciendo que estamos de acuerdo, por fin, como organización independiente, con el análisis de la Comisión de Presidentes que el Gobierno de España ha liderado; han firmado este acuerdo con una serie de conclusiones que compartimos, a excepción de dos, lo que quiere decir que el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas y el Ministerio de Hacienda están de acuerdo en el análisis del Sistema de atención a la dependencia, su infrafinanciación, sus recortes inmisericordes con las personas más vulnerables de este país, un recorte acumulado de 4600 millones de euros desde el endemoniado real decreto de julio de 2012, un real decreto que supuso la derogación encubierta de una ley que generaba por primera vez en España derechos subjetivos de ciudadanía para las personas en situación de dependencia en el marco de sistema de protección social de los servicios sociales. Dicho esto, ahora que todos estamos de acuerdo, incluidos el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el ministerio del señor Montoro, hay que hacer lo que dicen esas conclusiones.

También es preciso decir, y agradecemos que por primera vez también el ministerio lo haya reconocido, que en el desarrollo del presupuesto de la dependencia del año 2017 dejaron de gastar 44 millones de euros. Esto, que ha reconocido ayer la ministra en el Senado y que desmintió cuando nosotros sacamos este documento, creemos que es de una absoluta gravedad; hizo este desmentido a la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales que publicó en El País y en otros medios de comunicación que no había invertido los 44 millones a pesar de que hay 310 000 personas en lista de espera en España y de que mientras dura mi comparencia, en este cuarto de hora, una persona dependiente va a morir sin recibir las prestaciones y servicios que le corresponden por derecho, y esta no es una cifra estimada por la Asociación de Directoras y Gerentes, es una cifra reconocida en un documento público del propio ministerio —verán la página a la que me refiero del propio ministerio en el informe que les he entregado—. Por eso, en relación con el sistema de financiación de la dependencia, que es capitativo y que solo tiene el nivel mínimo de financiación como fuente para poder desarrollar el Sistema de dependencia, tal y como reconoce el propio ministerio en ese informe de la Comisión de Presidentes, creemos que es importantísimo tener en cuenta lo que se está haciendo en cuanto a la gestión, y el dolor y el sufrimiento de las personas más vulnerables que tienen que soportar la desidia e impericia de un Gobierno que no se ocupa de las atenciones más necesarias para tener una mínima calidad de vida.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 31

Además, un Gobierno que incumple el artículo 149 de la Constitución sobre el que se sustenta la Ley de Dependencia. No hay leyes de primera o de segunda, hay leyes para cumplir; es tan importante el 149 como el 155, y cuando uno no cumple una ley es insumiso. Estaríamos hablando de un Gobierno insumiso que de manera inmisericorde, con recortes de más de 4600 millones de euros —y son datos oficiales que podrán comprobar en este documento—, provoca desde la crueldad más absoluta, con mentiras y manipulaciones manifiestas que luego tiene que desmentir, el sufrimiento de ese millón y medio de personas, personas en situación de dependencia y sus familiares, especialmente cuidadoras porque en el 94 % de los casos son mujeres que dedican su vida, 365 días al año, a cuidar a las personas más vulnerables de nuestro país. Teniendo en cuenta esto y resumiendo en determinadas claves hay que decir que desde 2017 la mayoría de parámetros en la gestión del SAAD han mejorado y es cierto que hay nuevos beneficiarios, pero representan, digamos, un espejismo estadístico, porque esos nuevos beneficiarios se producen por la atención low cost —fundamentalmente en servicios de bajo coste— a personas de dependencia moderada.

También hay que decir que durante 2017 fallecieron en España 38 000 personas en situación de dependencia sin recibir una prestación o servicio que les corresponde por derecho. Les ruego que no hablen de ayudas; las ayudas tienen que ver con la compasión, las ayudas tienen que ver con algo que no es de justicia social, que no es de derecho; las prestaciones y servicios recogidos en el artículo 15 de la Ley de Dependencia son derechos de ciudadanía, reclamables jurídica y administrativamente. Por cierto, estamos esperando que este Congreso de los Diputados lleve al Juzgado de lo Social la posibilidad de litigar, desde el año 2013 que se aprobó —litigar en el Juzgado de lo Social y no en lo Contencioso Administrativo—, para pena de todas aquellas familias que tienen que ir a un proceso judicial tremendamente costoso y farragoso. Por ejemplo, en el caso de la Comunidad Valenciana, donde se han ganado más de ochocientos pleitos, han tenido que jugarse su propio dinero para, en ese proceso, conseguir el propio derecho que les reconocía la ley.

El recorte acumulado, como decía, desde el real decreto de 2012 asciende a 4600 millones de euros. Esta deuda acumulada con las comunidades autónomas supone prácticamente la asfixia, una asfixia que el ministerio hace al no transferir los fondos que le corresponden: el 50 % de la financiación pública. Quiero detenerme un momento en este apartado, porque el ministerio se ha ido retirando de la financiación pública a lo largo de todos estos años, especialmente con la supresión del nivel acordado en el primer presupuesto que hizo el Gobierno de Rajoy en 2012 —que supuso un quebranto económico de 285 millones de euros menos— y con el recorte del 13 % del nivel mínimo en el real decreto de julio de 2012. Podrán ustedes comprobar en la página 38 del informe que en 2009 la financiación del Estado era del 39 % y en este momento aporta solo un 16 %. Es vergonzoso, inadmisibles y debería producir la repulsa de todas las personas de bien de este país que el ministerio en este momento esté aportando menos que lo que aporta el copago de las personas en situación de dependencia, un 20 %, porque les diré a ustedes que un millón son personas mayores de 65 años, pensionistas que con sus bajas pensiones tienen que pagar un copago, que ya es repago, de los servicios que reciben a través de una ley que debería garantizar esas prestaciones y servicios en su justa medida. El ministerio se ha retirado de esta prestación; en el año 2009 aportaba un 48 % y ya solo aporta un 20,2 % de la financiación pública. Estos datos, por si a alguien se le ocurre plantear que son datos estimados, les diré que no son datos estimados, son datos que salen del *Boletín Oficial del Estado* y de los Presupuestos Generales del Estado y que ustedes pueden comprobar en la página 44 del informe; 283 millones de euros menos cada año del nivel acordado; 185 millones de euros del recorte del 13 % del nivel mínimo y 357 millones de euros menos de la cuantía de la Seguridad Social de las cuidadoras no profesionales, que ya no cotizan en el convenio especial de cuidadores no profesionales de la Seguridad Social. Estas son unas cifras inadmisibles que han hecho imposible a las comunidades autónomas poder atender estas prestaciones y servicios. Con esta reducción del nivel mínimo, se ha quedado, en un grado 3, en 177 euros por caso atendido al mes, en 82 si es grado 2 y en 44 si es grado 1. ¿Se creen ustedes que con este dinero se puede dar un servicio de calidad e idoneidad a esas personas tan vulnerables, que a veces necesitan 24 horas al día la atención los 365 días del año?

Por eso queremos hacer un llamamiento especial a aquellos grupos parlamentarios que deben apoyar los presupuestos, me refiero a Ciudadanos. Tuvimos la posibilidad de negociar cuál era la cuantía que había que incrementar en el nivel mínimo para poder solventar ese pacto de Estado que todos los grupos políticos, a excepción del Partido Popular y el grupo del Partido Nacionalista Vasco, habían asumido. Planteábamos, como mínimo, recuperar los recortes del real decreto de 2012. ¿Qué le pasa al Gobierno de Rajoy con los dependientes? ¿Es que ha llegado la recuperación para todos menos para ellos?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 32

Recuperar esos cuatrocientos y pico millones de euros significaría subir las cuantías a 264 euros por grado 3, a 123 euros por grado 2 y a 77 euros por grado 1. Esperemos que este año Ciudadanos no se deje engañar por el Gobierno del Partido Popular, porque ya le decíamos que no iban a ser capaces de gastar este dinero. Si recuerdan los diputados de Ciudadanos, tuvimos varias reuniones y planteaban: Hemos subido 100 millones de euros. Mi madre, cuando oía esa declaración decía: Estarás contento, hijo, que nos van a subir a los dependientes 100 millones de euros. Y nosotros advertíamos: No se van a gastar. Porque mientras no se suba la cuantía del nivel mínimo, por mucho que una partida presupuestaria, que es un crédito ampliable, lo subas a mucho dinero, si no abres el grifo, si no abres la capacidad de gastarlo, no puedes gestionar ese presupuesto. Y así ha sido, no han gastado 44 millones de euros. Y no puede ser que lo desmienta la ministra y nos deje como mentirosos cuando resulta que el mismo día que lo está desmintiendo —afortunadamente este dato no lo publica el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales; si lo hubieran publicado ellos, no sé si lo hubieran manipulado, pero nosotros fuimos comunidad a comunidad pidiendo que nos dijeran cuál era la cuantía que habían recibido—, ese mismo día, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, la Intervención General de la Seguridad Social en este documento recoge que el ministerio no gastó 44 millones de euros. Y ahora la ministra se desmiente y dice que es verdad, que solo gestionaron el 96 % del presupuesto. Esto sería simbólico si no fuera por que cada día mueren 107 personas dependientes sin recibir una prestación o servicio; esto sería simbólico si no fuera por que durante todos estos años anteriores ha habido una ampliación de crédito en esa partida para poder atender a los dependientes beneficiarios que se han integrado en el sistema. Por eso nos parece de absoluta gravedad que haya tenido que ser un ministerio distinto al de la ministra quien haya puesto negro sobre blanco en un documento oficial del Ministerio de Empleo y Seguridad Social el desmentido de una ministra que nos descalificó, que dijo que eso era falso —los datos que publicaba la Asociación estatal de Directoras y Gerentes—, y ayer rectificó. Creo que no vale solo rectificar, creo que hay una responsabilidad muchísimo mayor; una vez que ha reconocido que este presupuesto no se ha gastado, han podido ocurrir dos cosas: una, que tiene una ignorancia supina sobre la gestión y la contabilidad de su propio presupuesto o, dos, que miente a conciencia para poder deslegitimar a una organización profesional, científica, rigurosa, que ha dado unos datos oficiales. Ante este dato, ella ha reaccionado y ha dicho que era falso. Por eso la responsabilidad es mayor.

Hoy mismo hemos presentado este dictamen del Observatorio de la Dependencia a unos escasos metros del Congreso de los Diputados, en el Ateneo de Madrid. En la presentación de estos datos hemos señalado cómo el ministerio aportaba no más del 20 %; la ministra ha vuelto a mentir, ha mandado un comunicado a varios medios de comunicación diciendo que aporta el 50 %. Es falso; no reconoce el propio documento. Ustedes dirán: A lo mejor, no nos escucha nadie. Pues cuando esto se retransmite, la Asociación estatal de Directoras y Gerentes, nosotros, les estamos viendo, y nosotros hemos visto con vergüenza cómo el secretario de Estado ha dicho aquí que aportaban el 50 % de la financiación pública; hemos visto con vergüenza y con una crueldad institucional absoluta para todas las personas dependientes y sus familiares cómo han dicho que aportaban lo que decía la ley. Y después de toda esta pelea —hay un informe, pero no me quiero extender a no ser que lo saque algún partido y entonces hablaré de ese informe y de los criterios, que solo son criterios y no es financiación finalista—, después de una Comisión de Presidentes, donde las comunidades autónomas se reunieron con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y también con el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, se acordaron trece conclusiones, en doce de las cuales estamos de acuerdo. Una de ellas, la conclusión número 12, conclusión firmada por el Ministerio de Sanidad y por el ministerio del señor Montoro, dice: En el marco de la Ley 39/2006, la única vía de financiación afectada de la SAAD que existe en la actualidad —estoy leyendo en la página 10—, tras la supresión del nivel acordado de 2012, la constituye el nivel mínimo de financiación de protección, que corresponde a la Administración General del Estado y representa entre el 17 % y el 21 % del coste total de las prestaciones —páginas 98 a 104 del documento firmado y sellado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Hacienda—. Por favor, si alguna vez algún gobernante sin alma, cruel, vuelve a repetir estas cifras en sede parlamentaria cojan este documento, que lo han firmado ellos, que lo han reconocido ellos dentro de las comunidades autónomas, que lo han —digamos— ratificado a través del ministerio del señor Montoro y vean que efectivamente ellos ponen esto. Y no pueden decir una cosa aquí, en sede parlamentaria, o en los medios de comunicación y otra cosa cuando se sientan en el Consejo Interterritorial con las comunidades autónomas. Si firman una cosa en ese Consejo Interterritorial ese documento oficial es el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 33

válido, no la manipulación o los anuncios en medios de comunicación, que lo único que hacen es ahondar en la crueldad y el sufrimiento de las personas más vulnerables de este país.

Para finalizar quiero hacer referencia a una cuestión relacionada con el Sistema de atención a la dependencia. A pesar de todos estos ataques, el Sistema de atención a la dependencia se ha consolidado en España. Hemos demostrado en estos documentos que el Sistema de atención a la dependencia es irreversible, repito, a pesar de todos estos ataques. Es cierto que han mejorado las cifras, fundamentalmente porque han entrado al sistema los grado 1, que fueron retrasados por el Gobierno de Rajoy durante tres años, y también por los cambios de Gobierno que ha habido en algunas comunidades autónomas donde hubo un retroceso terrible; por ejemplo, en Castilla-La Mancha, en Aragón, en Valencia, en Baleares. Ahora, Gobiernos de esas comunidades autónomas han incrementado de forma muy importante el número de beneficiarios —y son datos oficiales; nosotros solo utilizamos datos oficiales—, como es el caso de Castilla-La Mancha, Navarra, Baleares, Aragón, que han incrementado por encima del 20 % el número de beneficiarios en el año 2017. También se ha estabilizado lo que sería la tendencia de las solicitudes y valoraciones, pero piensen siempre que quedan 300 000 personas en lista de espera, reconocidas como dependientes pero sin recibir una prestación o servicio, y que 120 000 personas han solicitado la dependencia y están esperando que se les haga la valoración, lo que quiere decir que, independientemente de eso, el Sistema de atención a la dependencia está consolidado. Y debe consolidarse fundamentalmente por dos cosas. Aquellos que no creen en la justicia social, aquellos que no tienen la sensibilidad humana como para respetar los derechos humanos de las personas más vulnerables de nuestro país, por lo menos que cojan la calculadora. En la última parte del estudio verán los impactos sobre el empleo y sobre los retornos económicos que produce la Ley de Dependencia. Por cada millón de euros que se invierte en el Sistema de atención a la dependencia se generan treinta y seis empleos directos, estables y no deslocalizables. Primero, son directos porque se contrata fundamentalmente empleo de mujeres; segundo, son estables porque somos un país de personas mayores, por eso tenemos situaciones de dependencia por mucho tiempo, y, tercero, porque el empleo es no deslocalizable porque no puedes llevar a las personas en situación de dependencia a otro país aunque la mano de obra sea más barata. Pero no damos ideas, porque pudiera ser. Y luego hay retornos económicos importantísimos; por cada millón de euros que se invierte, el 40 % retorna al sistema en virtud de la Seguridad Social, el IRPF, el IVA y el impuesto de sociedades también, porque hay trabajadores que trabajan en empresas que pagan esos impuestos. Por esos retornos económicos y sobre el empleo en 2017 el Estado recaudó 2395 millones de euros, cuando solamente aportó 1218 millones de euros; digamos que son cifras demoledoras.

Para terminar solo dos frases. Una, que todos en nuestra vida vamos a ser personas en situación de dependencia o vamos a convivir con una persona en situación de dependencia, lo que nos obliga a atender este Sistema de atención a la dependencia. Y a sus señorías les diría que, después de conocer todo esto, los grupos parlamentarios deberían pensar: si un ministro o ministra de este Gobierno mintiese descaradamente sobre el tema relacionado de los datos oficiales y luego tuviese que desmentirse a ella misma y no reconociera la crueldad de la mala gestión en cuanto a su desidia e impericia de no haber gastado los 44 millones de euros, verdaderamente ¿no debería ser reprobada esa ministra y presentar su dimisión de inmediato? Si tiene sensibilidad debería hacerlo así.

