



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

Año 2018

XII LEGISLATURA

Núm. 527

Pág. 1

**SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ**

Sesión núm. 25

celebrada el miércoles 16 de mayo de 2018

Página

**ORDEN DEL DÍA:**

**Preguntas:**

- De los señores diputados don Jesús María Fernández Díaz y don Miguel Ángel Heredia Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre precio de los más de 400 medicamentos que fueron excluidos del Sistema Nacional de Salud para los pensionistas en el año 2012 y actualmente, así como aumento de cada uno de los mismos (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/026497). (Número de expediente 181/000950) ..... 3
- De los señores diputados don Jesús María Fernández Díaz, don José Juan Díaz Trillo y de la diputada doña Josefa Inmaculada González Bayo, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialistas en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea, así como medidas para solucionar la escasez de médicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en la línea de agilizar la homologación de títulos (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/027512). (Número de expediente 181/000952) ..... 3
- Del señor diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre aprobación de la orden ministerial de precios de referencia de medicamentos durante 2017 y su incidencia en el ahorro farmacéutico (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/024558). (Número de expediente 181/000954) ..... 3

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 2

- Del señor diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre profesionales asignados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la gestión de los expedientes de reconocimiento de títulos de especialistas médicos no comunitarios (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/025680). (Número de expediente 181/000955) ..... 3
- Del señor diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre plazas de médico especialista de área correspondientes a la plantilla de Ingesa en la ciudad de Ceuta convocadas en el año 2017, así como previstas para el año 2018 (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/026003). (Número de expediente 181/000956) ..... 3
- Del señor diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre incidencias en la atención de urgencias del Hospital Comarcal de Ceuta el día 6 de enero de 2018 (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/026515). (Número de expediente 181/000957) ..... 3
- Del señor diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre política farmacéutica y actuaciones legales previstas en materia de acceso y financiación de medicamentos (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/027513). (Número de expediente 181/000959) ..... 3
- Del señor diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre situación de la implantación del Sevem (Sistema Español de Verificación de Medicamentos) en España, así como previsiones acerca de la modificación del sistema de facturación de recetas a cargo del Sistema Nacional de Salud (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/027760). (Número de expediente 181/000960) ..... 3
- Del señor diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre sistema anticonceptivo Essure (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/030101). (Número de expediente 181/001001) .... 4

### Comparecencias:

- De la señora Cortés González (coordinadora de la Plataforma de las víctimas afectadas por el síndrome del aceite tóxico, SAT), para que explique la situación de las víctimas afectadas por el síndrome del aceite tóxico y las dificultades que poseen. A petición del Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 219/000228) ..... 9
- De la señora Vicente González (secretaria general del Consejo General de Trabajo Social), para realizar balance y analizar las perspectivas de futuro del plan concertado, treinta años después de su puesta en marcha. A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 219/000995) ..... 22

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 3

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

### PREGUNTAS:

- DE LOS SEÑORES DIPUTADOS DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ Y DON MIGUEL ÁNGEL HEREDIA DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE PRECIO DE LOS MÁS DE 400 MEDICAMENTOS QUE FUERON EXCLUIDOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA LOS PENSIONISTAS EN EL AÑO 2012 Y ACTUALMENTE, ASÍ COMO AUMENTO DE CADA UNO DE LOS MISMOS (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/026497). (Número de expediente 181/000950).
- DE LOS SEÑORES DIPUTADOS DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DON JOSÉ JUAN DÍAZ TRILLO Y DE LA SEÑORA DIPUTADA DOÑA JOSEFA INMACULADA GONZÁLEZ BAYO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TÍTULOS EXTRANJEROS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD, OBTENIDOS EN ESTADOS NO MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA, ASÍ COMO MEDIDAS PARA SOLUCIONAR LA ESCASEZ DE MÉDICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) EN LA LÍNEA DE AGILIZAR LA HOMOLOGACIÓN DE TÍTULOS (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/027512). (Número de expediente 181/000952).
- DEL SEÑOR DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE APROBACIÓN DE LA ORDEN MINISTERIAL DE PRECIOS DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS DURANTE 2017 Y SU INCIDENCIA EN EL AHORRO FARMACÉUTICO (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/024558). (Número de expediente 181/000954).
- DEL SEÑOR DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE PROFESIONALES ASIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD PARA LA GESTIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS DE ESPECIALISTAS MÉDICOS NO COMUNITARIOS (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/025680). (Número de expediente 181/000955).
- DEL SEÑOR DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE PLAZAS DE MÉDICO ESPECIALISTA DE ÁREA CORRESPONDIENTES A LA PLANTILLA DE INGESA EN LA CIUDAD DE CEUTA CONVOCADAS EN EL AÑO 2017, ASÍ COMO PREVISTAS PARA EL AÑO 2018 (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/026003). (Número de expediente 181/000956).
- DEL SEÑOR DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE INCIDENCIAS EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL COMARCAL DE CEUTA EL DÍA 6 DE ENERO DE 2018 (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/026515). (Número de expediente 181/000957).
- DEL SEÑOR DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE POLÍTICA FARMACÉUTICA Y ACTUACIONES LEGALES PREVISTAS EN MATERIA DE ACCESO Y FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/027513). (Número de expediente 181/000959).
- DEL DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE SITUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SEVEM (SISTEMA ESPAÑOL DE VERIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS) EN ESPAÑA, ASÍ COMO PREVISIONES ACERCA DE LA MODIFICACIÓN DEL SISTEMA DE FACTURACIÓN DE RECETAS A CARGO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/027760). (Número de expediente 181/000960).

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 4

### — DEL DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE SISTEMA ANTICONCEPTIVO ESSURE (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/030101). (Número de expediente 181/001001)

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se abre la sesión.

La primera parte del orden del día es la contestación a nueve preguntas que, tal y como acordamos en la reunión de Mesa y portavoces, las vamos a agrupar todas en una. Como saben, el tiempo de las preguntas está tasado, y lo que vamos a hacer es dar un tiempo de quince minutos para la primera exposición y respuesta, y de cinco minutos para la réplica.

Pasamos a la formulación de las nueve preguntas, todas ellas planteadas por don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra por un tiempo de quince minutos.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Doy por formuladas las preguntas, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Para su respuesta, tiene la palabra el secretario general de Sanidad y Consumo, señor Castrodeza.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castrodeza Sanz): Gracias, presidente. Miembros de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, buenas tardes a todos.

Comparezco una vez más en esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados para dar respuesta a nueve preguntas escritas, transformadas en orales, que se centran en diversas cuestiones relativas al Sistema Nacional de Salud y ligadas a las competencias propias de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, Farmacia, Ordenación Profesional, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que focalizan en esencia las preguntas, todas ellas formuladas por el Grupo Parlamentario Socialista, a las que procedo a dar respuesta sin más dilación.

En primer término me referiré a la pregunta número 1, relativa a los medicamentos excluidos de la financiación pública en el año 2012 para puntualizar que el Gobierno no ha retirado ningún medicamento de forma específica para los pensionistas, como parece plantearse en la pregunta. De hecho, no hemos retirado ningún medicamento de forma exclusiva ni para los pensionistas ni para ningún otro colectivo en concreto. Sobre esta realidad, y más allá de consideraciones y críticas que puedan realizarse al respecto, lo único cierto es que la decisión tomada en el año 2012 mediante la resolución publicada en el *Boletín Oficial del Estado* del día 17 de agosto, se sustenta únicamente en criterios técnicos y no ha supuesto disfunción ni merma alguna en la calidad de la prestación farmacéutica.

La segunda de las cuestiones a la que daré respuesta es a la relativa al reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialistas en Ciencias de la Salud, concretamente a los obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea. Se trata de una cuestión enmarcada en el contexto del debate existente sobre la problemática de médicos en el Sistema Nacional de Salud, que es precisamente una de las cuestiones a las que estamos dando prioridad y en la que estamos trabajando en el ministerio en los últimos meses, y en los últimos años en concreto. Como todos ustedes saben, se trata de un tema reglado mediante el Real Decreto 459/2010, en el que se da la posibilidad al administrado, al solicitante del reconocimiento, de activar trámites de garantías, como son las alegaciones, las subsanaciones y los recursos. Sobre esta base hoy les puedo cuantificar que los expedientes ya resueltos son cerca de 3000, de los cuales 640 obtuvieron un reconocimiento favorable. Quiero exponerles, además, nuestra previsión de agilizar la asignación de centros para que los solicitantes de reconocimiento obtengan un informe de comprobación previo positivo, así como la recomendación del comité de expertos para realizar prácticas tuteladas de forma que el centro en cuestión, acreditado para la docencia en todo caso, sea asignado con agilidad, teniendo en cuenta la remuneración de esta práctica que contempla el Real Decreto 183/2008.

En cuanto a la tercera pregunta incluida en el orden del día, la relativa a la aprobación de la Orden Ministerial de precios de referencia de medicamentos correspondiente al año 2017, así como su incidencia en el ahorro de farmacia, quiero comentarles que la orden en cuestión fue publicada en el *Boletín Oficial del Estado* el día 29 de noviembre del año 2017 y que el ahorro estimado para los medicamentos que se prescriben y dispensan mediante receta del Sistema Nacional de Salud supera los 80 millones de euros. Como todos ustedes saben, señorías, el sistema de precios de referencia contribuye de forma decisiva a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud gracias a su contribución al ajuste permanente de los precios que han perdido la patente y tienen un precio menor debido a la competencia existente en el mercado. En todo caso, al haberse producido la actualización de la orden, no se ha dejado de ahorrar

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 5

cantidad alguna, realidad a la que debemos sumar el trabajo que estamos realizando en estos momentos en el ministerio para renovar el real decreto que regula los mencionados precios de referencia. De esta forma estableceremos con mayor claridad qué se entiende por medicamentos que comparten principio activo, al tiempo que fomentaremos la investigación en ventajas incrementales de medicamentos tradicionales de precio reducido que posibiliten su permanencia en el mercado.

Señorías, la cuarta pregunta está centrada en la cantidad de profesionales asignados por el ministerio para gestionar los expedientes de reconocimiento de títulos de especialistas médicos no comunitarios. Plenamente ligada a la pregunta número 2, me limitaré a responder que la gestión de los expedientes referidos es realizada actualmente por cuatro funcionarios, es decir, las mismas personas que en el año 2011. En cuanto a los contratos suscritos, por aquello de no extenderme más allá de lo necesario, les puedo facilitar, si lo desean, una página web, en el contexto del portal de la transparencia, en la que pueden ustedes consultar, entre otras muchas cosas, la información solicitada.

Continúo con la pregunta número 5, centrada en el número de plazas de médicos especialistas de área correspondientes a la plantilla del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, convocadas en el año 2017 en la Ciudad Autónoma de Ceuta, así como las previstas en este año 2018. Más allá del Plan de ordenación de recursos humanos del Ingesa, publicado en el *Boletín Oficial del Estado* el pasado 30 de enero, con vigencia hasta el año 2021, las plazas autorizadas para los centros sanitarios ascienden a 271. Son plazas que tienen en cuenta las necesidades tanto de atención primaria como de atención especializada, validadas por el Ministerio de Hacienda y Función Pública y contempladas en la oferta pública de empleo. Quiero comentarles también que hasta la realización de la convocatoria se ha recurrido al personal temporal, de acuerdo con lo establecido en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. Además, se ha iniciado un procedimiento de movilidad voluntaria, previo a la convocatoria de la oferta pública de empleo, para cubrir las plazas vacantes. Se han ofertado 403 plazas de todas las categorías y se han presentado 289 solicitudes. Se ha publicado la lista de admitidos y excluidos y se encuentra en fase de asignación de las citadas plazas. De personal médico se han convocado 52 plazas en Ceuta y 49 en Melilla y hay también una oferta pública de promoción interna con cuatro plazas de facultativos, dos en Ceuta y dos en Melilla.

Paso a la pregunta número 6. Sobre Ceuta se centra también la sexta pregunta, concretamente sobre las incidencias en la atención de urgencias del hospital comarcal el pasado día 6 de enero. Más allá de poner en valor el buen trabajo que desarrollan los profesionales sanitarios del centro, especialmente aquellos que ejercen diariamente sus funciones en el servicio de urgencias, quiero decirles que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria no tiene constancia de incumplimiento alguno el día por el que se pregunta. Cierto es que tuvo lugar un retraso en la valoración de un paciente por una descoordinación acontecida en la realización de pruebas diagnósticas y en la valoración entre los servicios de radiología y medicina interna. No obstante, la respuesta telefónica fue inmediata y la priorización de las pruebas adecuada a las circunstancias clínicas fue correcta. Quiero insistir en el reconocimiento a la labor que desempeñan los profesionales sanitarios del servicio de urgencias del Hospital Comarcal de Ceuta, no solo por su elevada capacidad resolutoria, pues en el año 2017 atendieron un total de 71 454 urgencias, con solo 28 reclamaciones por tiempo de espera, sino también por la calidad de la atención prestada en circunstancias que no siempre son sencillas.

Paso ya a la séptima pregunta, que se centra en la política farmacéutica en las actuaciones legales previstas en materia de acceso y financiación de medicamentos. Quiero destacar en este sentido que en el Gobierno estamos haciendo grandes esfuerzos para incluir en la prestación medicamentos innovadores que presten valor terapéutico y para hacerlo posible además de manera sostenible en el Sistema Nacional de Salud. Se trata de un esfuerzo sostenido desde el año 2012, pero especialmente en los últimos tres años de 2015 a 2017, en los que se han financiado un total de 4173 medicamentos, de los que 1162 son de marca. Considerando solamente nuevos principios activos, se han incluido 128, entre los que se encuentran 21 nuevas moléculas para enfermedades raras. A estos nuevos principios activos debemos añadir el estudio de las nuevas indicaciones de los ya financiados que también tienen que pasar por el mismo procedimiento de financiación, en concreto los 262 nuevos principios activos y nuevas indicaciones de medicamentos innovadores autorizados desde el año 2012 hasta el año 2018.

Paso a contestar a la pregunta octava, relativa a la situación de la implementación del Sevem, Sistema Español de Verificación de Medicamentos, y a las previsiones de la modificación del sistema de facturación de recetas a cargo del Sistema Nacional de Salud. En el primer caso, la situación en la que se encuentra el Sevem, quiero comentar que se constituyó en julio del año 2016 para la creación y la gestión del

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 6

repositorio nacional. En diciembre del año pasado se firmó el contrato pertinente con el proveedor tecnológico, y estamos iniciando el trabajo para la conexión al repertorio europeo. La fase de validación se realizará entre junio y septiembre, y será en octubre de este año cuando realicemos la prueba piloto para la conexión de los distintos agentes implicados en el sistema: colegios profesionales, laboratorios, distribución, etcétera, cuyos esfuerzos para agilizar el desarrollo del proyecto están siendo considerables. Con todo, la idea es que en febrero del año 2019 se pueda poner en marcha. Por nuestra parte, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios que, como ustedes saben, está adscrita al ministerio, participa activamente en los distintos grupos de trabajo creados en el grupo de expertos de la Comisión Europea para la implementación del reglamento delegado de dispositivos de seguridad. Uno de estos grupos, el grupo 1, se dedica expresamente a la supervisión del repositorio europeo y de los repositorios nacionales. De igual modo, la agencia lidera el grupo 2, dedicado a garantizar el acceso de las autoridades nacionales competentes a la información contenida en los repositorios para garantizar el cumplimiento de sus funciones, entre otras la supervisión del cumplimiento de las obligaciones descritas en el reglamento delegado. Para concluir esta respuesta y teniendo en cuenta todo lo que acabo de exponer, quiero comentar también que de momento no se ha valorado la modificación del sistema de facturación de recetas, aunque se tiene previsto valorar la viabilidad del uso del sistema de verificación para la modificación del actual sistema de cupón, precinto y facturación.