En las conclusiones del informe terminamos con una frase que dice: Si sacan este asunto de la agenda política, tarde o temprano cientos de miles de personas dependientes y sus familias los sacarán a ustedes —los políticos— de su agenda.

Muchas gracias.

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

Esta es una comparecencia pedida por Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea y por ello tiene la palabra en primer lugar la señora Marcello.

La señora **MARCELLO SANTOS**: Muchas gracias por las explicaciones, sobre todo porque en sus palabras se nota dolor, dolor porque detrás de las cifras de las que estamos hablando hay verdaderamente dramas familiares y sociales.

Con todas las cifras e informes que nos han aportado, poco más que añadir; compartimos totalmente la falta de financiación y en qué han quedado esos 100 millones de euros de aumento para la Ley de atención a la dependencia que nos planteaban el Partido Popular y Ciudadanos, que ahora hemos visto que solo se han invertido 28 millones. Decíamos en aquel entonces que ya era insuficiente esa financiación porque ni siquiera podríamos atender a las personas que estaban en lista de espera en aquel momento.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 34

Y le haría una pregunta directa. A través de los estudios que han hecho, ¿pueden dar una cifra aproximada de qué financiación sería necesaria en los siguientes Presupuestos Generales del Estado para atender a las personas que están en la lista de espera actual y atendiendo a las posibles solicitudes? También le quería preguntar si a la hora de hacer este informe tan detallado era fácil recopilar todos los datos, si existe esa transparencia tanto de los ministerios como de las comunidades autónomas, ya que al fin y al cabo están transferidas las competencias.

Algo que también nos preocupaba y sobre lo que le quería preguntar era si sería posible hacer algún estudio, análisis, valoración de la evolución o del transcurso desde que una persona solicita un servicio o un recurso de la Ley de Dependencia; si hay alguna posibilidad de estudiar o qué nivel de transparencia hay desde que una persona solicita un servicio hasta que, después de años y años, como hemos tenido que ver, se otorga ese servicio o ese derecho realmente.

Compartimos también el análisis que ustedes hacen de la falta de cumplimiento del pacto financiero que tiene que haber entre Estado y comunidades autónomas; nos parece una verdadera aberración cada vez que plantean —como el secretario de Estado planteaba— que sí, que hay un cumplimiento por parte del Estado y que financian el 50% y el otro 50% lo asumen las comunidades autónomas. Sabemos que eso es mentira y que recae directamente en las comunidades autónomas la gestión y casi la inversión de la Ley de Dependencia, al igual que compartíamos —y era una pregunta que queríamos hacer— la posibilidad de haber creado tantos puestos de trabajo de calidad para atender a las personas en situación de dependencia. Nosotros teníamos el estudio en el que nos planteaban que si entre los años 2010 y 2015 se hubiera invertido la financiación necesaria para atender a las personas en situación de dependencia estaríamos hablando de más de seiscientos mil puestos de trabajo, que creo que no es cosa menor teniendo la situación de desempleo y precariedad que tenemos en nuestro país.

Como la comparecencia que nosotros habíamos solicitado la considerábamos necesaria para tratar hoy aquí, tanto la Ley de Atención a la Dependencia como el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, le querría hacer un par de preguntas sobre todo ello, si no le importa. Nosotros hacíamos un análisis de los últimos Presupuestos Generales del Estado, que habían destinado al Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, que como saben es el dinero que se dota por el Estado a los ayuntamientos para poder atender a los servicios sociales de base, y veíamos que era insuficiente y que se le daba una dotación solo de 27 millones, y creíamos que era irrisorio. El análisis que nosotros hacemos es que hay un proceso de desmantelamiento de los servicios sociales básicos, y queríamos plantear y hacerle una pregunta directamente de cómo usted y su asociación plantean la situación actual de los servicios sociales. Lo mismo le solicito si tiene algún dato aproximado de cuánta financiación sería necesaria para los próximos Presupuestos Generales del Estado. Y ante todo quiero darle las gracias por el trabajo, la labor que ustedes hacen ya no simplemente con sus estudios, sino con la vigilancia realmente de quienes tendrían que estar gestionando la Ley de Servicios Sociales y la Ley de Dependencia. Para concluir, comparto una frase que les he oído decir muchas veces, que cuando hablamos de dependencia no estamos hablando de gasto, sino que estamos hablando de inversión.

Muchísimas gracias.

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

Les recuerdo, porque no lo he dicho antes, que en este tipo de comparecencia los tiempos de los grupos son siete minutos para el que ha pedido la comparecencia y cinco minutos para el resto de los grupos. Debiéramos ser bastante estrictos, tal y como vamos con el horario.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos tiene la palabra el señor Clemente.

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: Muchísimas gracias, señor presidente, y muchísimas gracias, don José Manuel Ramírez Navarro. En primer lugar, enhorabuena por el dictamen, creo que es el número dieciocho, está presentado desde esta misma mañana, hace un rato antes de su comparecencia le he estado echando un vistazo en la web, y le doy la enhorabuena, igual que en el del año pasado, que fue la primera vez que me acerqué a un dictamen de los suyos, la verdad es que, tanto por la exactitud de los datos como por la presentación. Quiero agradecerle también el tono que ha utilizado aquí en sede parlamentaria; hoy ha utilizado palabras como inmisericorde, impericia o incumplidores del 149, que la verdad es que son muchísimo más políticamente correctas, y coincido en que supongo que esto le va en su vena pasional, no como en otras notas de prensa, que ha llamado usted mentiroso, cruel, estúpido, bisoño y tonto a miembros de nuestro partido y del partido que gobierna. El monopolio de la crueldad no es exclusivo del Partido Popular ni tampoco de la bonanza del Partido Socialista. Su asociación está

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 35

creada desde el año 1994 y en su página web, esto es meramente una anécdota, indexa su primera noticia el 17 de marzo de 2012, y cuando se toma la molestia de leerse absolutamente todos los artículos parece ser que, a pesar de la objetividad de los datos y de la gran labor que hacen, por supuesto, últimamente el tono que utilizan parece que están haciendo posiciones más políticas. Cosas como el tema del corazón de piedra no dejan de ser anécdotas.

Metiéndonos en materia diré que en el diagnóstico que hacen —esto lo hemos hablado personalmente— estoy totalmente de acuerdo: que dos de cada diez euros están soportados por la Administración del Estado y ocho los soportan las comunidades autónomas. Le doy la razón completamente en lo que ha dicho sobre la ministra Dolors Montserrat; creo que para mantener posiciones ajenas a la verdad los ministerios tendrían que ponerse de acuerdo. Yo mismo hice un tuit corroborando lo que usted dice —y del documento doy fe porque yo mismo lo examiné con fecha 6 de este mes—, que dejaron de invertir 44 040 092 euros. Las cifras están ahí, yo mismo puse un tuit, lo etiqueté, y es verdad que ese mismo día la ministra Dolors Montserrat dijo que no era cierto. Con lo cual con este asunto, y al igual que el señor secretario de Estado que en esta sede parlamentaria cuando vino también dijo que cumplían con el 50%, repito que para poder mantener posiciones ajenas a la verdad deben de comunicarse para mantener la versión. Es lamentable que quienes ostentan esta responsabilidad de gestión o de Gobierno engañen a los ciudadanos, a la prensa, incluso aquí en sede parlamentaria.

Ya hemos hablado del diagnóstico, 4600 millones acumulados de recortes, 310 000 personas en el limbo de la dependencia, y prácticamente por alusiones, cuando ha dicho: los partidos que deben de apoyar los presupuestos, lo está usted dando por hecho, a lo mejor sabe usted más que yo. Es verdad que nosotros llegamos al acuerdo en 2016 de que se le diera la vuelta a los recortes acumulados, en aquel entonces lo teníamos calculado y en este tema hablábamos de unos 2600/2800 millones de euros; necesitábamos y teníamos acordado que en los siguientes años 2017, 2018, 2019 y 2020 se haría un aumento presupuestario de 440 millones de euros. Es verdad que los presupuestos no son los presupuestos del Partido Popular y Ciudadanos, nosotros apoyamos los presupuestos a cambio de medidas; sí que es verdad que ha corroborado, y totalmente, que queda incumplido con los datos que demuestran que han dejado de invertir estos 44 millones. Cuando usted se refiere personalmente a Ciudadanos quiero recordarle que si bien nosotros apoyamos los presupuestos a cambio de medidas, creo que había otros grupos parlamentarios, como el PNV o los compañeros de Canarias que creo que eran los decisivos. No le he visto a usted ninguna nota de prensa en la que diga que ellos también podían haber apretado y llegar al déficit de lo que se consiga. Nosotros pactamos 100 millones de euros y es verdad que no se ha cumplido, con lo cual, repito, a día de hoy nuestro acuerdo de investidura vemos que está totalmente incumplido.

Para las principales peticiones coincidimos con la política que va a seguir nuestro grupo: recuperación del nivel acordado en financiación del sistema de atención a la dependencia, aumento hasta el 50%, como marca la ley, de la aportación del Estado; una recuperación de forma inmediata a la cotización a la Seguridad Social de los cuidadores y cuidadoras familiares; aumento del nivel mínimo de financiación, recuperación del 15% en las prestaciones económicas para cuidadores familiares que el anterior Ejecutivo rebajó con el real decreto de 13 de julio, y eliminación de la incompatibilidad de prestaciones y servicios. Quiero decir que la proposición no de ley que ha presentado recientemente el Partido Socialista, en la que habla de que se garantice el cumplimiento de la Ley de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, ofreciendo a todas las personas valoradas en situación de dependencia unos servicios y prestaciones adecuados, y para ello reclaman que se reviertan los recortes y que se habiliten de forma inmediata los créditos necesarios para incrementar en un 13% la financiación del nivel mínimo garantizado, y que se recupere el nivel concertado, al menos hasta alcanzar los niveles que existían en 2011 y que se aborde la inclusión en la Seguridad Social de los cuidadores familiares y no profesionales con cargo a la Administración General del Estado. Adelantamos nuestra posición, y es que la votaremos favorablemente.

Una pregunta solo. ¿Cuáles son a su juicio, y fuera del incremento presupuestario, medidas concretas que se puedan llevar a cabo para agilizar la valoración de dependientes, acceso al servicio, prestaciones y posterior evaluación del avance de los grados de dependencia?

Muchísimas gracias.

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

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 36

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

Permítame, antes de que empiece a contabilizar el tiempo, que aclare que en primer lugar nosotros habíamos pedido también la comparecencia del señor Ramírez, y que una vez que ya la había pedido el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, nosotros hicimos otra propuesta. Antes de empezar si quería, y por eso le he pedido que no corra el tiempo, mostrar mi agradecimiento a doña Aurelia Jerez, presidenta de la Coordinadora Estatal de Plataformas de Defensa de la Ley de Dependencia, porque ella ha aceptado que no sea hoy su comparecencia con el compromiso de todos los grupos de que se incluiría su intervención en la primera convocatoria que se realice de esta Comisión. Se lo agradezco porque una vez que se ha desplazado, para poder dedicar el tiempo suficiente a todos los comparecientes, ella ha cedido su presencia hoy aquí en la Comisión. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia).**

Ahora ya sí, empiezo con el contenido de mi intervención. No es casualidad que hayan coincidido en pocos días el informe del Defensor del Pueblo, los datos publicados de la aplicación de la Ley de Dependencia de febrero, que se han publicado hoy con cierto retraso, porque antes se publicaban justo el día 1 de cada mes, pero estamos a día 20 y además coincidiendo con la publicación del dictamen del año 2018 de la asociación. Les agradezco muchísimo su trabajo, pero para que nadie diga que voy a basar mi intervención en su informe, porque yo no lo he conocido hasta esta mañana, sí voy a hacer mención a algunas consideraciones que se incluyen en el informe del Defensor del Pueblo, al que yo invito a todos los compañeros del Congreso a leer detenidamente, y muy especialmente que lo lean algunas comunidades autónomas que entiendo que cierto prurito sí les puede producir lo que está recogido en el informe.

De forma muy breve tengo que decir que en el informe del Defensor del Pueblo se recoge que hay una falta de respuesta por parte del ministerio porque no se ven avances claros sobre otras propuestas de los informes de otros años; hay incumplimientos de plazos y no se ejerce esa labor de vigilancia del ministerio que tiene que velar por que las comunidades autónomas cumplan con rigor la ley, con rigor, que cumplan y que no restrinjan, y me parece que el ministerio no hace esa labor de vigilancia. Los plazos siguen siendo largos, hay un gran incumplimiento, pero además hay demoras muy importantes, incluso de años, en algunos trámites administrativos en algunas comunidades autónomas. Se sigue diciendo que el crédito es insuficiente, y a quien más veces se recrimina en muchos párrafos del informe del Defensor del Pueblo es, por ejemplo, a la Comunidad de Madrid, a la que ya se le han hecho diferentes propuestas que no han cumplido, y se ha llegado incluso a hacer una actuación de oficio ante la presidenta de la Comunidad de Madrid. Yo esto la verdad es que no creo que se dé en el cumplimiento de ninguna otra ley, pero esta es la realidad que tenemos. Sigue habiendo problemas con los traslados entre comunidades autónomas de personas en situación de dependencia, y se sigue haciendo una interpretación variable de la capacidad económica de las personas en situación de dependencia para aplicarles el copago. Pero si todo esto es muy importante y hay que leerlo con mucho detenimiento y desde luego nos va a dar juego para que hagamos muchas propuestas parlamentarias, es importante leer el informe, pero lo que no se incluye en el informe, algo en lo que usted ha insistido bastante, es en que no se han ejecutado 44 millones de euros por parte del ministerio, que son 44 millones de euros que no han llegado a las comunidades autónomas. Y claro, nos encontramos en una situación en la que tenemos un recorte acumulado, que usted ha dicho, efectivamente de 4600 millones de euros, en el acumulado de los distintos presupuestos desde 2012; una lista de espera que aunque hayamos superado esa barrera psicológica de los 300 000, son 298 514 personas con derecho reconocido que no están recibiendo ni servicios ni prestaciones. Más de 180 000 cuidadoras no profesionales, casi todas mujeres, por eso digo cuidadoras, que se encontraban en alta cotizando a la Seguridad Social y que fueron expulsadas. En la actualidad solo hay 8292 cuidadoras dadas de alta de forma voluntaria en la Seguridad Social, algunas incluso lo que perciben por ser cuidadoras les cuesta más lo que pagan por su alta en la Seguridad Social en el régimen especial.

Usted ha dicho que en 2016 se habían producido casi 40 000 fallecimientos, esa es otra realidad que nos encontramos. Nos duele muchísimo ver que cada vez que sale al público lo que es la aportación de la Administración General del Estado, la cifra va bajando; si hace unos meses se decía que la aportación del ministerio estaba en torno al 20%, ahora nos encontramos con la sorpresa de que está en torno al 16%. Las diferentes reivindicaciones del Partido Socialista han ido en que tiene que haber recursos necesarios mediante una financiación finalista, aumentando el nivel mínimo y recuperando, claro que sí, el nivel acordado. Queremos que se recuperen las cotizaciones de la Seguridad Social de las cuidadoras no profesionales, y ha habido varias iniciativas; concretamente en marzo de 2017 este grupo parlamentario

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 37

hizo una propuesta que no salió aprobada porque el Grupo Popular votó en contra y el Grupo Unidos Podemos se abstuvo. Y posteriormente, como somos un poco tozudos ...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Señora Martín, tiene que finalizar. Ha superado en un minuto su tiempo.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Voy terminando, presidenta.

El 14 de noviembre de 2017 el Grupo Socialista volvió a llevar una proposición no de ley a la Comisión, y en esta ocasión fue aprobada aunque el Partido Popular votó en contra, pero sí, agradecemos que el Grupo Unidos Podemos votara a favor.

Pedimos encarecidamente que la revisión del sistema de copago que impuso el Partido Popular se vea frenado.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Señora Martín, se ha pasado usted más de un minuto del tiempo.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Presidenta, he hecho la aclaración al principio de que el tiempo no se me tenga en cuenta, no me sea estricta. Si todos los comparecientes se pasan un minuto permítamelo también a mí.

Hemos pedido —y ha sido aprobado— que la jurisdicción para resolución de conflictos sea el orden social, y eso sí está aprobado.

Termino con la pregunta. Usted decía que los datos han mejorado, pero no lo suficiente porque los servicios en algunas ocasiones no han mejorado tampoco lo suficiente. Me gustaría que pudiera decirnos ...

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Señora Martín, lleva dos minutos de más, no puede ser. Haga la pregunta.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: He empezado a hacer la pregunta.

Me gustaría que hicieran alguna propuesta de qué es lo que se puede hacer para conocer el coste de cada uno de los servicios, de forma que no consten en las estadísticas que ustedes publican algunos servicios que son con una aportación de una mínima cuantía, pero que consta en las estadísticas como que se está prestando un servicio.

Muchas gracias por su comparecencia y agradecemos su trabajo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Gracias, señora Martín.
Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Marcos.

La señora **MARCOS MOYANO**: Muchas gracias, señora presidenta.

Bienvenido, señor Ramírez. En primer lugar, quisiera agradecer su comparecencia en esta Comisión y el hecho de hacernos partícipes de sus conclusiones sobre la aplicación de la Ley de Dependencia y conocedores de su valoración del sistema público de servicios sociales. De verdad, muchas gracias por su exposición y sobre todo por su trabajo a favor de las personas en situación de dependencia y de sus familias. En segundo lugar, ha llamado varias veces mentirosa a la ministra. **(Denegación)**. Le rogaría que en su segunda intervención lo retirara, más que nada lo digo por usted, porque eso va a constar en el *Diario de Sesiones* y creo que no es un lenguaje muy correcto para esta Comisión, que es una Comisión a la que le preocupan las personas. **(El señor presidente ocupa la Presidencia)**. En tercer lugar, dicho esto, a pesar de reconocer la gran labor que realizan, lamento decirles que no estamos de acuerdo con algunos puntos que ha puesto sobre la mesa. Si bien es cierto que somos conscientes de que es necesario continuar trabajando en este ámbito, también lo es que se ha avanzado mucho en los últimos años. Sí, se ha avanzado, y se ha avanzado mucho, como ya he dicho. En este punto de inflexión entre su lectura y la nuestra, porque mientras su asociación acusa al Gobierno de haber sometido a un grave deterioro a algunos de los ámbitos más sensibles de protección social, incluso de haber destrozado los servicios sociales, mi grupo parlamentario no puede más que decir que el Gobierno ha trabajado y lo está haciendo a fin de asegurar la sostenibilidad del sistema. Además en esta tarea ha estrechado al máximo la colaboración, como no podía ser de otra manera, con las comunidades autónomas, porque no debemos olvidar que en materia de servicios sociales, y por supuesto en el ámbito de la dependencia, las competencias son compartidas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 38

Su lectura se ha fundamentado en el análisis, por eso permítame que mi grupo también lo haga, y para eso les pido que no olvidemos cuál era la situación en 2011, porque solo comparándola con el momento actual podremos decir de una forma objetiva si hemos empeorado, mantenido o mejorado los servicios sociales y la dependencia. Señor Ramírez, en este año el Tribunal de Cuentas, no el Gobierno ni mi grupo parlamentario, sino un organismo del Estado emitió una preocupante radiografía de la situación de la dependencia, que revelaba un sistema colapsado, complejo y desigual en el que faltaba información, y había un elevado número de irregularidades con su consiguiente coste económico. Estaba colapsado porque la lista de espera excedía las previsiones contempladas en la ley; era complejo porque el repertorio normativo alcanzaba seiscientos setenta y una normas autonómicas y ciento treinta y cuatro estatales; era desigual porque ustedes saben que la ley encomienda la gestión a las comunidades autónomas. Esto generó grandes diferencias a lo largo del territorio español, lo que ponía en serio riesgo el principio de igualdad entre ciudadanos, consagrado en la Constitución y recogido en la propia ley. Por poner un ejemplo había comunidades autónomas que cumplían el plazo máximo estipulado por ley para la concesión de prestaciones, como Castilla y León, y otras como Andalucía que acumulaban una demora de trescientos días, es decir, casi diez meses. Y estos datos vuelvo a decir que los revela un informe del Tribunal de Cuentas. Y existían irregularidades, como doce mil personas que figuraban como beneficiarias estando fallecidas, y mil trescientas sesenta y tres expedientes se encontraban duplicados, generando un doble pago. A esto hay que sumar que no se pagaba la totalidad de la deuda contraída con la Seguridad Social con las cuotas de los cuidadores no profesionales, lo que generó un déficit con la misma que alcanzó los 1034 millones de euros. Esta era la realidad de 2011, un escenario nada esperanzador, en el que la dependencia corría un grave riesgo, y hoy ustedes señalan que estamos ante una realidad no igual, sino peor. Han hablado de cifras, han aportado datos, por ese motivo no voy a cuestionarles, pero sí permítanme que les diga que no comparto su visión catastrofista de la situación. Así que en este punto volvemos a separarnos.

Y nos volvemos a separar porque las cifras que maneja mi grupo parlamentario, y que no son otras que las que están al alcance de todos en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dan muestras de que la política emprendida durante los últimos años está dando buenos resultados. A 31 de diciembre de 2017 eran 954831 las personas beneficiarias del sistema, un 10% más que el ejercicio anterior; también a esta fecha fueron 1178000 las prestaciones otorgadas, lo que supone un aumento de 109044 respecto a 2016. Los servicios profesionales se situaron en 792535, lo que se traduce en un aumento de 84777 nuevos servicios profesionales frente al 31 de diciembre de 2016. En cuanto al empleo cabe señalar que la evolución interanual, comparada con el mismo mes del año anterior presenta un aumento de 21677 nuevas afiliaciones, un 5,54% más. Por lo tanto la cifra que acabo de exponer y sobre todo la comparativa de la que le hablaba al comienzo de mi intervención permiten afirmar que a día de hoy la dependencia está garantizada. También, como dije hace un instante, somos conscientes de que es necesario seguir trabajando, maximizando la relación entre poderes públicos, administraciones y entidades sociales expertas en la materia.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Marcos, debe terminar.

La señora **MARCOS MOYANO**: Imputan al Estado las listas de espera cuando estas corresponden a las comunidades autónomas, imputan al Estado la no ejecución de 44 millones de euros, cuando el Estado por el nivel mínimo solo ejecuta el presupuesto que se deriva de los datos emitidos por las comunidades autónomas. Señor Ramírez, este Gobierno está sacando al país de la crisis y esta es una realidad incuestionable, pero además no ha dejado en un solo ejercicio de incrementar las cantidades destinadas a financiar el nivel mínimo de protección en dependencia.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra para las respuestas el señor Ramírez.

El señor **RAMÍREZ NAVARRO** (Presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales): Me ha dicho el presidente que intervenga sobre diez minutos, y cuando me diga que me tengo que callar me callo, pero me han hecho tantas preguntas y tengo tantas cosas que decir que no sé cómo voy a contestar.

Voy a empezar por el orden de las intervenciones. En cuanto a las preguntas sobre cuánto se tarda y cuánto se podría haber atendido, cuánto se necesitaría para atender a las trescientas mil personas que están en lista de espera, la desigualdad territorial es tal en España que es muy difícil. Es cierto, no soy

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 39

sospechoso de estos temas, que acabamos de editar el dictamen y hemos reconocido que prácticamente hay plena atención en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, allí la tardanza es menor. Desgraciadamente este año, durante todos los once años de la Ley de Dependencia, Canarias ha tenido el limbo de la dependencia más alto, tenía un limbo de la dependencia por encima del 50 % en algunos casos, es decir, personas que estaban desatendidas. Desgraciadamente este año el farolillo rojo se lo ha quedado Cataluña, ya que Cataluña es la comunidad autónoma que más lista de espera tiene en dependencia. En aquellos sitios donde la lista de espera es mayor seguramente, dada la fragilidad y la vulnerabilidad de las personas dependientes, el 54 % de las personas dependientes tienen más de ochenta años, tres de cada cuatro son mayores de sesenta y cinco años, si hay sitios donde se tarda dos o tres años, es normal que esas personas fallezcan antes de recibir esa prestación o servicio. Tenía pensada una frase para terminar con esto para ustedes, pero la voy a decir ya a pesar de que no voy a terminar, que es, cuando ustedes estén aquí y hablen de dependencia, cuando alguien del ministerio les hable de este tema, piensen que el 1 % de la lista de espera mensual fallece sin recibir la prestación o servicio a la que tiene derecho. Hay trescientos mil, pues todos los meses fallecen tres mil personas, cada cuarto de hora una, sin recibir la prestación o servicio a la que tienen derecho. Fallece el 1 %.

¿Cuánto se necesitaría? Este dato está puesto en la página 40 y lo hemos trabajado precisamente con el pacto de Estado, y lo hemos trabajado con documentos que hemos negociado con Ciudadanos y con otros grupos parlamentarios que estaban negociando el presupuesto del Estado, no solo quiero nombrar a Ciudadanos, también nos reunimos con Nueva Canarias, los otros grupos no nos atendieron, es decir, con los que estaban negociando los presupuestos, no los que habían presentado una enmienda a la totalidad. En la página 40 viene exactamente lo que se necesita, pero no solo ya son los datos que nosotros decíamos, lo dice la Comisión de Presidentes, 1600 millones de euros tendría que poner la Administración General del Estado para poder atender a las trescientas mil personas, y eso significaría que generaríamos cerca de setenta y cinco mil puestos de trabajo, logrando los trescientos mil puestos de trabajo en el sector. Este es el planteamiento que la propia Comisión de Presidentes realiza. En cuanto a los puestos de trabajo que se podrían haber generado con los 44 millones de euros, son dos mil puestos de trabajo, y se hubiera podido atender a diez mil personas. Con esos 44 millones de euros que incrementaron la partida presupuestaria de los presupuestos se hubiera atendido a diez mil personas dependientes y se hubieran generado dos mil puestos de trabajo.

En cuanto al Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, miren, celebren el treinta cumpleaños, son treinta cumpleaños del plan cuando en el Estado —y hablo de todas las administraciones públicas— había consensos, donde la gente se ponía de acuerdo para atender a los más vulnerables, donde en ese pacto de Estado del plan concertado se generaron los compromisos de que ayuntamientos y servicios sociales compartían el valor de la proximidad; nadie conoce mejor las necesidades sociales que los alcaldes y que los concejales de los ayuntamientos, bueno, voy a hablar también de los consells, de los cabildos, de las diputaciones, de las entidades locales. Verdaderamente ha sido un destrozo espectacular el que ha hecho el Gobierno del señor Rajoy, aunque también recortó un 10 % el Gobierno del PSOE en la época de Trinidad Jiménez. En esa época se recortó el plan concertado un 10 %, pero es que el Gobierno de Rajoy ha recortado el 67 % del presupuesto del plan concertado en los momentos de crisis; dicho eso, esto es como si viniera una epidemia en España y en lugar de poner médicos y poner dinero en sanidad se despidiera a los médicos y se recortaran los presupuestos de sanidad. Pues esto es lo que ha hecho el Gobierno de España, sí, sí, el 67 % del presupuesto del plan concertado, son datos oficiales que solo hay que ver en el BOE. Verdaderamente ha sido algo catastrófico para los ocho millones de usuarios del sistema de servicios sociales que tienen los ayuntamientos y las comunidades autónomas. En aquel entonces el porcentaje del que se hablaba era de que el 33 % lo pondría la Administración local, el 33 % la comunidad autónoma, y el 33 % el Gobierno de España. ¿Saben ustedes cuánto es el porcentaje del plan concertado con datos oficiales del BOE? Lo pueden consultar porque esto, con muchísimo retraso, lo publican en el BOE: el 3 %, les falta multiplicarlo por diez; el 3 % es el presupuesto —el 2,7 %, no llega ni siquiera al 3 %— del plan concertado. Desgraciadamente en servicios sociales de proximidad que en estos momentos de crisis hubieran sido tan necesarios para las personas más necesitadas de nuestro país, justamente el Gobierno de España las abandonó a su suerte, recortando ese 3 %; merecería una comparecencia específica el tema de los servicios sociales en esta Comisión para hablar del destrozo que ha supuesto, y el desmantelamiento especialmente en algunas comunidades autónomas, por ejemplo en la época de gobierno de la señora Cospedal, que se recortó el plan concertado en esa comunidad autónoma del 36 %, con datos oficiales

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 40

—si alguna vez tenemos oportunidad lo hablaremos, pero tengo diez minutos y tengo que contestar a todos—.

El señor Clemente me dice lo de la historia. Me he referido a Ciudadanos porque es con quien negociamos, junto con el diputado de Nueva Canarias, pero verdaderamente tenemos interés de volver a iniciar esa negociación si ustedes están dispuestos a volver a pactar los presupuestos con el Gobierno. Nos tienen a su disposición. Creo que fueron unas reuniones enriquecedoras, aunque con poco éxito. La verdad es que la operación fue un éxito, el entierro muy concurrido, pero hubiéramos necesitado más tiempo o más fuerza por parte de los poderes que negociaban esos presupuestos.

Lo del tono, yo aquí soy respetuoso en la medida en que puedo, pero no me pueden pedir calma. El sufrimiento es grande y la gente que estamos trabajando —yo soy trabajador social desde hace treinta y cinco años—, que vemos el rostro humano de las personas que sufren estos recortes inmisericordes, nos hace que no seamos neutrales. No podemos ser neutrales cuando vemos que se atentan los derechos humanos de las personas más vulnerables, demasiado me estoy cohibiendo. Lo del Corazón de piedra es algo que nosotros realizamos todos los años porque creemos que así llamamos la atención sobre las personas —digamos políticos o gobernantes— que muestran una insensibilidad manifiesta en el desarrollo de su quehacer cotidiano.

Y en cuanto a la historia, no le quepa la menor duda de que esta Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales jamás ha sido recibida por ningún ministro ni ministra a lo largo de todos estos años; de los ocho ministros que ha tenido la Ley de dependencia nunca nos ha recibido nadie en el ministerio, jamás; solo nos ha recibido la Dirección General del Inmerso una vez, una vez cada Gobierno, nos ha reunido una vez y ya no nos ha vuelto a llamar. Pero nosotros hemos sido críticos, especialmente con todo el desarrollo de la ley e incluso en el anteproyecto, fuimos beligerantes contra el anteproyecto que presentaba el Gobierno de España en este Parlamento; creo que es la primera ley donde el Legislativo se impone al Ejecutivo, fíjense que es muy importante este dato, el Legislativo, que tenía una mayoría donde se necesitaba que fuerzas de izquierdas apoyasen esto, al final la ley fue apoyada por todos los grupos a excepción de los grupos nacionalistas de Cataluña, que no aprobó la ley, pero generalmente por otros temas distintos al contenido de la ley. Generalmente, nosotros hemos sido muy críticos. Hemos llevado a Trinidad Jiménez, al ministro Caldera, hemos estado haciendo programas cuando podíamos ir a Televisión Española, tenemos hasta un *Informe Semanal* realizado; ahora ya ni hemos podido ir a Televisión Española en todos estos años ni viene a ninguna nota de prensa ni se hace eco de ninguna noticia; parece mentira que 38 000 muertos en dependencia sin tener atención, que les corresponde por derecho, no sea noticia en Televisión Española, en los medios públicos. Pero sí es cierto que a lo mejor la página web... Como nuestra asociación no tiene recursos la empezamos en 2012 y a partir de entonces es cuando empezamos a sacar estos datos.

¿Cuáles son las medidas que nosotros propondríamos? La del pacto de Estado. Ustedes han firmado un pacto de Estado, todos menos el Partido Popular; respeten ese acuerdo. La primera medida era recuperar los recortes; la segunda medida establecer la financiación a futuro en el marco de la financiación de la autonómica; la tercera, quitar la lista de espera en dos años —en dos años hay gente que no llegará—; la cuarta, que haya transparencia e información cualificada. No se pueden imaginar las dificultades que tenemos la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales para conseguir datos y cifras. Lo de los 44 millones ha sido un martirio chino; la financiación pública del ministerio la tenemos que pedir a los interventores de las comunidades autónomas uno a uno para que así podamos saber cuánto ha transferido el ministerio. Cuando esto estaba en el Gobierno de Zapatero se publicaba todos los meses de diciembre, todos los meses de diciembre; desde hace cuatro años no se publica, tenemos que ir una a una. Cuando consigues esos datos oficiales y lo publicas, tienes que aguantar el desmentido de la ministra y que además te insulte y te diga que eso es falso, y luego aguantar que se retracte y se desmienta ella misma. Verdaderamente esto es un sinvivir, tendríamos que tener transparencia y no manipulación. Y la última es que no haya más reales decretos, que no haya más reales decretos que modifiquen una ley que como mínimo tiene que ser modificada con el mismo consenso con que se aprobó la Ley de dependencia. Esas serían las medidas.