Paso a responder a la última de las preguntas formuladas por ustedes, señorías. De acuerdo con las estimaciones realizadas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, hay aproximadamente 80 000 mujeres a las que se les ha implantado el dispositivo anticonceptivo denominado Essure. Los casos de efectos secundarios notificados actualmente a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ascienden a 796; el dato es aproximado, puesto que podrían incluir casos duplicados al recibirse, como ustedes saben, muchas veces estas declaraciones desde distintas fuentes. De ellos, en 354 casos se han retirado los implantes, no pudiendo determinarse si la retirada se ha producido como consecuencia de efectos secundarios o por voluntad propia de la persona. En el ámbito europeo, y dado que las notificaciones de pacientes que refieren complicaciones por el uso del dispositivo, se constituyó un grupo de estudio del que forma parte la Agencia Española de Medicamentos. Dicho grupo ya ha concluido que las complicaciones acontecidas se encontraban descritas en las instrucciones de uso del sistema anticonceptivo. No obstante, desde la Agencia se realizaron las distintas actuaciones. Es el caso de la revisión de los datos del estudio epidemiológico realizado por las autoridades francesas en abril de 2017, en el que se tuvieron en cuenta los datos de la literatura, del seguimiento y los resultados de un estudio epidemiológico sobre más de 100 000 mujeres. Los resultados del estudio no cuestionan la relación beneficio-riesgo del implante Essure. Del mismo modo se revisaron las conclusiones del estudio de biocompatibilidad, realizado por la North American Science Associates en octubre de 2017 para evaluar la seguridad biológica del dispositivo. El estudio tuvo en cuenta variables como el tipo de contacto con el paciente, riesgos potenciales de los materiales que componen el dispositivo, la historia de uso clínico, la biocompatibilidad, y entre otros factores también el test de caracterización química del producto. El estudio concluye que no se espera que el uso del inserto Essure produzca una respuesta biológica adversa a las pacientes. Esta evaluación del riesgo indica que la probabilidad de un efecto tóxico del inserto Essure es muy reducida, insignificante y que el dispositivo puede considerarse seguro para su uso, como se pretendía.

Señorías, desde el momento en que se empezaron a recibir notificaciones en el año 2014, y en especial durante el año 2015, las autoridades europeas de productos sanitarios y la Food and Drug Administration de Estados Unidos, procedieron a investigar los casos notificados de los pacientes que refieren diversas complicaciones con el uso de este dispositivo. En primer lugar, se contactó con las empresas para solicitar información actualizada sobre el procedimiento del dispositivo; también se requirió al organismo notificador irlandés National Standards Authority of Ireland, que emitió en su día el certificado de mercado, la CEE, que efectuara una revisión de la evaluación de conformidad del dispositivo, y tras la información compartida en el grupo europeo se concluyó que, aunque se habían referido complicaciones en un muy limitado número de casos, era conveniente reforzar la información a las pacientes y continuar realizando estudios de seguimiento a largo plazo para seguir recabando información sobre el comportamiento del producto. Para ello se solicitó a la empresa la elaboración de nuevas instrucciones de uso y de una información para la paciente, las cuales se presentaron para evaluación al organismo notificador irlandés. A nivel nacional, entre las primeras notificaciones, la Agencia Española del Medicamento contactó con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, quien ratificó la utilidad del

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 7

Essure como método anticonceptivo permanente, así como la ausencia de complicaciones mayores a las de otros métodos anticonceptivos. De hecho, la SEGO publicó un comunicado al respecto. Posteriormente, con objeto de mejorar la información y asistencia clínica que reciben las pacientes, la Agencia Española del Medicamento requirió a la SEGO la colaboración de un protocolo para la colocación y retirada del Essure que contemplara, además, aspectos de información y consentimiento de la paciente. La SEGO ha publicado una guía de actuación y documentos de consentimiento informado para la colocación y retirada. Con todo, la Agencia Española del Medicamento permanece en contacto con la SEGO para el seguimiento de la situación en España y ha mantenido reuniones y contactos diversos con la distribuidora Bayer España, Sociedad Limitada, y con el fabricante para el seguimiento conjunto de los casos notificados.

En cuanto al certificado CEE, al que ya he hecho referencia, el organismo notificado irlandés comunicó a las autoridades europeas, el 3 de agosto de 2017, la suspensión temporal del certificado por un periodo de noventa días, hasta el 2 de noviembre de 2017, debido a que el fabricante no había aportado la información requerida. A raíz de esta suspensión, la Agencia Española del Medicamento requirió a la empresa Bayer España el cese de comercialización y la retirada del producto del mercado español; además, como medida de precaución ordenó el cese de la utilización del producto en España. La agencia española informó de estas medidas mediante nota informativa de 7 de agosto, publicada en su página web, y otras notas informativas que han ido saliendo a continuación. No me quiero extender en la información sobre este producto y sus posibles reacciones adversas.

Con esto, y sin más, señorías, doy por concluida esta primera intervención. Espero haber dado respuesta a las necesidades de información y quedo a disposición del grupo proponente de las preguntas para realizar las precisiones que puedan ser oportunas.

Gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castrodeza. Gracias también por haber dado respuesta en tiempo récord, pues quince minutos para contestar a nueve preguntas era muy poco, pero ha sido posible.

Para la réplica tiene la palabra el señor Fernández Díaz.

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

Ahora, señor presidente le pediré nada más que un poquito de generosidad, pues si no recuerdo mal en la última Comisión, donde tuvimos también preguntas, tampoco hicimos este turno anterior de intervención, con el que yo no contaba. En cualquier caso, no me extenderé más de los cinco minutos.

Me centraré en algunas de las respuestas que ha dado el señor Castrodeza, al cual agradezco sus explicaciones y que vuelva a acudir a esta Comisión en la que siempre es bienvenido. La primera es en relación con el precio de los medicamentos que se desfinanciaron en 2012. Usted sabe que tuvimos un debate en la última Comisión de Sanidad sobre el incremento desproporcionado de los precios de estos medicamentos. Mientras que el precio por receta de medicamento financiado por el Sistema Nacional de Salud ha pasado de 13 euros a 10,9 en estos últimos años, el precio de los medicamentos desfinanciados ha pasado de 4,9 a 7 euros, es decir un incremento muy significativo, del 50 %, pero si consideramos solamente los medicamentos que han subido su precio es más del 75 %. Son medicamentos que se siguen utilizando para síndromes y síntomas menores y que significan un gran quebranto económico para muchas personas que todavía los necesitan. No hay más que ver cómo algunos de los más vendidos han aumentado sus ventas en estos últimos años.

Ustedes tienen la capacidad de regular los precios. El artículo 93 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos establece un sistema de precios comunicados para los medicamentos que son desfinanciados, y el artículo 94 establece un sistema de precios notificados para aquellos medicamentos que o bien no están sujetos a prescripción médica o bien estándolo no están financiados por el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, nosotros le vamos a exigir al ministerio que cumpla con lo que ya se aprobó en esta Comisión de Sanidad y que establezca un control sobre el precio de estos medicamentos.

Hay otra pregunta relativa a los títulos de especialistas extracomunitarios. Si hay un ejemplo, quizá pequeño, dentro de las competencias que tiene el ministerio, pero que demuestra la dejadez con la que está gestionando su departamento los aspectos de recursos humanos, es este. Los datos que nos da es que de las 5366 solicitudes recibidas desde el año 2010 se han resuelto 2600, poco más de la mitad, 2700 según los últimos datos que me ha dado hoy, y quedan por resolver más de 2700. Claro, pensando que se han resuelto 2600 y que quedan 2700 por resolver, vamos a tardar otros siete años en resolver estos expedientes, lo cual no tiene sentido teniendo en cuenta las necesidades de especialistas que hay en

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 8

España. Es verdad que el reconocimiento de los títulos de profesionales extracomunitarios no es la única solución, hay que mejorar las condiciones de empleo para que los especialistas que se forman en España permanezcan y accedan a sus plazas; es necesario hacer un plan de retorno; es necesario planificar las plazas de formación en MIR para adecuarse a las necesidades actuales y a las futuras, teniendo en cuenta la enorme bolsa de jubilación que nos viene. Pero estamos hablando de profesionales que no pueden estar tres o cuatro años esperando resolver su convalidación de expediente, porque al final no son tantos, son seiscientos y pico las resoluciones favorables, por lo que no hay ninguna competencia con los profesionales especialistas formados en España. Quiero recordar que muchos de estos profesionales vienen de países latinoamericanos, algunos, no pocos, con nacionalidad española, y otros con antepasados o con familiares que viven en España. Sabe que respecto del número de recursos hay cuatro funcionarios dedicados a esta unidad de reconocimiento, y la única funcionaria realmente con capacidad de resolver estos expedientes está con una baja de larga duración; el resto del personal es o bien personal auxiliar o bien personal jurídico que resuelve los recursos. Por tanto, es necesario que refuercen esta unidad de trabajo y que den salida a estos 2700 expedientes todavía pendientes.

Sobre el caso Essure —y termino con esta respuesta—, son 80 000 las mujeres que tienen este dispositivo; un dispositivo que se ha retirado del mercado en unas condiciones muy inciertas. Aparecen casos de efectos secundarios, se notifican y se pide a la empresa fabricante que dé información sobre los efectos de este dispositivo, concretamente en Irlanda que es donde se le dio la autorización de comercialización en Europa. Ante la falta de respuesta de la empresa, se le retira la licencia y como consecuencia aquí en España se le tiene que pedir también que deje de comercializarlo. Entenderá que las 80 000 mujeres que tienen estos dispositivos estén ciertamente asustadas, si no alarmadas. Me parece bien que hayan hecho estos protocolos con la SEGO, que la AEMS haya hecho estas notas informativas, pero yo le pido que hagan un seguimiento activo y den una información proactiva no solamente a las 80 000 mujeres que tienen este dispositivo, sino también a estas 750 mujeres que han notificado algún tipo de efecto secundario. A la mitad de ellas se les ha retirado el dispositivo y creo que muchas de las portadoras de este dispositivo posiblemente querrán que se les retire, pero usted también sabe perfectamente que tiene bastantes dificultades hacerlo. Por tanto, lo único que le pido es que hagan un seguimiento activo, tanto de las mujeres que tienen el dispositivo como de los casos notificados, y que ante las autoridades europeas soliciten la reactivación del grupo de trabajo europeo, que lo hubo en su día, para hacer el seguimiento a nivel europeo de todo este tipo de situaciones.

Muchas gracias.

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

Antes de darle la palabra al señor Castrodeza, quiero recordarle que en la anterior ocasión en la que hubo preguntas, estas se acumularon con una comparecencia a petición propia del secretario general de Sanidad y Consumo. Por tanto, ni el tiempo —porque en una comparecencia el Gobierno no tiene límite de tiempo— ni el formato fue el mismo. Para otras ocasiones, les recuerdo a todos que el formato de preguntas en la Comisión no es el mismo que el del Pleno. En la Comisión se habla de una primera intervención de diez minutos entre los dos, repartidos en cinco minutos y cinco minutos, y de dos y medio cada uno en las réplicas. Esa es la diferencia.

Ahora sí, el secretario general de Sanidad y Consumo, señor Castrodeza, tiene la palabra para responder.

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

Voy a dar respuesta a las tres cuestiones que me ha formulado el señor Fernández. Más allá del papel que a cada uno le toca desempeñar, agradezco el tono y la manera, como siempre hace el señor Fernández, de realizar una crítica lógicamente constructiva. Voy a dar respuesta a algunas de las dudas que han surgido.

Respecto a la primera, el tema de la exclusión de medicamentos de financiación, que él ha planteado, me gustaría insistir en que en ningún momento hemos excepcionado medicamentos para ningún colectivo en concreto, pensionistas incluidos. Quiero reiterar que esa decisión que se tomó en el año 2012 correspondió únicamente a criterios técnicos, y que el objetivo pretendido está publicado en una resolución de 17 de agosto del año 2012, que pretendió actualizar la lista de medicamentos excluidos, siguiendo las consideraciones establecidas en la propia resolución, como la convivencia con medicamentos sin receta, con medicamento excluido que comparte principio activo y dosis; la consideración del medicamento como

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 9

publicitario en el entorno europeo; el hecho de que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado con años de experiencia y uso externo; la indicación para el tratamiento de síntomas menores y el cumplimiento de los criterios de no inclusión en financiación pública contemplados en el Real Decreto Legislativo 1/2015, artículo 93, citado por usted, aunque entonces era concretamente el apartado 2 del artículo 89 de la Ley 29/2006. Además, no ha supuesto reducción alguna de la calidad asistencial. De hecho, esta decisión no ha sido recurrida ni impugnada, ni ha generado quejas por otros cauces como puedan ser, por ejemplo, el Defensor del Pueblo, patente en el informe anual de 2017. Con todo ello quiero decir también que esta segunda respuesta es curiosa porque usted recordará que fue en el año 1993, con la presencia de doña María Ángeles Amador, cuando se aplicó este «medicamentazo». Por tanto, a veces podemos olvidar cosas.

En cuanto al precio, que usted ha citado, debemos de consultar fuentes distintas. El precio de venta del laboratorio (PVL) medio del año 2012 era 3,14 euros, con IVA 4,90 euros; el PVL medio de todos estos medicamentos en diciembre de 2017 era 4,10 euros. Tengo aquí los datos, si quiere yo se los ofrezco. No voy a utilizar más tiempo en estas aclaraciones, pero tengo hasta por percentiles cómo han ido los precios, si usted lo quiere saber.

En cuanto a la segunda de las preguntas referida a la necesidad de especialistas, a veces somos poco prudentes. Le puedo decir el volumen de expedientes que entraron con su real decreto de llamada a los especialistas de muchos sitios: año 2010, entraron 1213 expedientes; año 2011, entraron 2125 expedientes. Expedientes resueltos en el año 2010 por ustedes: cero, ni uno, ni expedientes denegados, ni expedientes con credenciales; expedientes resueltos en el año 2011: 31 expedientes, de los casi 3300. En estos momentos estamos cerca de 3000 expedientes, con 640 positivos. Nos gustaría tener más actividad, pero usted conoce que el tiempo medio de tramitación de un expediente de esta naturaleza es muy tedioso y largo, porque son miles de universidades en Centroamérica y Sudamérica las que tutelan la autorización, la calificación de la especialidad, y a veces hay serias dificultades por encontrar estos expedientes. Por lo tanto, no le quepa la menor duda de que estamos trabajando a la mayor velocidad posible para resolver este problema. Este problema no va a resolver el déficit de los profesionales, porque la tasa de positividad está aproximadamente entre un 24 y un 26 %. Estamos hablando de que si nos quedan 2000 o 1800 expedientes por revisar, se espera que un 20 % sean 300 médicos, con independencia de que hay que trabajar con la mayor intensidad posible. Sería bueno que no olvidásemos las cifras, porque a veces parece que los que están ahora al frente del problema no han hecho absolutamente nada. Sin embargo, del total de los 5000 expedientes, 3300 expedientes entraron entre el año 2010 y 2011, pero no se resolvió nada más que 31 expedientes. Por favor, tengan un poco de generosidad para el trabajo que hacemos en todos los sitios.

Con el tema del Essure no voy a insistir más. El ministerio está decidido a hacer un seguimiento, como se hace con todos los problemas por parte de la Agencia Española del Medicamento. Tenemos la garantía de que todos los procedimientos de vigilancia y de control se están llevando con la mayor de las rigurosidades. No le quepa la menor duda de que el ministerio es el primero en atender las necesidades que estas mujeres pueden presentar. Estamos en contacto con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ya que entendemos que es la mejor forma de tomar decisiones acordes a las necesidades sanitarias. Esperamos poder resolver cuanto antes este problema.