Al Partido Socialista, en cuanto a la lista de espera, quiero señalarle —y también va para el Partido Popular a alguna pregunta que me hacían— que en la página 13 verán ustedes un dato tremendamente desgarrador. En la página 13 vemos claramente cómo el número de beneficiarios —lo comparto con usted, señora Marcos— ha aumentado en 86 000, pero si se fija la lista de espera baja en los grado 1, es decir, se atiende a los dependientes que requieren menos prestaciones o servicios pero no se atiende a

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 41

los grado 2, grado 3, que sigue invariable en 120 000 personas sin atender. Es decir, que nosotros vamos a maquillar la cifra de beneficiarios con un bajo coste. ¿Qué significa un bajo coste? Damos teleasistencia, damos una prestación económica de cuidador familiar ridícula y con eso metemos nuevos beneficiarios al sistema. ¿Saben ustedes? Se necesitarían ocho años al ritmo que ha bajado la lista de espera de la dependencia para acabar con la lista de espera de la dependencia en el ritmo del último año; desgraciadamente en ocho años la inmensa mayoría de los que están en esa lista de espera no van a vivir, porque ya le he dicho que el 54 % tiene más de ochenta años. Por eso verdaderamente es terrible que este dato se valore simplemente con el mero hecho de decir: hemos incrementado el número de la lista de espera.

Preguntaba la diputada del Partido Socialista, ¿cuál es el coste de las personas, digamos, dependiendo de los servicios? ¿Qué propone la asociación con el tema del coste? Si van a la página 22 verán la clave de esto; en la página 22 tienen un análisis de costes de prestaciones y servicios. El dato más demoledor que hay en cuanto a la prestación y servicio es que para atender al 16 % de las personas dependientes, que fundamentalmente son grado 2 o 3... Yo sé que a las diputadas del Partido Popular igual no les interesa este dato y están ustedes muy entretenidas, pero este dato... **(La señora Marcos Moyano: A nosotras nos interesa).**

El señor **PRESIDENTE**: Eso lo tendría que decir la Presidencia.

Por tanto, atégase a lo suyo. (La señora vicepresidenta, Hernández Bento: Un poquito de respeto).

El señor **RAMÍREZ NAVARRO** (Presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales): Bueno, pues se lo voy a decir a quien le interese. Yo les voy a decir que el 16 % de las personas dependientes está siendo atendido con el 50 % del coste, cuando se hace en residencias; verdaderamente las personas más vulnerables, esas personas mayores con alzheimer, etcétera, a veces tienen que ir a las residencias, y eso supone un coste tremendamente elevado; sin embargo, los servicios de *low cost*, como es la prestación económica de cuidador familiar, con el 18 % del coste, prácticamente atendemos el 40 % de las prestaciones económicas. Habría que evaluar el efecto del impacto de género que hay en esta medida porque cuando se da esa prestación económica las verdaderas responsables de esta medida, las verdaderas paganas de estas medidas, son las mujeres, el 94 % de las cuidadoras, que son mujeres que tienen que atender esta prestación.

Termino ya. Para finalizar, a la diputada del PP, la señora Marcos, le diré lo siguiente. En cuanto a que se ha avanzado mucho en los últimos años, ... de verdad eso es un absoluto delirio, no se puede entender que haya avanzado el sistema de atención a la dependencia, es ficticio, es absolutamente poco riguroso. Bajo el eufemismo de la sostenibilidad, no se puede decir que se ha mejorado el sistema de atención a la dependencia, es palmario que se ha recortado la financiación del sistema de la dependencia y en esto como en todo, obras son amores y no buenas razones. Este recorte presupuestario se ve claramente en la página 44 del informe que les he pasado, se ve específicamente de dónde sale el dinero de ese recorte que es publicado en los Presupuestos Generales del Estado. Lo primero que hizo el señor Rajoy antes de llegar al Gobierno fue anunciar que la dependencia es insostenible, lo dijo dos días antes de la campaña y parece ser que esta es una de las pocas promesas que sí que ha cumplido. Y la recuperación de la crisis resulta que no ha llegado a los dependientes, porque los dependientes siguen sin percibir ese 15 % menos del nivel mínimo, ese nivel acordado que ha estrangulado la financiación de la Ley de dependencia y esas 170 000 mujeres que fueron expulsadas de la afiliación a la Seguridad Social siguen sin tener derecho a cotizar a la Seguridad Social, y la desigualdad territorial se produce precisamente por el incumplimiento palmario del artículo 149 que habla precisamente de eso cuando no se da la financiación.

Ustedes me pedían que retirase lo de llamar mentirosa a la ministra. Miren, yo puedo buscar un eufemismo si quiere, un eufemismo; en mi pueblo se dice embustera, no se dice mentirosa. Yo puedo buscar un eufemismo para decir... **(Rumores.—La señora Marcos Moyano pide la palabra).**

El señor **PRESIDENTE**: No insista con esos términos que no son razonables en esta comparecencia. Por tanto no insista en eso, que no aparecerá en el *Diario de Sesiones*.

El señor **RAMÍREZ NAVARRO** (Presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales): Vale.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 42

Independientemente de eso, cuando ella desmiente una información de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales a nosotros nos está diciendo que hemos mentido en esta información. Dice: No es verdad el dato que ha dado la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

El señor **PRESIDENTE**: Debe ir concluyendo ya.

El señor **RAMÍREZ NAVARRO** (Presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales): Y cuando nosotros sacamos un documento oficial de otro ministerio —porque si hubiera sido de ese ministerio a saber qué documento hubieran sacado, pero es que es de otro ministerio— y se ve en la Intervención General de la Seguridad Social que hay 44 millones menos... Yo retiro lo de mentirosa y le invito a que por su mala gestión, por su desidia e impericia y el sufrimiento que ha provocado a esos 10 000 ciudadanos dependientes que podría haber atendido y además por la mala gestión, debería pensar en irse y dejar el puesto a otra persona que, como mínimo, ya que no ponen más dinero para la dependencia, gestione el dinero que hay.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien. Concluido su turno.
Señora Marcos.

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

Le había pedido que retirara el insulto; también le pido que retire la manera en la que se ha dirigido a mí, a mi grupo, al que represento. Creo que me he dirigido a usted con el mayor respeto, agradeciéndole su participación en esta Comisión; en esta Comisión estamos para escuchar, estamos para trabajar por las personas y de ninguna manera para aguantar insultos ni tonos que no vienen a cuento. Lo siento pero es mi opinión y creo que la de la mayoría de los que estamos aquí presentes. **(Rumores)**. No estamos acostumbrados a aguantar esos tonos en esta Comisión. Me gustaría que lo retirara. Es que me ha llamado la atención. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento: Aquí usted no es nadie para hablar así a nadie. ¡Que me diga a mí que no ha dicho nada! Lo ha dicho)**.

El señor **PRESIDENTE**: Estaba hablando la representante del Partido Popular y no debe ser interrumpida por vuestra conversación. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento: Es que me dice él a mí, no yo a él)**. Para que se cerrara este punto de la comparecencia con la intervención de la señora Marcos y eso constara en el *Diario de Sesiones*.

La señora **MARCOS MOYANO**: Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Suspendemos durante escasos treinta segundos la sesión para recibir al siguiente compareciente. **(Pausa)**.

— **DE LA SEÑORA ESCUDER ROMEVA (PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS ESPECIALISTAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SIN TITULACIÓN OFICIAL, PESTOS), PARA DAR A CONOCER LAS LÍNEAS BÁSICAS DE LA ASOCIACIÓN Y EL CONJUNTO DE TRABAJOS REALIZADOS EN RELACIÓN CON SU FINALIDAD FUNDACIONAL. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA. (Número de expediente 219/000632).**

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos con la Comisión.

En esta ocasión damos la bienvenida a doña Gema Escuder Romeva, presidenta de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial, Pestos, y a su vicepresidenta el señor Ballescà Ruiz, para dar a conocer las líneas básicas de esta asociación y el conjunto de trabajos realizados en relación con su finalidad fundacional. Para ello, y sin más, le damos la palabra en primer lugar a la presidenta de la Asociación Pestos.

La señora **ESCUDER ROMEVA** (Presidenta de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial, Pestos): Muchas gracias por la atención al permitirnos comparecer en esta Comisión.

La Asociación Pestos, su nombre ya lo conocen todos en sanidad, Pestos significa los Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Título Oficial, que se asemeja mucho a los Mestos o a los Festos en su momento. Somos una asociación fundada en 2013 pero como unificando otras asociaciones,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 43

algunas filiadadas y otras no, que estaban ya defendiendo un poco la situación de estos psicólogos en la sanidad pública. Actualmente somos 210 asociados, pero tenemos una estimación de que el número de psicólogos en el sistema nacional tanto público como concertado probablemente oscile sobre los seiscientos.

Todos nosotros somos psicólogos que estamos ocupando una plaza en el Sistema Nacional de Salud o en el concertado, o fija o en grado de interinidad, que desarrollamos las funciones clínicas al igual que nuestros compañeros que sí obtuvieron el reconocimiento del título o que han accedido a través de la vía formal, que es la residencia. Más o menos estamos todos oscilando entre quince y veinte años de ejercicio, es cierto que algunos sí que tienen menos, unos siete u ocho años el que menos, pero la mayor parte de nosotros estamos en una media de quince años ejerciendo como psicólogos clínicos y además participamos en la formación de los psicólogos internos residentes todos nosotros, porque nuestras unidades son públicas y tenemos unidades docentes en nuestros hospitales, con lo cual estamos formando a los psicólogos clínicos que van saliendo de la residencia.

Solo a modo esquemático, porque queremos ser lo más ágiles posibles, nombraré cuatro fechas que nos parecen interesantes, aunque está todo en el documento que les hemos enviado. Toda esta situación se origina en el año 1998, como saben, cuando el título de especialista en Psicología Clínica se crea; cuatro años más tarde se regulan las vías transitorias de acceso al título, que sí tienen una condición básica, que es haber estado contratados en el sistema nacional o en el concertado antes del 3 de diciembre de 1998. Este hecho hace que posteriormente se permita una nueva ampliación de plazos, hasta 2005, para presentar méritos, pero ciertamente hay un gran volumen de expedientes y la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica se demora lógicamente en la expedición de resoluciones, hasta el punto de que a finales de 2010 se da por cerrado, con lo cual estamos hablando de que desde el año 1998 hasta 2010 entran en la sanidad pública y en la concertada un gran número de psicólogos que ejercen como clínicos desde el primer momento, que además son contratados de acuerdo con la legislación vigente que no exigía tener el título de especialista clínico para ser contratado ni en la pública ni en la concertada y que además tenemos que pensar que el propio Sistema Nacional de Salud requería de estos profesionales, porque realmente hay una entrada notable de profesionales en esa época en las diferentes comunidades autónomas que amplían sus servicios de salud mental y de infantil, es decir que estamos en un momento bum y justamente entran muchos psicólogos.

A partir de este momento, cuando ya se resuelve la mayor parte de expedientes, aunque algunos están por resolver aún en la comisión, encontramos una primera intención legislativa porque en marzo de 2011 todos los grupos parlamentarios votan la proposición de ley para regular la situación de Mestos y de Festos, y nosotros entramos un poco al remolque, los Pestos, lo que pasa es que esta propuesta queda en nada después del cambio de legislatura y la Ley de economía social, que regula que los psicólogos que finalmente que estén en la pública solo pueden ser aquellos que tienen el título de psicólogo especialista clínico, hace que nuestra situación se complique; pero entonces hay una enmienda a esta ley, una enmienda que es de marzo de 2014 en la que la disposición octava nos reconoce finalmente como que estamos en el Sistema Nacional de Salud y en el concertado. Les leo simplemente las dos frases que nos parecen significativas. Esa disposición final octava dice que los psicólogos que a fecha de la entrada en vigor de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, estuvieran desempeñando actividades sanitarias en centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud o concertados con él en puestos de trabajo de psicólogo para cuyo acceso no se hubiera requerido estar en posesión del título de psicólogo especialista en psicología clínica, no podrán ser removidos de sus puestos por no ostentar dicho título.

Esto nos aligera la tensión por el hecho de que nos podemos quedar en nuestros puestos de trabajo, pero a la vez tiene una doble cara porque realmente esto significa que no está la situación resuelta, no nos podemos mover de nuestro lugar de trabajo, ni en la concertada ni en la pública; si salimos del sitio que estamos ocupando salimos del sistema y ya no podemos volver a entrar. Algo que nos parece muy urgente es resolver la situación de los interinos, estamos hablando de interinos que no pueden ocupar sus propias plazas, algunos que llevan entre catorce y dieciocho años ocupando una plaza, creándola en cierto modo también, y que cuando se presentan las OPE no se pueden presentar porque no cumplen con ese criterio de tener el título aunque sus competencias estén más que demostradas y sean sobradas, con lo cual nos parece que la solución —además de que hay otra serie de motivos que ahora el señor Ballescà explicará con un poquito más de detalle—, realmente se tiene que dar definitivamente y lo antes posible porque en 2017 ya han salido varias OPE, algunas los gerentes las han retrasado hasta 2018, pero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 44

sabiendo que tarde o temprano tendrán que salir y que perderán a gran parte de los psicólogos que tienen contratados.

Ahora el señor Ballescà os comenta algunos puntos más.

El señor **BALLESCÀ RUIZ** (Vicepresidente de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial, Pestos): Antes que nada gracias por la atención de todos ustedes.

Como decía la señora Escuder, esta situación se viene alargando ya desde hace un montón de años. De hecho nosotros estuvimos aquí hace cuatro años en la Comisión de Sanidad, con Mesa y portavoces, y en aquel momento ya planteamos una propuesta para tratar de resolver esta situación de una forma definitiva. En particular, la propuesta que realizamos en aquel momento consistía en eliminar el requisito temporal de haber iniciado la actividad clínica antes del 3 de diciembre de 1998, que fue la fecha de entrada en vigor del Real Decreto 2490/1998, que creaba la especialidad de Psicología Clínica. Y lo pedíamos exclusivamente para los psicólogos vinculados a instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, porque entendíamos que esto daría la posibilidad a prácticamente todo el colectivo de Pestos de regularizar su situación. Desafortunadamente en aquella ocasión, a pesar de contar con el apoyo de la mayoría de los grupos parlamentarios, la propuesta no prosperó porque se apeló a la supuesta incompatibilidad de las medidas que nosotros proponíamos con la normativa europea, en particular con la Directiva 2005/36 y ahí se quedó nuestra propuesta.

De hecho, más recientemente, en octubre del año pasado, en respuesta a una pregunta parlamentaria que dirigió el Grupo Socialista al Gobierno sobre las medidas previstas para resolver la situación de los Pestos, el Gobierno actual volvió a cerrar la puerta a cualquier vía de acceso al título, también apelando nuevamente a la incompatibilidad con la normativa europea. Pero siempre hemos tenido la sensación de que esto se hacía de una forma muy genérica y sin ofrecer, en nuestra opinión, una argumentación lo suficientemente clara sobre cuál es realmente el punto de esta normativa que no permite que nosotros podamos ser homologados. Porque de hecho, cuando nosotros hicimos la propuesta en el año 2014, esta propuesta iba apoyada por un dictamen jurídico, que consta en el anexo que les hemos hecho llegar, redactado por don Manuel Silva, que es abogado del Estado, en el cual, de forma demostrada, digamos, defiende la nula incidencia de la normativa europea en la cuestión que nosotros planteamos porque a diferencia de lo que sucede con los médicos especialistas no resulta de aplicación a los psicólogos especialistas en Psicología Clínica la directiva que he mencionado antes ni sus modificaciones, puesto que el derecho europeo no establece requisitos de acceso a los títulos de psicólogos especialistas, ni el de residencia ni otros. De hecho, esta misma mañana hemos estado en el Consejo General de la Psicología y ahí también don Manuel Berdullas, que es el encargado de las relaciones internacionales y que por cierto nos dan todo su apoyo desde el consejo, nos ha explicado que no hay un marco europeo consensuado en relación a la especialidad de Psicología clínica. Por lo cual estamos convencidos de que la normativa europea en este caso no debería de ser un obstáculo para nuestra regularización. Es más, creemos que hay una cierta confusión entre nuestra problemática y la de los Mestos, a quienes probablemente sí afecte esta normativa y que esta confusión entre Mestos y Pestos está interfiriendo en nuestro derecho a ser reconocidos como especialistas, más aún teniendo en cuenta que los Mestos ya han tenido en varias ocasiones la posibilidad de regularizar su situación mediante dos reales decretos que constan también en toda la documentación que les hemos presentado y en cambio nosotros no hemos tenido todavía ninguna oportunidad.