Muchas gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castrodeza, por sus respuestas.

Suspendemos un momento la Comisión a la espera de la siguiente compareciente. Creíamos que esto iba a ser más lento y la compareciente está convocada a las cuatro. Esperemos que antes de esa hora podamos continuar. **(Pausa)**.

### COMPARECENCIAS:

- **DE LA SEÑORA CORTÉS GONZÁLEZ (COORDINADORA DE LA PLATAFORMA DE LAS VÍCTIMAS AFECTADAS POR EL SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO, SAT) PARA QUE EXPLIQUE LA SITUACIÓN DE LAS VÍCTIMAS AFECTADAS POR EL SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO Y LAS DIFICULTADES QUE POSEEN. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 219/000228).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, reanudamos la sesión.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 10

A continuación pasamos al 10.º del orden día: comparecencia de doña Carmen Cortés, coordinadora de la Plataforma de las Víctimas Afectadas por el Síndrome del Aceite Tóxico para que explique la situación de las víctimas afectadas por el síndrome del aceite tóxico y las dificultades que tienen, a petición del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

Damos la bienvenida a la señora Cortés, agradecemos su presencia y su disposición para informar a esta Comisión. Sin más, suya es la palabra.

La señora **CORTÉS GONZÁLEZ** (Coordinadora de la Plataforma de las víctimas afectadas por el síndrome del aceite tóxico, SAT): Gracias, señor presidente.

Jaime Vaquero García moría con ocho años de edad el 1 de mayo de 1981 en la ambulancia que le conducía al Hospital La Paz, sin oxígeno, por compromiso pulmonar. Ana María moría este año 2018, a la espera de un doble trasplante de pulmón y corazón, por diagnóstico de hipertensión pulmonar, la secuela más grave del síndrome del aceite tóxico.

Señorías, buenas tardes. Estas son la primera y la última de nuestras víctimas hasta el día de hoy, 16 de mayo de 2018. Según tenemos conocimiento nuestros muertos a día de hoy suman más de 5000. Tengo la suerte de estar acompañada por tres víctimas más. Algo importante es que una de ellas es Mercedes García Rambla, quien lleva 37 años defendiendo los derechos de las víctimas afectadas desde la Asociación de Consumidores Primero de Mayo de Móstoles. También está Inmaculada Vaquero, hermana de Jaime Vaquero García. Toda su familia fue afectada, menos su padre. Su padre vio cómo moría su hijo camino de uno de los hospitales en brazos de su mujer Carmen, que ahora mismo tiene ochenta y seis años. Por último, nos acompaña también Miguel Ángel Sánchez Ávila que ha venido desde Salamanca, pese a su gran invalidez. Su madre murió cuando él empezó con la afectación con once años y a su padre le dijeron que se lo llevase a casa a morir. Hoy nos acompaña, pese a sus dificultades por ser un gran dependiente. Todo esto sucedió treinta y siete años antes.

Quisiera trasladarles, en primer lugar, que esta comparecencia es un acto de respeto, dignidad y reparación moral a nuestras víctimas, a nuestras familias y a los profesionales que nos cuidaron tanto en momentos terribles de dificultad sanitaria y a los pocos que lo siguen haciendo; acto que jamás se ha reconocido para nuestra desgracia por ningún Gobierno, por ninguna institución, ni de nuestro Estado ni de ningún otro.

Asimismo quiero decirles, señorías, que aunque agradecemos al Grupo Parlamentario de Ciudadanos el impulso de esta iniciativa, no queremos que este acto, como hemos trasladado siempre a todos los grupos parlamentarios, sea un acto partidista. No somos víctimas de nadie en particular, somos víctimas de nuestro Estado y necesitamos que ustedes, como han hecho siempre con el caso de la colza, lo apoyen unánimemente como debe ser ante un hecho de esta magnitud en un Estado moderno, democrático y de derecho; que adopten medidas legislativas y políticas firmes, de acuerdo a las necesidades que tenemos las víctimas del síndrome del aceite tóxico hoy, 16 de mayo de 2018, más aún cuando han pasado veintitrés años desde el compromiso contraído unánimemente en la Comisión por quienes les precedieron, como resultado del informe de la ponencia especial en relación con el síndrome del aceite tóxico, acuerdo que ni se ha vigilado ni se ha cumplido pese a la unanimidad de todos los grupos parlamentarios en 1995.

Quiero decirles que la Plataforma Seguimos Viviendo, la cual coordino, está compuesta por varias asociaciones: la veterana Asociación de Consumidores Primero de Mayo de Móstoles, Espacio de Barrio Almudena Grandes, Asociación de Getafe, Adava de Vallecas, Asociación de Salamanca, Asociación de León y víctimas particulares de todo el territorio español. Somos un colectivo activo de víctimas enfermas por síndrome del aceite tóxico, del total de las casi 25 000 personas y más de 5000 fallecidos.

A día de hoy, para quienes apoyamos esta plataforma, la prioridad y el objetivo principal es dar a conocer a la opinión pública que seguimos viviendo, aunque no como lo hubiéramos hecho si este terrible drama (resultado del más terrible atentado a la salud y alimentación de la sociedad española que se cobró en las fases aguda y subaguda más de 400 vidas, que provocó más de 12 000 hospitalizaciones y que enfermó gravemente a más de 2500 personas y en conjunto afectó en mayor o menor grado alrededor de 25 000 personas) no se hubiera permitido. Hecho por el cual el Tribunal Superior de Justicia condenó al Estado como responsable civil subsidiario por un hecho criminal colectivo. El Estado fue condenado al pago de vergonzosas indemnizaciones para la dignidad de las víctimas, por pretender con ello pagar el daño a una vida entera, sumado a la indecencia que supusieron los descuentos que nos aplicaron, por las medidas que desplegó el Estado con objeto de paliar los terribles efectos provocados en las ayudas de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 11

emergencia necesarias aprobadas como causa del envenenamiento. La leche artificial que se obligo a dar a las madres, los sepelios de nuestros muertos, las sillas de ruedas, las muletas, los transportes para recibir los largos y dolorosos tratamientos, los gastos dentales, las incapacidades de quienes no habíamos trabajado jamás, esas fueron nuestras fanfarroneadas y promulgadas indemnizaciones fijadas en 1987 que fueron comenzadas a ejecutarse en 1999 hasta hace pocos años. Unas indemnizaciones fijadas sin ningún tipo de interés, con la pérdida de poder adquisitivo que ello supuso; unas indemnizaciones que jamás sirvieron ni servirán para paliar el dolor que nos provocó y nos sigue provocando personal y familiarmente. Nos sentimos abandonados y olvidados por los jefes de Estado, por los Gobiernos, por la clase política, por las administraciones y desgraciadamente por la sociedad a la que se dejó de contar la realidad de nuestro sufrimiento. El síndrome tóxico no nació; se desarrolló, se curó, nos indemnizaron y se acabó. La historia del síndrome tóxico no se ha terminado de escribir, ni va a finalizar hasta que quede una de nuestras víctimas, porque nuestra enfermedad tiene un futuro no determinado.

La última vez que comparecimos en este Parlamento fue con motivo del resultado de la Comisión de Sanidad y Consumo en 1994, a propuesta del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió. En esa Comisión se acordó la constitución de una ponencia el 30 de noviembre de 1994. En todos estos veinticuatro años, demasiados años, ha habido cambios políticos, institucionales y sociales, pero ninguno de estos cambios ha servido para nada, porque ni se ha vigilado ni se ha cumplido ninguno de esos acuerdos. Es más, las propuestas que les hemos hecho llegar a través de la Presidencia son las mismas, las necesarias, con el paso de estos treinta y siete años y el envejecimiento que supone para nosotros.

Con mi intervención, señorías, voy a trasladarles lo más concretamente posible nuestra situación sanitaria, social y de investigación, poniéndome a su disposición para aclarar con posterioridad cualquier información que no haya expresado claramente y que tenga conocimiento de ella. También les voy a trasladar las necesidades que deben adoptarse de manera inmediata y que se encuentran recogidas en el documento que les he hecho llegar titulado «Propuesta sobre las medidas a adoptar de manera urgente a corto y medio plazo para poner solución definitiva a los problemas que aún soportamos». Señorías, les necesitamos para que en nuestra compañía adopten las medidas legislativas y políticas necesarias y cuenten a la sociedad la información veraz de nuestra realidad, tan olvidada y desconocida.

En materia sanitaria he de decirles que en la actualidad gran parte de las víctimas enfermas con síntomas estamos presentando un agravamiento de la enfermedad en los últimos años, viviendo con preocupación el desconocimiento de su evolución, prioritariamente porque aumentan las manifestaciones clínicas invalidantes o de disminución de la calidad de vida en un porcentaje elevado. Tenemos esclerodermia con debilidad y atrofia muscular, alteraciones neuromusculares, deformaciones de los miembros e intensas contracturas, artralgias, calambres, mioclonía, parestesias, disestesias, xerostomía, fatigabilidad precoz, cefaleas, pérdida de memoria, alteraciones del ritmo del sueño, disnea, tos seca, palpitations, reflujo gastro-esofágico, ansiedad, depresión, diabetes *mellitus*, hipotiroidismo, hepatopatía, síndrome seco y astenia, entre otras manifestaciones, junto con otros diagnósticos más graves como la hipertensión pulmonar, que desgraciadamente está causando muertes en personas asintomáticas y sin vigilancia. Como la afectación es multiorgánica, debemos pasar mucho de nuestro tiempo en múltiples consultas médicas, en casi la totalidad de especialidades médicas, con lo que esto supone para nuestra deteriorada salud día a día. Actualmente, la realidad se sitúa prioritariamente en el desconocimiento que tenemos las víctimas sobre todo tipo de recursos, desde los médicos especializados sobre nuestra enfermedad hasta los recursos sociales especiales de la oficina de gestión, pasando por las conclusiones derivadas de investigaciones pasadas y futuras con posibles técnicas en avances científicos de genética y nuevas terapias que puedan favorecer nuestra calidad de vida.

En la actualidad disponemos de la experta médico de familia, la doctora María Antonia Nogales, que sigue en comisión de servicio desde hace más de veinticinco años en la consulta monográfica del síndrome del aceite tóxico en el Hospital 12 de Octubre, en el pabellón de maternidad de la 6.ª planta de enfermedades raras y psiquiatría infantil de Madrid. Anoten bien su situación, que a nosotros siempre nos ha parecido bastante curiosa y singular. Además, he de decirles que es deficiente en recursos humanos, siempre ha estado sola y sigue sola, sin poder trasladar su conocimiento a ningún colega, y sin embargo atendiendo y tratando, a pesar de los pocos medios de los que dispone, a pacientes con una enfermedad tan compleja y tan desconocida. Enfermedad que es desconocida para otros profesionales y además, más grave aún, es desconocida para la mayoría de las víctimas porque nadie informó ni informa oficialmente en la actualidad sobre cómo evoluciona nuestra enfermedad, ni siquiera de la existencia de esta valiosa profesional, desgraciadamente única. Afortunadamente desde hace dos años, por exigencia de esta

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 12

plataforma, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha incorporado en su sistema informático de atención primaria la consulta de la doctora María Antonia Nogales, para que solo si su profesional médico lo conoce o se le demanda, pueda ser derivada a ella.

Otra complejidad reside en que el síndrome del aceite tóxico tiene una codificación de enfermedad integrada en enfermedades del sistema ostomioarticular y tejido conectivo, 710.5 síndrome miálgico eosinofílico, asociado al consumo de sustancias. En realidad, tal y como nos informó la doctora Maravillas Izquierdo (alguien quien sabe mucho de nuestra enfermedad y que últimamente poco lo ha ejercitado) en el Ministerio de Sanidad la última vez que nos encontramos con ella en septiembre de 2017, cuando contrajo el compromiso de volvernos a reunir aunque hasta la fecha de hoy no hemos vuelto a saber de ella, ese código no sirve eficazmente para acometer las medidas necesarias de conocimiento y actuación que deben ser trasladadas a las comunidades autónomas en su competencia relacionada con el Consejo Interterritorial. Conclusión: para el ministerio y la comunidad científica es como si careciésemos de este código y como si no existiésemos, a pesar de la actuación que se está llevando a cabo con el Imsero, a quien agradecemos, aunque muy tarde, las actuaciones que están realizando en materia de discapacidad. Desgraciadamente, somos una enfermedad única en el mundo y propia solo en España.

Recientemente fue creada en mayo de 2017 la Unidad Funcional del Síndrome del Aceite Tóxico también en el Hospital 12 de Octubre, aunque en estos momentos se encuentra en un estado de pausa desde el pasado 4 de mayo, debido al estado jurídico atípico de la doctora Montserrat Morales, coordinadora de dicha unidad funcional el pasado año. Esta unidad depende del área de medicina interna del Hospital 12 de Octubre, como paso previo para el demandado centro de referencia o unidad estatal, como resultado de una falta de previsión y de medidas firmes por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. En estas circunstancias más que nunca el demandado centro de referencia o unidad estatal está sobradamente justificado.

Resumiendo, señorías, la atención médica de vigilancia y específica es gravemente deficiente porque los recursos médicos son una única consulta, con una única doctora con experiencia en todo el territorio nacional para unas 3000 víctimas afectadas con secuelas importantes y que en la actualidad atiende a unos 650 pacientes, sin el apoyo directo en la difusión oficial de derivación —ustedes verán dónde queda el resto de las víctimas con incapacidades importantes— de su consulta. Una unidad funcional que comenzó a funcionar hace un año y que a día de hoy no tiene a la profesional que inició el camino como coordinadora y experta en enfermedades raras. Por todo ello, los pacientes han dejado de ser atendidos y estamos en situación de *impass*, porque lamentablemente ningún organismo ni institución facilita información a las víctimas de esta asistencia específica, dando el resultado de desinformación y con ella el abandono a nuestra suerte.

Olga de Barcelona ha estado esperando y reclamando insistentemente la visita especializada más de quince meses, ante las trabas administrativas. Hecho conseguido el pasado mes. Gloria de Valladolid ha estado durante las últimas décadas acudiendo a su centro de atención primaria y especialistas, sin que ninguno supiera cómo tratarla o dónde derivarla para ofrecerle la atención especializada que necesitaba. Afortunadamente, el pasado mes también fue vista en la unidad funcional. Miguel Ángel, hoy presente, ha sido visto hace pocas semanas en la unidad funcional, pero tiene que venir desde Salamanca. Como he dicho antes a los once años, en 1981 los médicos le dijeron a su padre que se lo llevase a casa, pues igual que había muerto su mujer iba a morir su hijo. Todas estas víctimas lo han conseguido gracias a nosotros, gracias a la información y a la difusión que llevamos haciendo desde esta plataforma en los dos últimos años, la Plataforma Seguimos Viviendo.

Desgraciadamente, siguen siendo muchas las víctimas que en Almería, Valencia, Baleares, Asturias y en todo el territorio español desconocen la existencia de esta unidad o tienen dificultad para acceder a ella y no pueden hacer el uso de su derecho, debido a esta deficiente vigilancia y atención especializada, a pesar del compromiso parlamentario unánime de cuidado y vigilancia de todas las víctimas afectadas hasta su muerte. Pese a todo ello en el año 2009, con desconocimiento y sin comunicación a las víctimas que manteníamos seguimiento clínico en el Hospital Carlos III, la Comunidad de Madrid de manera unilateral dio carpetazo al Convenio para la atención y seguimiento del síndrome del aceite tóxico con el Hospital Carlos III. Desde allí, y conjuntamente con el Instituto Carlos III, se mantenía de manera coordinada una investigación científica con una base clínica directa, concluyéndola en 2008. Hasta la actualidad la única investigación es la referida a las causas de nuestra mortalidad, mediante un cuestionario postal anual del estado de salud. Resultado: desde 2008 se desconoce la evolución clínica y con rigor científico de afectación en la población con secuelas del síndrome del aceite tóxico. Esta falta de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 13

coordinación entre la información clínica procedente del seguimiento y los criterios aplicados por los centros base y equipos valoradores de incapacidades deriva en erróneas e incompletas evaluaciones en incapacidades laborales y dictámenes del grado de discapacidad. El desconocimiento nos causa perjuicio directo.