Asimismo, en la respuesta del Gobierno, echábamos de menos que no se planteen soluciones alternativas. Se nos plantea que no es posible la homologación, el acceso a la titulación de especialistas pero, ¿realmente no hay nada más que hacer, no hay ninguna otra solución? Nosotros les planteamos soluciones alternativas que tratar en algún momento.

Antes de presentar cuál sería nuestra propuesta actualmente, queríamos explicarles cuál es la situación complicada que tenemos en nuestro día a día, nosotros, como especialistas no reconocidos, pero también los usuarios del Sistema Nacional de Salud y el propio Sistema Nacional de Salud.

En relación con nuestro propio colectivo, uno de los problemas es de inmovilidad, nosotros no podemos abandonar nuestra plaza, no podemos movernos dentro del Sistema Nacional de Salud, y en este punto nos gustaría recordarles que la propia Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, destaca en su artículo 43 que la garantía de movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud es uno de los aspectos esenciales de su cohesión. Pues bien, nosotros estamos anclados a nuestros lugares de trabajo y no podemos movernos de él.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 45

La segunda cuestión que nos afecta y que ya ha mencionado antes la señora Escuder es que no se permite que los Pestos en situación de interinidad puedan optar a sus plazas cuando hay una oferta pública de empleo, y este es un hecho dramático para aquel que está viviendo esa situación y es un hecho además urgente, porque todas estas personas que están ahora trabajando a veces desde hace más de quince años, en particular alguna compañera nuestra lleva dieciocho años ejerciendo en su puesto de trabajo y si se convoca su plaza no podrá presentarse a ella. Esto es una pérdida para la propia persona, como ustedes pueden entender, porque no solo no podrá presentarse a esa plaza sino que no podrá presentarse a ninguna otra plaza dentro del Sistema Nacional de Salud. Es una pérdida importantísima para esa persona, pero también es una pérdida importantísima para el sistema propiamente, porque esa persona cuenta con una experiencia muy importante. Este es el tema quizá más urgente que nos gustaría que tuviera la consideración que merece.

Pero no son solo los interinos los que corren riesgo de desaparecer del sistema y de que el sistema les pierda, es que también somos los demás porque, por ejemplo, ahora que hemos tenido una época de crisis económica ha habido algunas plazas que se han perdido y esas personas que perdieron su plaza dentro de la sanidad no podrán volver a acceder nunca más. Esa experiencia se habrá perdido a menos que lo resolvamos.

Por ejemplo, déjenme que les hable de un caso en particular porque es muy ejemplificante: una persona que después de tener su primer hijo decide cambiar de trabajo y acercarlo a la ciudad de Barcelona. Esta persona recibe la oferta de trabajo en otro hospital distinto, en un centro de salud mental. Cometió un error, y el error fue cambiar de trabajo, de modo que esa plaza fue impugnada por no tener la titulación de especialista y esta persona no solo perdió el trabajo que le habían ofrecido sino que al haber abandonado su trabajo anterior ha quedado también fuera del sistema. Esto es un goteo constante en el cual estamos perdiendo especialistas, no titulados, pero son especialistas. Y esto en un contexto, como veremos después también, de carencia de especialistas; faltan especialistas, no se están cubriendo plazas que están siendo convocadas en la actualidad.

Otra cuestión es que no se aborda la equiparación salarial. Este también es un problema importante aunque probablemente no sea el mayor de todos. La legislación actual también restringe el acceso que tenemos a los sistemas de incentivación y promoción profesional; no podemos acceder a ciertos niveles de la carrera profesional. Tampoco podemos redactar informes clínicos poniendo que somos psicólogos clínicos. Tampoco podemos acceder a plazas de profesor asociado universitario ni hacer de tutores PIR de forma oficial, aunque lo hacemos de forma extraoficial. Y finalmente, pero quizá el punto más importante porque tiene que ver con la identidad, no se nos reconoce como lo que somos porque, ¿alguien puede negarnos que después de dieciocho o veinte años de ejercicio clínico no somos especialistas en la tarea que realizamos? Desde nuestro punto de vista, no es posible negar eso. Todo esto no solo nos crea un problema a nosotros, crea un problema también al Sistema Nacional de Salud y a sus usuarios, porque genera un conflicto en las instituciones, supone una pérdida de capital humano que ahora mismo es insustituible y finalmente también restringe el desarrollo profesional de los psicólogos en el Sistema Nacional de Salud.

Dicho esto, queríamos presentarles cuál es, desde nuestro punto de vista, una propuesta que pueda resolver este problema de forma definitiva. Antes que nada, nos congratulamos de que recientemente haya habido una presentación por parte del Grupo Parlamentario Socialista en el Congreso de una proposición no de ley para resolver la situación de los Pestos. En este sentido nosotros queremos aportar nuestro grano de arena y plantear que la solución que se proponga debería ser definitiva, porque llevamos ya muchos años con esto; debe ser viable jurídicamente y, por eso, volvemos a aportar el dictamen jurídico que ya solicitamos en el año 2011; debe estar plenamente justificada, por eso estamos aquí, entre otras cosas; debe ser lo más sencilla posible, y creemos que la propuesta que les vamos a hacer es sencilla y es realizable; debe garantizar la calidad asistencial, porque nuestro compromiso con la psicología clínica es claro y firme; y no debe perjudicar a otros colectivos, y, sinceramente, a día de hoy, no hay ningún colectivo que pueda ser perjudicado por nuestra homologación, al revés, genera consenso en toda la profesión: tenemos el apoyo del CSIF, del Consejo General de la Psicología, de la Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica, de los departamentos y de las consejerías de Salud, de las gerencias de los hospitales donde trabajamos, tenemos el apoyo de todo el mundo.

Por todo lo expuesto y siguiendo estos criterios que les mencionaba, y teniendo en cuenta también la evolución de los hechos en los últimos años y la experiencia acumulada, queríamos proponerles una solución si cabe más sencilla de la que habíamos propuesto anteriormente, que era modificar la fecha de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 46

inicio de la actividad clínica. En la actualidad entendemos que una vez que ya se nos han reconocido, al menos parcialmente, el derecho a seguir ejerciendo nuestra labor en la salud pública, no debería ser necesario justificar formación alguna, pues ya la norma nos reconoce implícitamente la formación al permitirnos desempeñar nuestra labor como psicólogos clínicos. Por esto, entendemos que bastaría con reconocer y otorgar el título de la especialidad a los profesionales que acrediten los tres extremos que les voy a plantear: el primero, que hayan sido contratados y que hayan empezado a ejercer, por tanto, antes del 30 de marzo de 2011; el segundo, que hubieran desempeñado estas funciones durante el tiempo mínimo que se establezca, y que podría ser, como en su día lo fue para los Mestos, el tiempo de formación en residencia para la especialidad, es decir, cuatro años en el caso de la psicología, incrementado en un 50 %, o sea, que se nos exija un tiempo mínimo de ejercicio profesional de seis años; la tercera consideración que hacemos es que se establezca que sean los departamentos o consejerías de Salud de cada comunidad autónoma donde el solicitante haya desempeñado su labor las que tramiten los expedientes, proponiendo luego al ministerio la expedición del título de Especialista en Psicología Clínica o bien la denegación del mismo si no cumple los requisitos. Creemos que cumpliendo estos requisitos de seis años de ejercicio clínico, con la entrada anterior al 30 de marzo, quedaría claramente demostrada nuestra capacidad.

Como conclusiones, ya para terminar, confiamos en haber demostrado que desde una perspectiva jurídica y de procedimiento no existe obstáculo para que el problema existente en relación con el acceso de los Pestos a la especialidad de Psicología Clínica pueda resolverse. Defendemos, en cambio, que existen poderosos argumentos a favor de la regularización definitiva de nuestro colectivo. Advertimos también del menoscabo que para el propio Sistema Nacional de Salud y sus usuarios supone la problemática de los Pestos, no es solo nuestro problema, es un problema del sistema. Creemos, de verdad, que la propuesta que planteamos y que tienen ustedes por escrito resuelve el problema de forma definitiva, es viable jurídicamente, garantiza la calidad asistencial, no perjudica a otros colectivos y genera el consenso necesario en la profesión. Con todo, rogamos a todos ustedes que si no estiman conveniente nuestra propuesta, por los motivos que fueren, tengan a bien plantear qué alternativas consideran factibles, porque no entendemos que simplemente se nos diga que no es posible hacer nada en nuestra situación. En este sentido, planteamos otras alternativas que si quieren ustedes en el turno de preguntas les podemos explicar un poco más. Por poner un ejemplo, de la misma manera que se habilitaron a los psicólogos generales sanitarios sin concederles la titulación de máster en Psicología General Sanitaria, no entendemos que no se pueda hacer una habilitación mayor en nuestro caso que permita que todos estos problemas queden resueltos. Finalmente, les reiteramos que desde nuestro punto de vista no es ni justo ni aceptable que un sistema que en su momento necesitó de nuestros servicios y que sigue requiriendo de ellos se desentienda ahora de nuestros derechos. Por todo ello, apelamos a ustedes con el convencimiento de que nuestra voz será escuchada y de que nuestra regularización será llevada a cabo finalmente.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ballecà, y muchas gracias, señora Escuder.

Antes de dar la palabra me gustaría hacer un inciso. Hemos quedado en celebrar luego Mesa y portavoces; si los grupos van pensando ya sus proposiciones no de ley para incluirlas en el orden del día, tardaremos menos tiempo después.

Es el turno de los grupos. El señor Olòriz que era quien había pedido la comparecencia, ha tenido que ausentarse. Por tanto, señor Igea, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchísimas gracias a los comparecientes por explicar, una vez más, dentro de la historia de la Administración sanitaria española un nuevo caso, el mismo caso que se ha repetido a lo largo y ancho de la geografía española, a lo largo y ancho de la historia del Sistema Nacional de Salud. No deja de ser sorprendente que las mismas personas —depende de si están en el Gobierno o en la oposición— que generan los problemas o no resuelven los problemas, cuando están en la oposición siempre están dispuestos a resolverlos. Pero bueno, esta es una peculiaridad de nuestro sistema, porque aquí la rendición de cuentas está desaparecida.

Dicho esto, nosotros somos conscientes de que este es un problema que ha de ser resuelto con justicia, teniendo en cuenta efectivamente que ustedes han sido utilizados por el sistema, como fueron los Mestos; se están abriendo ahora otras posibilidades en algunas comunidades autónomas con extracomunitarios, haciendo contrataciones que probablemente serán ilegales y luego alguien tendrá que resolver el problema después de tener cuatro, cinco, seis, siete años a unas personas colocadas en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 47

situación de ilegalidad. Nosotros, por esa razón, no somos partidarios de incumplir la ley en ningún caso. Si alguna vez tenemos la ocasión de dirigir una Administración sanitaria o de cualquier otro tipo, procuraremos no colocar a la gente en situaciones de alegalidad o de ilegalidad, como se han colocado durante estos años.

Nos gustaría saber —no ahora, pero desearíamos que nos pasasen la información— cuántos hay de cada año, cuántos hay de antes y después, en qué situación están, si son fijos o interinos, porque estas situaciones finalmente se suelen resolver una a una, caso a caso, sabiendo exactamente qué es lo que son. Por lo que me ha parecido entender, las condiciones son un poco peculiares, porque lo que decís es: todos los que estén contratados antes de 2011 y lleven más de seis años. Todos ellos llevan más de seis años. La segunda condición 2011 y seis, 2017, es decir, todos llevan más de seis años, ergo, la segunda condición me sobra. Por otro lado, hay una cosa que no me encaja, que es que no he entendido muy bien si vuestra propuesta es que el informe que dan las comunidades autónomas sea vinculante para el ministerio. Desde nuestro punto de vista, el que ha de decidir si uno tiene un título o no ha de ser el ministerio y no creemos que deban ser las comunidades autónomas porque no es su competencia y porque tendríamos un problema legal si decidieran semejante cosa.

Me gustaría saber la fecha del primer examen de PIR. **(El señor Ballecà Ruiz, vicepresidente de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial: De 1993)**. O sea, el decreto es posterior a la creación del PIR. No ha habido ningún tiempo sin el PIR. Me gustaría que me diesen esa información; nosotros lo vamos a evaluar, tenemos que hablarlo también con los responsables de Educación, que son los que llevan este tema en el partido, pero en principio somos partidarios de llegar a una solución lo antes posible y de no hacer comentarios cínicos sobre los que crean los problemas y luego buscan soluciones.

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

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

La señora **BOSAHO GORI**: Buenas tardes a los comparecientes y muchísimas gracias por la larga exposición que nos han hecho y en concreto sobre la situación de las vías de acceso a su título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Más allá del relato que nos han hecho, lo que nos interesa es que su situación se normalice, por lo que, a quien le corresponda, por favor vaya poniendo lo que haya que hacer encima de la mesa para que esta situación se resuelva.

Nos ha relatado con detalle algunos de los problemas de origen que impiden el desarrollo de su profesión en condiciones de igualdad con otros profesionales y la situación actual que están atravesando por las mismas cuestiones. En el informe nos detallan muy clara y expresamente esta situación. No es posible que todos los psicólogos y psicólogas que accedieron de forma legal al Sistema Nacional de Salud, a día de hoy sigan teniendo las puertas y las posibilidades cerradas para acceder a un título de especialista, ya que están realizando el trabajo en esas condiciones. No puede ser que la propia normativa se convierta una y otra vez en trampa para los profesionales y genere perjuicios para el desarrollo pleno de los derechos de los mismos en igualdad de condiciones con otros. Estos profesionales deben tener, entre otras cosas, la posibilidad de movilidad laboral, que han comentado perfectamente, o acceso a la carrera profesional. Quieren soluciones viables que sean definitivas, lógicamente, para resolver y normalizar su situación. Ya es hora, efectivamente, de impulsar la modificación de las normas de ordenación de las profesiones sanitarias para dar solución de forma inmediata a la situación de los psicólogos especialistas del Sistema Nacional de Salud. Nos llama poderosamente la atención que a día de hoy, y teniendo en cuenta los años que llevan arrastrando —lo han dicho, desde el año 1998— estos problemas no se hayan podido resolver y compartimos completamente su preocupación.

Finalmente, quiero expresar, como dicen los propios profesionales, que los años de experiencia deben servir para algo y la legislación, como no podía ser de otra manera, ha de facilitar las reivindicaciones de estos profesionales para que puedan llevar a cabo su profesión en condiciones dignas como nos han expresado. Apoyamos, por supuesto, las propuestas que plantean y que se resuelva de una vez por todas su situación, que sea viable jurídicamente, como han expresado también, y que esté plenamente justificada. Podría preguntarles que más allá de lo que expresan en el informe, qué medidas concretas creen que hacen falta a día de hoy para que se resuelva su situación, pero entiendo que ustedes mismos no se podrán responder a esto, porque si se supone que han hecho todo lo que hace falta para que se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 48

lleve a cabo una solución definitiva y no se está llevando a cabo, serán otras instancias las que tengan que resolverlo. Estamos aquí abiertos a lo que haga falta.

Muchas gracias.

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

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

La señora **GUINART MORENO**: Gracias. *Bona tarda*.

Somos conscientes de la problemática del colectivo al que representa, además hemos mantenido algunas reuniones con ustedes; también hemos abordado esta problemática con el Colegio Oficial de Psicólogos, que nos ha trasladado su reconocimiento y su apoyo a las demandas de este colectivo; conocemos igualmente el análisis al que se han referido, firmado por Manuel Silva Sánchez, abogado del Estado, en febrero de 2011, de las posibilidades jurídicas, políticas de modificación del régimen de vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. En ese informe Silva concluye que, efectivamente, desde una perspectiva jurídica y de procedimiento parlamentario, no existe obstáculo alguno para que el problema pueda resolverse mediante una modificación normativa. De hecho, en mayo de ese mismo año todos los grupos votaron en el Congreso a favor de una proposición de ley para regular un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista y farmacéutico y se añadió a la proposición el acceso al título de psicólogo. La iniciativa, efectivamente, decayó al no concluir su trámite parlamentario antes del fin de la legislatura. Pestos y el colegio profesional reclaman una solución que sea definitiva, viable jurídicamente, lo más sencilla posible, de calidad y que no perjudique a otros colectivos.

Como consecuencia de todo ello, este grupo parlamentario ha llevado a cabo varias iniciativas parlamentarias para instar al Gobierno a que ofrezca una solución, una proposición no de ley y una pregunta parlamentaria. Respecto a la respuesta del Gobierno a esta pregunta, quería saber su opinión. Ya nos han avanzado un poco lo que opinan, pero es que preguntamos al Gobierno sobre las medidas que tiene previstas para solucionar de manera definitiva esta situación y la respuesta hacía referencia a unas directivas europeas relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales que impedirían la habilitación de vías de acceso alternativas a las regladas, que es un máster en Psicología y especialidad en Psicología Clínica. Por lo que han dicho, esa respuesta parece que no les satisface, no sé si querían profundizar un poco más en el tema.

Por otra parte, hemos podido constatar, porque así nos lo han trasladado otros colectivos de profesionales de la psicología, que existen efectivamente dificultades de acreditación y de homologación similares a las que ustedes exponen y que probablemente la solución podría estar en la regulación del grado en Psicología, pendiente también desde finales de 2012. Nos lo han trasladado colectivos específicos, como el Sepal, el Colegio Oficial de Psicólogos e incluso la Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas. El Foro de Psicología que agrupa esta conferencia de decanos, el Consejo General de Psicología, el COP, y el colectivo de estudiantes de Psicología, han llevado a cabo ya varias movilizaciones con el fin de reclamar al Gobierno la regulación del grado en Psicología. En enero de 2015 el Consejo de Estado emitió también un dictamen mediante el cual destacaba la existencia de profesiones pendientes de ser reguladas e hizo una mención expresa a la psicología, pero la situación dos años después, casi tres, sigue sin resolverse. Queríamos saber su opinión al respecto, esto es, si consideran que es imprescindible esa regulación del grado y si el Gobierno debería impulsarla y aprovechar esa circunstancia para atender sus demandas, entre otras.

Gracias.

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

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

La señora **HERNÁNDEZ BENTO**: Gracias, presidente.

En primer lugar, me gustaría darles las gracias a ambos por la exposición que han hecho sobre la situación en la que se encuentran los psicólogos que ahora mismo están en el Sistema Nacional de Salud y que no tienen la titulación de especialistas. Quiero decirles que también mi grupo se ha reunido con ustedes y, asimismo, agradecerles toda la documentación que nos han aportado, porque la verdad es que eso facilita bastante poder leerlo con tranquilidad y aporta muchísima información, incluso el informe jurídico.

Es evidente que desde un primer momento, desde el año 1998 en el que se crea el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, hay voluntad —el propio Real Decreto 2490/1998 lo reconoce así— de incorporar a todos los psicólogos que con anterioridad a dicha norma estaban prestando servicio

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 49

en establecimientos o servicios del Sistema Nacional de Salud o concertados con él y reconocer la experiencia profesional en el ejercicio de la psicología clínica. Es lógico. De hecho, las vías transitorias, la contemplada en el propio Real Decreto 2490 y modificada por el Decreto 654/2005, que amplía los plazos para valorar los méritos, han posibilitado el acceso al título a un elevado número de psicólogos. De hecho, nosotros hemos pedido los datos al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y han sido 7031 los especialistas en psicología clínica acreditados por esas vías transitorias. A nosotros nos dicen que se han resuelto todas las solicitudes presentadas; usted ha dicho que no. Entiendo yo que se refiere a las que están pendientes de recursos o incluso de ejecución de sentencias, entiendo yo que va por ahí, pero me gustaría que me lo aclarara. Sabemos también que ha habido muchos retrasos, somos conscientes.

Las preguntas son parecidas a las que ha planteado el señor Igea; voy a hacer incluso preguntas del informe que usted no ha mencionado pero que nos hemos leído. Hablaban de en torno a doscientos asociados. Nosotros les preguntamos cuántos asociados tenían pero no por nada, sino porque entiendo que de sus asociados sí que tienen más información; nos interesaba saber en qué situación estaban, porque empezaron a contarnos casuística y vimos que era muy variada. Para hacer un diagnóstico certero nos parecía importante saber si se repiten algunos casos, a qué años pertenecen. Y hablaban de que aunque los asociados eran en torno a doscientos, creían que el problema llegaba a seiscientos, luego hemos leído novecientos y tampoco sabemos de dónde salen estas cifras. Me gustaría saber en base a qué se calculan estas cifras de afectados y, si realmente no lo tienen claro, si podemos hacer algo para conocer esas cifras, porque creo que es importante tener un diagnóstico real; cuanto más real sea, a lo mejor es más fácil encontrar alguna solución. Y lo mismo desde el punto de vista cualitativo: por qué, cuáles son esos motivos.

Decían ustedes que quizá lo más preocupante era ese porcentaje —me imagino que también serán los interinos— que ustedes en el informe dicen que son psicólogos que están en riesgo de perderse, de perder ese capital profesional. También queremos saber si eso ustedes lo pueden cuantificar de alguna manera o cómo se podría hacer.

En mi grupo creemos que los procedimientos excepcionales, como indica su nombre, deben ser excepcionales, ya sea por las vías transitorias de las que hemos hablado o por algún otro procedimiento, pero tienen que ser realmente excepcionales, si no pierden su sentido. Sobre todo, estamos de acuerdo en que tenemos que ser muy cuidadosos, que no se deben crear agravios comparativos porque tenemos que ser realistas y tener en cuenta que ya son más de veinte años en los que hay una vía ordinaria de acceso al título de Especialista en Psicología Clínica. Por otro lado, les quiero trasladar que estamos abiertos a estudiar soluciones adecuadas y justas. Por lo menos, que se vayan con ese compromiso de mi grupo.

Muchas gracias.

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

Suya es la palabra, señora Escuder, para dar respuesta a las cuestiones que han planteado los grupos.

La señora **ESCUDE ROMEVA** (Presidenta de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial): En primer lugar, al señor Igea, de Ciudadanos, muchas gracias.

Nos planteaba si la condición la cumplían todos. Nosotros hablamos de seis años y que la contratación se hubiera realizado en marzo de 2011 al menos. Nosotros planteábamos estos seis años pero sí es cierto que no todas las personas que podrían acogerse a esta regulación están actualmente en el sistema. Es decir, planteamos seis años justamente por eso, porque entendíamos que era lo suficiente, lo que igualmente se hizo con Mestros, es decir, que aseguraba que estábamos haciendo un 150 % de la formación especializada, pero además nos encontramos con personas que en 2015-2016 han salido del Sistema Nacional de Salud y que merecerían también ese reconocimiento porque habían empezado a trabajar a lo mejor en el año 2000 o en el año 1998 incluso. Por eso los seis años no siempre contribuirán a que todos los cumplan, ni mucho menos.

No planteamos que el informe sea vinculante desde las comunidades autónomas; estamos intentando plantear un procedimiento lo más sencillo posible y nos fijamos en el proceso de homologación que se hizo con los generales sanitarios, y realmente lo que se hacía era acreditar en el colegio de psicólogos de cada comunidad autónoma —y esto pasaba a la consejería— que esos psicólogos tenían esa formación. Entonces, lo que planteábamos era acreditar que los Pestos estaban contratados en 2011 en el Sistema Nacional de Salud o en concertada —incluso proponemos también en la propuesta que se apoyen en un informe del gerente del hospital u hospitales a los que haya pertenecido o de los directores médicos especificando que haya una función clínica claramente—, que esta información pasara a las consejerías

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 50

y que la consejería la tramitara al ministerio proponiendo si cumplían los criterios, pero en ningún momento que fueran vinculantes. Era una cuestión para facilitar las cosas; por una parte, hay una urgencia y, por otra parte, en relación con la comisión nacional de la especialidad, no generar de nuevo otra avalancha de expedientes cuando realmente nosotros aceptamos otro tipo de regulaciones que no signifiquen obtener el título directamente, sino que estemos habilitados para ello.

El primer examen PIR fue en el año 1993, había 52 plazas; en el año 1998 había 60. Estamos hablando de que sí hay una vía desde el año 1993, lo que pasa es que es claramente insuficiente para cubrir todas las plazas que necesita el Sistema Nacional de Salud; de hecho, desde el año 1993 hasta hoy creo que son unos 2500 los psicólogos que se han especializado en clínica a través del PIR, pero son pocos para cubrir todas las necesidades de nuestra población y más ahora que hay posibilidades de acceso a la práctica en la atención primaria y que hay algunas comunidades que están promoviendo ampliar la presencia del psicólogo clínico, con lo cual claramente son insuficientes las vías actuales.

El número de psicólogos que tenemos asociados son 210, una cifra que creemos que es baja porque gran parte de los asociados conocen a otros que no están asociados. Es un poco simple, pero la información, la prospección que hemos tenido que hacer básicamente se centra en esto. En el año 2003 se creó Acapec —Asociación Catalana de Psicólogos en Ejercicio Clínico—, que ya empezó con esto, y el Foro de Psicólogos aquí, en Madrid, y ya empezamos a buscar la manera de saber cuántos somos. Y hay, primero, una cuestión de temor claramente. Nosotros hemos recibido propuestas de inscripción de personas del mismo hospital exigiendo la confidencialidad absoluta porque no querían que sus compañeros supieran que su expediente había sido negativo y por tanto no habían accedido al título. Porque se promovió además un movimiento de denuncia de estas situaciones que era bastante alarmante, con lo cual es muy complicado. Ojalá hubiera algún método, a lo mejor con las instituciones sanitarias, para saber cuántos somos porque es muy difícil. Tenemos el número de interinos; sabemos que de los 210 asociados que tenemos nosotros, en marzo de 2017 hubo 67 que nos comunicaron que su plaza salía a concurso, en Islas Baleares especialmente, Cataluña también tenía un gran número. Estamos hablando de unos 67 que supiéramos; luego había dos en otra comunidad, uno en otra; es decir, que podemos recabar más datos porque los datos los tenemos todos, pero de los asociados, que son los que se han manifestado.

El señor **BALLESCÀ RUIZ** (Vicepresidente de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial): Solo añadir una cuestión. Es muy difícil de cuantificar; si para la propia Administración ya es difícil, imagínense para nosotros. La prospección que hacemos es en base al número de asociados que tenemos y a la información que estos asociados nos van dando respecto de cada comunidad, pero es cierto que resulta difícil para nosotros tener un número más certero.

La señora **ESCUDE ROMEVA** (Presidenta de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial): A la señora Bosaho queremos darle muchísimas gracias también por su intervención. Nos planteaba medidas concretas que resuelvan la situación. La medida concreta que a nosotros se nos ocurre con más urgencia sería, e incluso lo hemos planteado en alguna ocasión con el abogado de nuestra asociación, que al menos para la movilidad de los que estamos en la pública y en la concertada y para el acceso a las plazas, que se abriera la posibilidad de que se presentaran estos profesionales. Es decir, el primer criterio es tener el título de la especialidad o bien encontrarse en la situación en que nos encontramos nosotros, que lleven diez años en la plaza o que... Es decir, que cosas concretas hemos pensado muchísimas, sobre todo por una cuestión de urgencia y de que nos angustia mucho recibir noticias continuamente de personas en relación con esto e incluso de gerentes que dicen: He parado la plaza pero en cuatro días me van a presionar para que la vuelva a sacar. La habilitación que comentaba el señor Ballescà también podría ser una solución: la posibilidad de que aceptemos no tener el título; aceptamos que no tendremos el título pero sí que estamos habilitados, porque si no es una pérdida de profesionales.

La señora Guinart nos comentaba la directiva europea, no sé si quieres hacer alguna observación.

El señor **BALLESCÀ RUIZ** (Vicepresidente de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial): Primero la diputada Guinart nos pedía nuestra opinión sobre la respuesta del Gobierno a la pregunta parlamentaria que ustedes realizaron. Es cierto que no fue de nuestro agrado en el sentido de que no resuelve, pero insistimos en la cuestión de que creemos sinceramente que hay alguna confusión en relación a la normativa europea, porque de verdad consideramos que no es de aplicación en nuestro caso, y no es que lo digamos nosotros, es que lo fundamentamos. De modo que entendemos que por ahí probablemente esté uno de los problemas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 51

También en la respuesta del Gobierno se plantea la vía PIR. Pero fíjese, primero, nos resulta impensable que, por ejemplo, en mi caso, después de diecinueve años ejerciendo y formando PIR cada año, tenga que realizar yo el PIR. Es más, aunque realmente yo sacara plaza para hacer el PIR entonces la pregunta es, ¿quién ocuparía mi plaza? Porque esto es desvestir un santo para vestir a otro. A día de hoy estamos observando que están saliendo muchas plazas que no están siendo cubiertas por falta de especialistas clínicos, y este es otro problema.

En relación a la segunda pregunta que hacía la señora Guinart, respecto a la regulación del grado, diríamos que es un tema que nos afecta más tangencialmente pero es evidente que todo lo que sea la regulación dentro del campo de la psicología desde nuestro punto de vista sí es imprescindible, más todavía cuando hay un compromiso legal para que esta regulación se lleve a cabo, y creo que ya vamos con unos cuantos años de retraso, si no estoy equivocado. De modo que, desde nuestro punto de vista, todo aquello que facilite la regulación dentro del campo de la psicología debería agilizarse en la medida de lo posible. **(El señor vicepresidente, De Arriba Sánchez, ocupa la Presidencia).**

Finalmente, una cuestión más. Se ha halado de la excepcionalidad y estamos totalmente de acuerdo. Fíjense si el procedimiento que les planteamos es excepcional que en veinte años no se ha realizado ninguno; es decir, que excepcional seguro que lo va a ser, si es que se puede. En cualquier caso, queríamos insistir en esta cuestión. Nosotros hacemos una propuesta; pensamos que es una propuesta factible, que es justa y que se puede realizar de una forma relativamente sencilla, y la propuesta que hacemos es que todas estas personas que llevan tantos años trabajando puedan homologar su especialidad —porque realmente somos especialistas— y obtener la titulación, pero también es verdad que estamos abiertos a otras posibilidades y si esas no son posibles de forma justificada, entonces diríamos: veamos qué otras medidas hay para que estos problemas que hemos planteado se puedan resolver. El tema de la movilidad, el tema fundamental de la presentación a las oposiciones, el tema de la equiparación salarial, el tema de la carrera profesional y los que hemos estado explicando. Creemos que de la misma manera que se nos habilitó para seguir trabajando en el Sistema Nacional de Salud, probablemente no sea tan difícil poder habilitarnos también para el resto de cosas, si bien entendemos que lo justo sería que nosotros pudiéramos acceder a la titulación, como hicieron los Mestros en más de dos ocasiones.

La señora **ESCUDE ROMEVA** (Presidenta de la Asociación de Psicólogos Especialistas del Sistema Nacional de Salud sin Titulación Oficial): Puntualizar a la señora Hernández Bento, que me comentaba respecto a las solicitudes resueltas. Es cierto, no es que las solicitudes no hayan sido resueltas, sino que hay muchos casos en procesos de contencioso-administrativo y también somos conocedores de que hay un número cercano o que sobrepasa los 60 que están esperando una convocatoria de examen que se les propuso en su momento y que hasta ahora no se ha ejecutado, con lo cual siguen siendo personas que están en el limbo y que, si su plaza sale, saldrán del sistema sin que se haya resuelto la situación. Y quiero agradecerle mucho la voluntad de que podamos continuar hablando de esta temática porque realmente nos urge.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): Muchísimas gracias, presidenta y vicepresidente de la Asociación de Pestos.