En materia social quiero decirles que muchas de nuestras víctimas, que jamás pudieron desarrollar ninguna actividad laboral con anterioridad o debieron concluirla anticipadamente viéndola truncada para siempre, son prioritariamente mujeres, ya que la prevalencia es de 1,5 frente a 1 en hombres. El síndrome del aceite tóxico también nos hace más vulnerables a las mujeres. Otras lo hemos hecho posteriormente con gran esfuerzo, por causa de una situación deficiente en su salud, debido a las secuelas de una enfermedad rara, crónica y degenerativa, con pronóstico incierto, como es el SAT. Mujeres mayoritariamente a las que se les ha negado su autonomía e independencia económica, al carecer de ninguna pensión incapacitante o de jubilación, ya que se han mantenido ayudas subsidiarias dependientes de ingresos familiares, pese a que todas las víctimas tuvimos una evaluación y reconocimiento médico de nuestras secuelas por el Plan Nacional del Síndrome Tóxico. Para que entiendan lo que significa esta ayuda familiar he de decirles que en un domicilio con una familia de cuatro personas, una pareja con dos hijos o dos hijas, si uno de ellos esté afectado y es víctima con importantes secuelas, como puede ser el caso de Miguel Ángel, y además trabaje su pareja —si es que puede— y tenga un salario de 1500 euros, ya no puede acceder a este subsidio. Si ustedes entienden que una familia de cuatro personas puede vivir con estas secuelas y con esta incapacidad, entonces tenemos una difícil situación. Afectación que parece ser que clínicamente desapareció milagrosa y administrativamente por el Real Decreto 2448/1981, de 19 de octubre, sobre protección a los afectados por el síndrome tóxico, con el pago de las vergonzosas indemnizaciones como causa criminal que fue y que solo se mantienen en la actualidad. Para las víctimas fue muy doloroso ver cómo se legislaba en 1981, cuando todavía estábamos muriendo, pensando en lo que nos iban a descontar si éramos causa de una indemnización.

Las ayudas que mantenemos en la actualidad tan solo son la protección farmacéutica completa, con dificultades en la dispensación de medicamentos por desconocimiento de facultativos, ya que desconocen la enfermedad, desconocen los derechos; la ayuda domiciliaria, que es el reintegro de gastos originados para ayuda domiciliaria en tareas domésticas, y que no puede ser superior a unas horas determinadas y con un coste de unos 300 euros mensuales; la ayuda económica familiar complementaria de las que les hablado, ambas subsidiarias. Sumado a esto las víctimas que tenemos secuelas y necesidad de tratamientos para paliar en algo nuestros dolores y mejorar el día a día necesitamos servicios que no están contempladas en la cartera de servicios y que debemos pagar personalmente como pueden ser una fisioterapia continuada y de cercanía, podología, salud bucodental, terapias físicas como el pilates, hidroterapia o acupuntura, servicios que suponen un gasto de nuestros ingresos superior a los 200 euros mensuales, con una merma importante en nuestro presupuesto familiar. He de recordarles que muchas de las víctimas tuvimos y tenemos que seguir adaptando hogares y vehículos a las necesidades que siguen provocando nuestras limitaciones, con el coste económico importantísimo que eso supuso y supone a día de hoy.

Colectivamente vivimos con tristeza nuestra enfermedad, sumado al dolor que posee cualquier enfermo, a la rabia de cualquier víctima por un suceso tan trágico como es el síndrome tóxico. Además, nosotros, las víctimas del síndrome del aceite tóxico, fuimos condenadas al estigma para siempre de «los de la colza», primero por el desconocimiento y con ello el miedo al contagio, y después por pensar que éramos unos aprovechados del sistema, que nos tenía que pagar por algo que parece ser que habíamos sido los responsables socialmente, pese a tener como otras víctimas una sentencia del Tribunal Supremo, motivo por el que al parecer se nos castigó al olvido y a la soledad de nuestro dolor.

Quisiera citarles el prólogo del libro que fue publicado en 1983 por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas titulado *Programa del CSIC para el estudio del síndrome tóxico: trabajos reunidos y comunicaciones solicitadas. Estudio sistemático, químico y toxicológico de los aceites, volumen 1*, E. Muñoz, director general de Política Científica: «Es difícil decir para cualquiera que tenga algo de sensibilidad que el síndrome del aceite tóxico o más vulgarmente el asunto de la colza, haya servido para algo. Los resultados han sido tan negativos y el sufrimiento físico y moral de las víctimas ha sido tan grande que difícilmente cabe pensar que haya habido alguna rentabilidad para nadie... **(La señora compareciente se emociona y no puede seguir hablando)**. Perdón. **(Pausa)**. Los que buscaron beneficio económico en ese fraude, tentatorio contra la salud humana, espero que no hayan encontrado ningún precio a sus problemas de conciencia. Y hay que confiar, además, en que la justicia logre esclarecer

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 14

el proceso de culpabilidad de su ejercicio y distribución en el castigo de los culpables». Y continúa: «Sin embargo, este desgraciado tema ha servido, como experimento para explorar las posibilidades de respuesta de nuestra sociedad ante un hecho de tal naturaleza. Desde un cierto distanciamiento, me atrevería a señalar que la medicina asistencial ha respondido de modo satisfactorio, de acuerdo con la política sanitaria que se ha seguido en este país. Por otro lado y desde una mayor cercanía, debo decir que «el asunto de la colza» ha puesto en evidencia alguno de los problemas de los que adolece la investigación en España y la medicina preventiva en nuestro país: descoordinación, ausencia de equipos pluridisciplinarios, compartimentalización, cierto gremialismo. Tampoco ello es sorprendente, a la luz de la política española seguida sobre el tema de la investigación y la medicina preventiva».

Señorías, las vidas de quienes padecemos el SAT, han sido escritas desgraciadamente por la codicia humana. Nos robaron la libertad de elegirla, nos sumaron el dolor y el sufrimiento en toda ella. ¿No le parece que después de treinta y siete años es justo que podamos vivir ya con dignidad, descansar de la lucha diaria y recibir lo que merecemos después de este terrible drama? **(La señora compareciente vuelve a emocionarse.—Pausa).**

Inmaculada, Mercedes, Miguel Ángel y todas nuestras víctimas que nos apoyan, todos éramos niños que tuvimos que aprender. Espero haber estado a la altura y haber trasladado con respeto y claridad el dolor que cada día nos acompaña. Gracias, señorías, y discúlpenme de nuevo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Cortés, por sus palabras, que nos han encogido a todos y a todas.

A continuación es el turno de los grupos por un tiempo de siete minutos cada uno, tal y como acordamos en Mesa y portavoces, empezando por el grupo que ha solicitado esta comparecencia. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

Muchísimas gracias, Carmen, por tu intervención. Creo que hay pocas cosas que decir después de escucharte. En primer lugar, quiero agradeceros la lucha que habéis mantenido durante todos estos años desde la asociación, con un movimiento cívico que ha permitido mantener viva la esperanza a un colectivo que fue víctima de la codicia y del fracaso organizativo. Por eso, los tribunales sentenciaron también la responsabilidad subsidiaria del Estado español, porque no solo fueron víctimas de la codicia sino también víctimas de unas deficiencias en el sistema de alarmas español, lo que hizo a este Estado responsable del asunto.