En un minuto comenzaremos la última Comparecencia. **(Pausa.—El señor presidente ocupa la Presidencia).**

— **DE LA SEÑORA OLESTI LUNA (DIRECTORA GENERAL DE THE FAMILY WATCH), PARA PRESENTAR PROPUESTAS Y SUGERENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICA DE FAMILIA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 219/000940).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al último punto del orden del día y damos la bienvenida a doña María José Olesti Luna, directora de The Family Watch, para presentar propuestas y sugerencias en materia de política de familia. Sin más, tiene la palabra.

La señora **OLESTI LUNA** (Directora general de The Family Watch): Gracias, señor presidente de la Comisión, vicepresidentes, miembros de la Mesa, portavoces, diputadas y diputados. En nombre The Family Watch quiero agradecerles la oportunidad que nos han brindado de comparecer en la tarde de hoy en esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 52

La familia es el elemento fundamental de la sociedad y el medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, como así aparece recogido en la resolución del Consejo de Derechos Humanos. A pesar de los cambios sociales y las diferentes crisis económica, demográfica, social, todos los estudios, las encuestas realizadas, nos confirman una vez más que la familia sigue siendo la institución más querida, la mejor valorada y la que en épocas difíciles, en épocas de crisis, sirve de colchón, sirve de apoyo no solo en lo económico sino también en lo anímico a todos y cada uno de sus miembros y de una manera muy especial a los más vulnerables. Esto es aplicable a las familias en general y a las españolas en particular, que tienen unas características que las hacen muy especiales en relación con el resto de las familias de los países de nuestro entorno, y que además han sabido, cuando ha sido necesario, estar a la altura de las circunstancias, como hemos estado viendo durante estos años de dificultades, soportando de manera heroica una parte muy importante del peso de la crisis de nuestro país.

Desde The Family Watch, como *think tank*, como observatorio de la familia, trabajamos para conocer cómo es la realidad de las familias, cuáles son sus fortalezas, con qué problemas se enfrentan, qué necesidades tienen para así, conociéndolas mejor, poder también ayudarlas con más eficacia. Para ello y desde una perspectiva multidisciplinar elaboramos estudios, informes, barómetros y otras actividades, apoyándonos siempre en datos objetivos que estén alejados de cualquier índole ideológica o política. Trabajamos para consolidar la familia sostenible; es decir, aquella que cumple de una manera más eficaz las funciones estratégicas que le tiene encomendadas la sociedad. Pero la familia, como muy bien saben ustedes, no es solo la principal unidad básica de la sociedad, sino también el principal agente de desarrollo sostenible, social, económico y cultural, y es además la principal red de solidaridad y de prevención frente a la exclusión social. Esa función que desarrolla la familia aparece también recogida en la resolución de Naciones Unidas que cito textualmente: La familia tiene la responsabilidad primordial en el cuidado y en la protección de los niños, y los niños, para el desarrollo pleno y armonioso de su personalidad, deben crecer en el seno de una familia.

En la actualidad pueden constatarse además unos fenómenos que son consecuencia precisamente del debilitamiento de la familia y que muestran la necesidad, la importancia de fortalecerla. Así, por ejemplo, nos encontramos con la pobreza infantil; hoy la mitad de los pobres del mundo son niños, como advierte un informe de Unicef. Además, cuando hablamos de pobreza infantil hablamos, consecuentemente, de pobreza familiar. En los países del primer mundo, el indicador de pobreza señala hacia la falta de tiempo que hoy tienen los padres para poder estar con sus hijos, para poder educarlos, con las consecuencias negativas que ello conlleva.

Otro factor es el abandono de las personas mayores —uno de los colectivos vulnerables—, que es una forma de exclusión social quizá más perjudicial que la puramente económica; es la soledad no buscada, esa soledad sobrevenida que en los últimos años crece en España, donde asistimos a un número cada vez más elevado de personas mayores que viven solas y que parte de ellas no tienen entornos familiares próximos que las cuiden.

El aumento de la violencia en el ámbito familiar, donde hoy ya se consideran también víctimas no solo quienes son agredidas o asesinadas, sino también los hijos, testigos de excepción de estas agresiones. Ha sido un gran paso en esa protección de los menores incluirlos como víctimas. Y también ha aumentado la violencia filioparental, que en los últimos siete años concretamente en España ha crecido de manera exponencial y las causas, además de la mencionada inestabilidad familiar, son la pérdida de autoridad, el uso inadecuado de las TIC, un alto consumo en solitario de las distintas pantallas, lo que los especialistas denominan botellón electrónico, el poder de la imagen a través de las pantallas, la normalización de la violencia, etcétera. Todos estos son datos que hemos extraído de las conclusiones que aporta el informe The Family Watch de 2016 sobre violencia filioparental.

Por todo ello, The Family Watch propone una mayor sensibilización por parte de los Gobierno y de las instituciones públicas para que sitúen a las familias en la agenda política y se puedan desarrollar medidas que las puedan ayudar, apoyar y fortalecer; medidas que contribuyan al envejecimiento activo y a que se valore el papel de los mayores y su participación en las relaciones intergeneracionales; medidas que a la vez sirvan para prevenir esa violencia en el ámbito familiar mediante un sistema educativo que fomente la igualdad efectiva y el respeto a la diversidad; medidas que sirvan para regular la accesibilidad, la asequibilidad y el anonimato con que los menores pueden consumir y producir contenidos hipersexualizados. El 78,4% de las familias consideran que se está fomentando una imagen hipersexualizada de algunos menores y muestran su preocupación ante esa tendencia a que estos además sean tratados como objetos sexuales en los medios de comunicación, también en Internet, en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 53

redes sociales, en la publicidad, alentándolos a actuar de manera sexual adulta. Estos datos son obtenidos del informe Actitud educativa de padres y docentes ante el consumo de contenidos hipersexualizados por parte de los menores, informe que ha realizado The Family Watch en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y que publicaremos próximamente.

Medidas orientadas a favorecer la conciliación o tal vez habría que hablar de integración entre la vida personal, familiar y laboral, realidades que están íntimamente relacionadas. Los datos que recogemos demuestran que la clave para esta conciliación es la flexibilidad: flexibilidad en el puesto de trabajo, tanto en el tiempo como en el espacio; mayor racionalización en los horarios laborales y seguridad en el empleo. Un 85,5% de las familias propone el fomento del teletrabajo y un 78% apuesta por fijar el final de la jornada a las 18:00 horas. También, establecer unas bolsas de horas para cubrir las diferentes necesidades de los trabajadores; en el caso de tener hijos a cargo, acudir a una tutoría, a un pediatra, y en otros casos cuidar de un familiar dependiente, etcétera. Todo ello contribuiría a disminuir el absentismo laboral y ayudaría a reducir la brecha de género.

En The Family Watch proponemos reorientar de una manera más adecuada el concepto y el valor del tiempo en el trabajo; la forma en que distribuimos las jornadas laborales, así como las formas de organización y también los estilos en la dirección de las empresas exigen esa transformación. Esto nos lleva, por tanto, a apostar también por un pacto social que sirva para armonizar horarios laborales, escolares, familiares. El 90% de las familias españolas apuesta por ello y piensa además que esto incidirá positivamente en la crianza y en la educación de los hijos, en la atención a las personas mayores y dependientes, etcétera. Estos son datos que hemos extraído del VII Barómetro de la Familia de The Family Watch que presentamos el pasado enero. En países como Holanda, Francia, Alemania, Suecia o Noruega la racionalización de los horarios ha hecho posible tres objetivos simultáneos: una mayor incorporación de la mujer al mundo laboral, el aumento del índice de fecundidad y un aumento de productividad en relación con el número de horas trabajadas. Esto ayudará también a mejorar la tasa de natalidad que tiene España en la actualidad. Como bien saben ustedes, en este país hemos entrado en crecimiento vegetativo negativo; hoy nacen 1,33 hijos por mujer, por lo que no llegamos a ese reemplazo generacional que tanto necesitamos. Somos el segundo país con población más envejecida —solo nos supera Japón— y los nacimientos a día de hoy están al nivel de los que se producían en el siglo XVII. Algunas encuestas han insinuado que esa baja tasa de fecundidad está relacionada con las dificultades económicas, sin embargo, aunque en algunos países la crisis ha acentuado este tema, la realidad es tozuda y nos deja ver que las mujeres no tienen hijos hoy porque no hay una valoración social y profesional de la maternidad, con un mercado laboral muchas veces diseñado para los hombres. Por tanto, la clave está en reconocer el valor de la maternidad desde el ámbito personal, económico, social y político; que las mujeres no tengan que verse obligadas a escoger entre ser madres y tener un puesto de responsabilidad, que la que quiera ser madre pueda decidir libremente sin sentirse doblemente penalizada por ser mujer y por ser madre. A esto tenemos que añadir que según el VII Barómetro de la Familia antes mencionado, el 90% de los españoles considera fundamental el apoyo de su pareja a la hora de tener hijos.

Hoy en día este equilibrio inestable de la conciliación sigue teniendo tintes femeninos; una verdadera corresponsabilidad es, por tanto, primordial para lograr el establecimiento de un auténtico equilibrio entre la vida de familia y el trabajo. En este sentido, es muy positivo apoyar la promoción de políticas de responsabilidad parental compartida, en las que los hombres adquieran un reconocimiento por parte de la sociedad y desde el punto de vista laboral, pero que también sean capaces de asumir la responsabilidad que les corresponde como padres en la educación de los hijos, lo que conlleva beneficios no solo para los hijos, para la familia, sino también para la sociedad en su conjunto, tal y como aparece recogido en la meta 5.4 de los objetivos de desarrollo sostenible para la Agenda 2030. Medidas que promuevan la integración de una verdadera perspectiva de familia, que deberá ser transversal, con una implicación en su elaboración de todos los estamentos, tanto a nivel político como desde la sociedad civil. En otras palabras, que se tenga en cuenta la familia a la hora de elaborar leyes o normas que en mayor o menor medida acabarán implicando o repercutiendo en la misma. Para que esta perspectiva sea eficaz, se necesita un informe de impacto familiar que sirva como herramienta para evaluar el impacto que una determinada medida política genera en el ámbito de las familias, de modo similar a como actúa el impacto medioambiental o de género.

Todas estas recomendaciones en políticas de familia deberían de estar por encima de la coyuntura política. Por esta razón, desde hace años desde The Family Watch trabajamos por un pacto de Estado por la familia y la infancia, de tal manera que todas estas medidas pasen a convertirse en una verdadera cuestión de Estado, con una estabilidad y una durabilidad que las haga verdaderamente eficaces y puedan

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 54

verse así los resultados a largo plazo. A pesar de que el concepto de familia se ha transformado y su estructura ha evolucionado en las últimas décadas como resultado de esas tendencias mundiales y de los cambios demográficos, desde Naciones Unidas siguen considerando que la familia constituye la unidad básica de la sociedad. Por ello, el Día internacional de las familias, el 15 de mayo, decretado por la Asamblea General de Naciones Unidas y que este año 2018 tiene por tema Familias y sociedades inclusivas, nos brinda la oportunidad, una vez más, de concienciar acerca de las cuestiones sociales, económicas y demográficas que afectan a las familias. Por ese motivo, desde The Family Watch hemos querido llevar a cabo una jornada en el marco de ese 15 de mayo en el Congreso de los Diputados para celebrar ese día, invitando a participar a todas las organizaciones sociales y de familia del tercer sector y a todos los grupos con representación parlamentaria, con los que esperamos contar. Así, con el apoyo de todos, daremos más visibilidad y mayor reconocimiento a las familias como primeras y principales responsables en la educación y en la socialización de los menores y también en la transmisión de valores, entre otros, el de la ciudadanía y la pertenencia a una sociedad.

Muchas gracias.

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

Es el turno ahora de los grupos, empezando por el que ha solicitado esta comparecencia, que es el Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra la señora Torres.

La señora **TORRES TEJADA**: Muchas gracias, señor presidente.

En primer lugar, señora Olesti, en nombre de mi grupo parlamentario, quiero darle las gracias por su comparecencia y por explicarnos el trabajo que su entidad viene realizando.

De sus estudios, que he podido ver a lo largo de su página web sobre la familia y de su explicación en el día de hoy, se evidencia la especial preocupación no solo de usted, de su entidad, sino también de toda la sociedad por el papel de la familia en la actualidad. Más de la mitad de los españoles consideran que se reconoce muy poco pública y legalmente el papel que desarrolla la familia en la sociedad, una figura fundamental, sin duda, para formar y desarrollar a las personas, diríamos que como un alfarero que con su torno elabora una pieza única. Sus estudios se centran en las preocupantes cifras demográficas de nuestro país y la necesaria respuesta de las instituciones públicas en reconocimiento a la labor de las familias. Sobre estos temas me gustaría hacerle alguna pregunta. ¿Qué importancia considera que tienen las políticas relacionadas con la familia para poder afrontar los retos más relevantes a los que se enfrenta la sociedad española relativos al envejecimiento creciente y la baja natalidad? El Consejo de Ministros acordó la creación, en febrero de 2017, de una comisión de Gobierno para el reto demográfico, que se está ocupando de elaborar una estrategia nacional que recoja el conjunto de propuestas, medidas y actuaciones necesarias para alcanzar el equilibrio de la pirámide poblacional, incluyendo tanto las que corresponden a la Administración General del Estado como las que puedan resultar del apoyo y colaboración de las demás administraciones públicas. Esta estrategia constituirá un marco de referencia para abordar los efectos sociales y económicos de estos fenómenos demográficos a través de medidas en diversas áreas, incluyendo medidas de apoyo familiar para promover un entorno más favorable para que las familias tengan el número de hijos que deseen.

Quería hacer hincapié en la propuesta del Gobierno de haber ampliado el permiso de la paternidad de dos a cuatro semanas, que tiene previsto extenderlo una semana más en caso de que se aprueben los Presupuestos Generales del Estado para este 2018. ¿Considera que este tipo de permisos específicos son necesarios para seguir avanzando en una mayor implicación y corresponsabilidad de los padres en la crianza, cuidado y educación de los hijos? Actualmente hay un debate sobre la necesidad de avanzar hacia permisos iguales e intransferibles entre madres y padres, de forma que se promueva una mayor implicación de los hombres en las tareas del cuidado de los hijos y que el uso del permiso de maternidad no suponga un freno o una penalización para las mujeres. La Comisión Europea está trabajando en una nueva directiva al respecto, que va en esta línea. España cuenta con un permiso de paternidad de mayor duración que en la mayoría de los países de la Unión Europea y la voluntad del Gobierno es seguir avanzando en su progresiva equiparación, atendiendo a las posibilidades de financiarlo.

También hacen hincapié en aquellos colectivos con características singulares y que requieren medidas más específicas, como son las familias numerosas, las familias monoparentales o las familias con personas con discapacidad. ¿Qué valoración hace de las medidas que se han adoptado al respecto, como el derecho a mantener el título de familia numerosa hasta el último hijo o los cheques familiares del IRPF de cien euros mensuales para esos colectivos? El Plan integral de apoyo a la familia que se aprobó en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 55

2015 y que tiene un marco de acción hasta 2017 consideró como colectivos familiares prioritarios a las familias numerosas, monoparentales y con personas con discapacidad, además de las familias en situación de dificultad o riesgo de exclusión social. Se han introducido mejoras significativas para estos colectivos en materia fiscal, protección jurídica o programas sociales, como el bono social eléctrico o el nuevo Plan estatal de la vivienda 2018-2021. En definitiva, el Plan integral de apoyo a la familia ha supuesto un paso adelante esencial a la hora de reconocer el papel de la institución más importante para los españoles durante los años de crisis y ha contribuido a hacer frente a los grandes retos de nuestro país en el corto y medio plazo, el envejecimiento de la población y la baja natalidad.

Lamentamos que a día de hoy haya partidos políticos empeñados en decir que el Estado debe sustituir a la familia y quieran desdibujarla. Desde el Partido Popular apostamos por fortalecer la figura y el papel de la familia como eje vertebrador y pilar fundamental de nuestra sociedad, y en esta línea continuaremos trabajando. El camino es arduo y queda muchísimo por hacer, pero no dude que seguiremos trabajando en la línea que venimos haciéndolo, con el apoyo de entidades como la suya.

Quiero acabar como empecé, agradeciéndole tanto su comparecencia hoy aquí como el trabajo que vienen realizando desde su entidad.

Muchísimas gracias.

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

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

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchísimas gracias por su comparecencia, por sus opiniones y por su informe.

Quiero empezar diciendo que me alegra que la representante del Partido Popular ya haya interiorizado como propias las medidas de aumento de los permisos paternales que se han conseguido gracias a los acuerdos presupuestarios, a los acuerdos con Ciudadanos, porque eso nos hará más fácil a todos avanzar en los presupuestos y en la normalización e igualación de los permisos, como habíamos acordado en el pacto de investidura y en los pactos presupuestarios con el Partido Popular.

Ha aludido usted a un informe sobre la violencia filioparental, que a nosotros es un problema que nos preocupa mucho —de hecho, hemos elaborado propuestas para cambiar los protocolos en los casos de violencia filioparental—, y lo ha centrado en el consumo de las nuevas tecnologías que, desde mi punto de vista, es un acercamiento novedoso. No dudo de la importancia de las nuevas tecnologías, pero, en nuestra opinión, en la violencia filioparental influyen otras cosas mucho más importantes; es un problema más antiguo que tiene que ver con otras cosas, pero me gustaría que nos hiciese llegar ese informe ya que seguro que nos será de muchísima utilidad.

Ha hablado de temas importantes, como la conciliación, el aumento de los permisos, la flexiseguridad, el teletrabajo; medidas todas ellas que nosotros, naturalmente, apoyamos, promovemos y están en nuestro programa y en nuestro acuerdo. Nosotros creemos también que es importante decidir libremente ser madre o crear una familia, así como que hay muchas formas de familia en la actualidad. Hay familias monoparentales, hay familias tradicionales y existe otro tipo de familia, otro tipo de propuestas como es la gestación subrogada, que sabemos que no es su modelo, pero nos gustaría que fuéramos respetuosos con todos aquellos que creen que una familia no es solo compartir un código genético sino que es una comunidad de afectos y que no hay nada más importante para una pareja que intentar crear una familia. Apoyar a quienes quieren crear una familia, desde nuestro punto de vista, es un derecho que vamos a intentar mantener y desarrollar a lo largo de esta legislatura.

Le agradezco enormemente el trabajo que están desarrollando y estamos a su disposición para lo que quiera. Para nosotros, la familia no solo cumple una función estratégica, sino que cumple una función esencial en la conformación de la sociedad y en la creación de individuos libres e iguales, que es el propósito de cualquier sociedad moderna.

Muchas gracias.

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

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**: Pido disculpas por mi ronquera. Espero que se me entienda.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 56

Dicen ustedes que las familias españolas son diferentes y que tienen algo muy especial, y ponen como ejemplo el comportamiento heroico que han tenido durante la llamada crisis, pero creo que de esa heroicidad muchísimas familias han pasado a la desesperanza cuando han visto que pasada la crisis, según el Gobierno, su situación no solamente no avanza, como refleja el informe que tengo aquí y que ustedes encargaron, sino que el Estado y el Gobierno se dedica a rescatar autopistas en vez de a mejorar las pensiones, como en su día rescató la banca en vez de rescatar a las familias. De la heroicidad han pasado a la desesperanza pero, por suerte, parece que de la desesperanza han pasado a la rebelión. Hemos visto a miles de personas en la calle estos días, tanto mujeres como pensionistas, que creo que son dos patas de la misma mesa.

Tener hijos ahora mismo —yo tengo tres— es un lujo y para muchas familias ese lujo se transforma en un lastre. No es casualidad que los cuentos medievales estén repletos de historias de niños abandonados en los bosques, que es lo que hacían las familias que no podían mantenerlos, pero por suerte ya no estamos en un sistema feudal, ya no estamos en un sistema medieval y sabemos que los niños y las niñas son ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho, son sujetos políticos y sociales y son un bien social sin los que una sociedad está condenada a la muerte. Por todo ello, como sociedad, deberíamos hacernos cargo de su cuidado y protección, de su conocimiento en condiciones adecuadas y equitativas. Esta es una cuestión de Estado no solo es una cuestión de las familias. Los padres y las madres de este país oscilan entre no tener trabajo, con lo cual tener grandes dificultades para sacar adelante a sus familias, o trabajar tantas horas que no pueden ocuparse de forma adecuada de los niños; no hay espacios gratuitos para los críos de 0 a 3 años, cosa que es increíble teniendo en cuenta que es una etapa de crecimiento fundamental; no hay becas de comedor para esos niños y niñas más pequeños en el momento en que son más importantes los alimentos que reciben; la atención temprana es escasísima, en algunas comunidades es algo mejor, pero es escasísima; no existe gratuidad de los libros de texto ni de los libros de lectura obligatorios. He sido librera y he vivido dramas de familias que venían a traer diez euros cada semana y cuyos niños nunca llegaban a tener todos los libros, a pesar del sistema de becas que se dice que existe y todo esto. El material escolar, por supuesto, tampoco es gratuito; el precio de los pañales, de los productos infantiles o de las leches maternales son prohibitivos. Una alimentación saludable está al alcance de muy pocos. El tema de atención a la discapacidad clama al cielo; muchísimas familias tienen alguna persona en esta condición o personas muy mayores. De nuevo, el Estado desprotege a estas familias y en la cuestión de discapacidad ni siquiera cumple con medidas que anteriormente se habían discutido y aprobado.

En mi grupo pensamos que todo esto es una cuestión de Estado; garantizar unos derechos básicos a cualquier niño o niña que viva en este país, sin que importe en donde nació o si llegó en una patera, el tipo de familia a la que pertenece, el lugar en el que ha nacido, si es de un medio rural, si vive en una ciudad, su condición de salud, su etnia, su sexo, o cualquier otro rasgo diferencial. Ustedes proponen un pacto de Estado para las familias y para la infancia. ¿Nos podría decir qué puntos les parece que no admiten discusión y que debería incluir ese pacto de Estado?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora De la Concha.

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

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Muchas gracias.

En primer lugar, quiero agradecer a la compareciente no solo estar hoy aquí sino el trabajo que se hace desde The Family Watch, a través de informes de evaluaciones o de barómetros que nos ayudan a conocer mejor la realidad de la familia y saber por dónde debemos orientarnos desde las distintas instituciones, desde los poderes públicos, a la hora de ir estableciendo las estrategias, las nuevas medidas para abordar esas realidades. Por tanto, muchas gracias.

Como sabe, desde el Partido Socialista estamos defendiendo la necesidad de llevar a cabo una ley de familias, porque es una realidad los distintos y diversos modelos que han ido apareciendo con más normalidad de lo que algunos entendían que iba a producirse y que requieren de todo un reconocimiento jurídico, ayudas específicas y todas las medidas de protección por parte de los poderes públicos. Entendemos que esa ley tiene que tener un enfoque integral y transversal, porque hablar de familia es hablar de vivienda como derecho básico, de sanidad pública universal y gratuita, de educación pública de calidad gratuita, de la lucha contra la violencia de género con una dotación presupuestaria suficiente, de medidas contra el desempleo o contra la precariedad, medidas de igualdad entre hombres y mujeres, medidas para favorecer la conciliación familiar, personal y laboral que eviten esa doble penalización de la que hablaba, porque

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 57

muchas veces se opta por alguna de estas medidas pero al final las mujeres se ven penalizadas. Tenemos que abordar una realidad, y es que con todos los recortes de prestaciones sociales y de ayudas a las que estamos asistiendo, estamos volviendo a la feminización de los cuidados en las familias, de nuestros descendientes y de nuestras personas dependientes. Hay que avanzar en las medidas de protección de la infancia, para que realmente el menor, los niños y las niñas, sean el bien jurídico y el centro de todas las políticas a la hora de establecer esas medidas de protección, de cuidados y de reconocimiento de derechos; hay que abordar esa educación afectivo-sexual y todo lo que tiene que ver con los derechos sexuales y reproductivos; la libertad de las mujeres para elegir libremente su maternidad. Hemos detectado en los últimos informes que estas políticas están siendo abandonadas; todos los estudios detectan inequidad, distinta accesibilidad a los diferentes medios y a nosotros nos parece que el sitio donde se vive o el dinero que se tiene no debe determinar la accesibilidad a estos derechos y a todo lo que ello supone.

En cuanto a la lucha contra la pobreza, nos gustaría que hiciera una valoración del informe del Defensor del Pueblo, absolutamente devastador, donde se habla de cómo muchísimas familias, sobre todo las más débiles, han sido condenadas a la exclusión social; cómo la crisis la han tenido que sostener las familias; cómo ha habido un retroceso en las políticas públicas de servicios que no ha tenido precedentes, con una falta absoluta de políticas redistributivas de la renta, donde se destaca por parte del Defensor la necesidad de una política activa de protección. El informe dice algo que parece obvio pero que es bueno que se diga, que se escriba y que se repita. No se puede hablar de recuperación económica si esa mejora no se está viendo en el día a día de las familias, que vienen siendo azotadas por las crisis. En el barómetro que ustedes presentan me llama la atención que hay una percepción de que realmente no hay una gran mejoría de las familias en su día a día.

En cuanto a la conciliación, todos los estudios e informes coinciden en que España está lejos de otros países de nuestro ámbito en términos de flexibilidad laboral; tenemos horarios extensos improductivos; no se persigue el *mobbing* laboral; falta la cultura del teletrabajo, como usted ha señalado; los permisos maternales y paternales están lejos de nuestros países compañeros de viaje dentro de la Unión Europea; la reducción de jornada realmente no es una medida que atraiga por la reducción económica que conlleva. Todo esto dentro de los empleos precarios e inestables y dentro de un contexto laboral bastante difícil que afecta a nuestros niños y niñas. El Plan integral de apoyo a la familia 2015-2017 —no es el Grupo Socialista el que lo dice, lo dicen muchísimas entidades—, recoge medidas que o ya se venían aplicando o que estaban agotadas. Todo el mundo acusa que hay una falta de visión estratégica en el mismo y no una perspectiva integral de la familia. No sé si opina lo mismo. Lo que sí tenemos claro es que las prestaciones a las familias han sido reducidas; hay grandes restricciones en el acceso a las ayudas, están congeladas. En realidad, toda esa bonanza de la que ha hablado la representante del Partido Popular no la podemos compartir. Creemos que las ayudas son muy escasas para los momentos tan duros que han tenido que vivir las familias.

Voy terminando. En cuanto a la fiscalidad, me gustaría que nos comentara algo. Nos han llegado por parte de distintas asociaciones propuestas respecto a la fiscalidad, porque entienden que está basada en un sistema individualista que ignora la perspectiva de familia y que mantiene desigualdades fiscales entre familias con situaciones semejantes. Para terminar, quería decir que nos alegra mucho ver cómo este último barómetro se ha fijado en problemas emergentes, como los problemas del alcohol, las drogas o las redes sociales, los peligros que conlleva, y el buen análisis que entendemos que nos hace llegar sobre cuáles son las preocupaciones y la visión de los padres y madres a la hora de abordar estos problemas. Muchos de estos temas el Grupo Parlamentario Socialista los está abordando con distintas iniciativas y proposiciones.

Por último, quería darle las gracias...

El señor **PRESIDENTE**: Muy por último porque iba terminando. Termine ya.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Ya termino.

La familia es un valor que hay que proteger, que hay que fortalecer, y para eso están los poderes públicos.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra la señora Olesti para dar respuesta a lo que han planteado los grupos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 473

21 de marzo de 2018

Pág. 58

La señora **OLESTI LUNA** (Directora general de The Family Watch): Muchas gracias.

Empezando por el Plan integral de apoyo a la familia, nosotros tuvimos la oportunidad de plantear algunas sugerencias, entre ellas, incluir esa posibilidad de tener una perspectiva de familia que ayudaría necesariamente, como un paraguas, a proteger y dar una visión de cómo afectaría cualquier tipo de resolución de norma en el conjunto de la familia, que nos parecía muy importante.

Queda mucho por andar, nos queda mucho por recorrer y es verdad que necesitamos ir avanzando, sobre todo planteándonos diferentes situaciones en las que vemos claramente que todavía estamos a años luz. Las medidas que se han ido tomando nosotros las valoramos siempre positivamente, sobre todo por que se tenga en cuenta que sea para beneficiar o para apoyar y fortalecer a las familias, ya que los primeros y principales beneficiados serán los miembros de la familia, la sociedad en su conjunto, puesto que la familia no deja de ser esa célula fundamental y ese eje vertebrador. Nosotros vemos la necesidad de mostrar especial interés en todas las medidas que vayan dirigidas a integrar un poco en la línea que hablábamos de ese Pacto de Estado por la familia y la infancia, porque serán medidas inamovibles que no dependerán del color político que gobierne en cada momento, sino que serán medidas que estarán siempre permanentes en el tiempo. La educación y la crianza de los hijos necesitan largo plazo, necesitan años, necesitan más de una legislatura para que se vean los resultados. En los países donde se ha tomado la familia como centro de su agenda política los resultados son positivos. Por tanto, si queremos mejorar nuestra denostada tasa de natalidad, tendremos que animar a las personas que tienen capacidad hoy para tener hijos, ayudarles a que los puedan tener si desean tenerlos desde todas las instituciones, no solo desde la sociedad sino también desde las instituciones públicas. Por eso hablaba de esas medidas de corresponsabilidad, de flexibilidad en los horarios. Las medidas económicas puntuales están muy bien, pero nuestros barómetros reflejan que no por una cuantía económica las mujeres tienen hijos, no siempre ese es el resultado. Por tanto, habrá que adoptar otro tipo de medidas que no solo sean puntuales sino que duren en el tiempo y que permitan que haya estabilidad en las familias para que puedan dar ese gran paso. Esos serán los puntos que tendrá que recoger ese pacto de Estado.

Pobreza infantil. El informe del Defensor del Menor refleja claramente muchos de los resultados de los que ya vienen hablando instituciones como puede ser Unicef. Nosotros hemos añadido, después del estudio sobre indicadores de bienestar familiar, otro modelo de pobreza que hay ahora mismo, que es crucial y que está ligado también a ese informe de violencia filioparental, que es el tiempo. El tiempo que los padres no pueden, aunque muchas veces sí tienen ganas, dedicarle a sus hijos, empobrece a sus hijos y empobrece a sus familias. Por tanto, ese factor tiempo también está ligado a ese informe de violencia donde los hijos son niños de la llave, no hay tiempo para dedicarles, se encuentran muchas horas solos en casa frente a diferentes pantallas, y en ese estudio que con mucho gusto les haremos llegar a ustedes se ve claramente cómo empobrece y tiene otros resultados.

Vemos que esa mejora de la economía no se ve reflejada en las familias claramente; hemos pasado por una etapa crucial, pero efectivamente todavía sigue habiendo muchas familias que no lo están pasando bien y lógicamente, mientras no se vea esa mejora, la familia no podrá ser la gran generadora de capital social, de capital humano. Por tanto, esa perspectiva integral es fundamental tenerla en cuenta y de alguna manera para poder legislar siempre no de perfil sino de frente.

Cuando hablamos de fiscalidad, nosotros hablamos más de la fiscalidad en la unidad familiar como conjunto, porque de esa manera nos permite también ver las diferentes circunstancias en las que se pueden encontrar las familias, no solo la renta sino el número de miembros que componen esa unidad familiar, que nos parece que a veces es lo más coherente.

En cuanto a los permisos de paternidad, nos parece que efectivamente son necesarios, es muy bueno haberlos ampliado, pero ojalá también puedan ser transferibles, que es como ocurre también en otros países de nuestro entorno.

No sé si he contestado a todas las cuestiones. Muchas gracias. El señor **PRESIDENTE**: En nombre de la Comisión, muchas gracias por su comparecencia, por sus explicaciones y por sus aportaciones. Se levanta la sesión.

Eran las ocho y treinta y cinco minutos de la noche.