Quiero aclarar, en primer lugar, que nosotros hemos solicitado esta comparecencia, después de hablar con vosotros. Quiero que despejes cualquier duda de que esto, como has dicho, no es un acto partidista. Nosotros no hemos hecho publicidad alguna de este asunto. De hecho, todos los asuntos que se han hecho, buenos o malos, los habéis hecho vosotros. De ninguna manera nosotros convertiremos esto —quiero que tengas absoluta seguridad en ello— en un acto partidista. No se trata de eso, sino que se trata simplemente de escuchar vuestras demandas, de escuchar vuestra situación y de tomar el tiempo necesario para reflexionar sobre las medidas que se pueden ir implementando. Han pasado veinticuatro años desde que comparecisteis en este Congreso de los Diputados por última vez, creo que es un tiempo más que suficiente para haber evaluado las medidas que se implementaron entonces y para saber dónde estamos.

Hay algunas cosas de las que has dicho con las que no podemos estar más de acuerdo: la necesidad de un centro de referencia en un caso como este, ya que es un caso único en la historia de la medicina moderna. Este es un caso único, circunscrito únicamente a nuestro país: una intoxicación masiva con más de 20 000 afectados, con más de 400 fallecidos inmediatamente, miles de fallecidos con posterioridad y otros con secuelas muy serias. Todos ellos necesitan de un centro de referencia, necesitan de una unidad de investigación y necesitan de un seguimiento especializado, no solo por la atención a los pacientes, lo cual sería suficiente, sino porque debemos sacar las conclusiones médicas y científicas sobre la evolución de la enfermedad para poder estar preparados en un caso similar a este. Esta es una oportunidad que solo tiene este país y este país tiene la obligación de aprovecharla.

Es verdad que a la ansiedad de tener una enfermedad crónica se une otra ansiedad contra la que no podemos combatir: la ansiedad de lo desconocido. Cuando uno tiene una enfermedad que es única, cuando uno tiene una enfermedad que no sabemos cómo evoluciona y se encuentra con que todo el mundo estamos en esa misma situación, porque los profesionales tampoco sabíamos cómo iba a evolucionar ya que es una enfermedad que no conocíamos, es bastante comprensible sentir esa sensación

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 15

de desamparo ante ese desconocimiento. Por eso es más necesario un centro de referencia, por eso es necesario aunar criterios y aunar esfuerzos y poder derivar a los pacientes a un centro de referencia. Cuenta por seguro que de todas las peticiones que hay aquí esta, desde nuestro punto de vista, es la primera que nosotros vamos a tratar de impulsar y estoy casi seguro que con todo el acuerdo unánime de esta Comisión.

Me gustaría romper una lanza en favor también de todos los profesionales que han atendido a las víctimas. Yo soy de Valladolid y viví el síndrome de la colza en Valladolid, en Palencia, donde trabajé con uno de los médicos que llevaron el síndrome de colza y todavía recuerdo el mapa del recorrido de la furgoneta en Palencia, donde se iba poniendo con alfileres rojos cuántos afectados había y que había un pueblo que no tenía ningún afectado porque ese día estaban en un funeral y cuando pasó la furgoneta no estaban, lo recuerdo muy bien. Hay mucha gente que ha hecho un gran esfuerzo para atender a esos pacientes y que entiendo que a pesar de que la sensación es una sensación lógica, sensación de abandono, deben también de ser reconocidos porque se enfrentaron a una situación que fue una catástrofe sanitaria sin precedentes. Veinte mil afectados en mes y medio, trescientos muertos en mes y medio, ahora no nos hacemos una idea de lo que puede ser eso, pero aquello fue una auténtica catástrofe humanitaria y los profesionales que se enfrentaron a ella, muchos de ellos sin saber si era infeccioso o no, si era contagioso o no, pusieron lo mejor de sí mismos y lo pusieron sin saber si corrían un riesgo o no al atender a esos pacientes, que todos los recordamos.

No quisiera extenderme sobre todas las peticiones del documento; el documento que nos habéis presentado es un documento extenso y completo. Hay muchas cosas que hay que hacer pero la que sin duda creo que es obligatoria es reconocerlos. No me gustaría que salieras de aquí sin la sensación de que naturalmente reconocemos el sufrimiento de una catástrofe, que los que nos hemos dedicado toda la vida a la medicina sabemos lo duro que es enfrentarse a la muerte de un niño, de un familiar de una manera inesperada, sin una explicación. Esto no se nos ha de olvidar, esto merece ser recordado para que se ponga en valor lo importante de la salud pública, lo importante de las medidas de prevención, lo importante de tener un Estado que funcione y que cuando nos acercamos ya casi al 40.º aniversario, que será en 2021, de la catástrofe, desde nuestro punto de vista es necesario pensar en un acto de homenaje y reconocimiento y de recuerdo, sobre todo, de lo que no debería volver a suceder.

Muchas gracias por haber comparecido; muchas gracias por tu sinceridad y por tu esfuerzo, que ha sido un esfuerzo notable. Podéis estar seguros que nosotros no olvidamos lo sucedido y que tomaremos las medidas que consideremos que son necesarias para recordarlo.

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**: Buenas tardes. Muchísimas gracias por esta comparecencia Carmen. Acabamos de recibir ahora en el correo un documento en el que explicáis las demandas y las propuestas que tenéis sobre el tema, que no me ha dado tiempo a leerlo; lo acabamos de recibir ahora mismo.

En cuanto a la intervención, he anotado varias cosas que se han repetido varias veces, sobre todo la cuestión de la información y del desconocimiento; esto ha aparecido todo el rato. En ese sentido, apoyamos la necesidad de un centro de referencia, de la que hablaba ahora mi compañero el señor Igea, que parece increíble que no exista ya teniendo en cuenta, efectivamente, que fue un caso que representó una catástrofe sanitaria, que era una cosa nunca vista y que parece que iba con ello la necesidad, la intención y el interés en investigar una cosa así y en prepararse por si otra cosa del estilo se pudiera repetir.

Entiendo que las indemnizaciones del Tribunal Supremo del año 1987 os parecen insuficientes y en ese sentido ahí pasáis a formar parte de un colectivo mucho más amplio de personas que se sienten desamparadas por el Estado, de colectivos de personas con algún familiar con algún tipo de discapacidad, de familias con pocos recursos; ahí el espectro se abre muchísimo en personas que se sienten muy desamparadas por el Estado, no solamente vosotros, por las características propias de lo que os sucedió. Tu misma has agradecido a varias personas, especialmente a la doctora Nogales su trabajo. De nuevo parece increíble que sea como un caso aislado, como esto que decías antes, ella está sola y no puede

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 16

transmitir lo que ha aprendido en estos años a nadie más; si hay un centro de referencia supongo que esta persona debería ser también la persona de referencia.

Quería hacer una pregunta por que creo haber entendido que la hipertensión pulmonar está provocando muertes en personas que hasta ese momento eran asintomáticas, ¿me puedes confirmar que esto es así?

Muchas gracias.

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

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

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

Bienvenida a esta Cámara, señora Cortés. Agradecemos su intervención, sincera, desde el rigor, desde el respeto y sobre todo desde el dolor legítimo; entendemos que ha sabido transmitir muy bien no solo lo que pasó, que conocemos por los medios de comunicación o por que se vivió, sino también la situación actual que están viviendo las víctimas de una de las mayores tragedias sanitarias en la historia de nuestro país. Todos conocemos la historia, bien por que se vivió o bien por que nos hemos documentado y hemos podido tener información, pero realmente la situación de las víctimas a día de hoy quizá sea la parte más desconocidas que usted sabe transmitir a través de la plataforma y que hoy ha tenido a bien trasladarnos aquí.

Estamos hablando de una tragedia que marcó a una sociedad, no solo marcó a las personas y a las familias, estamos hablando de una tragedia que marcó a este país, que marcó también un antes y un después en la protección a los consumidores y usuarios en los sistemas de alerta y vigilancia en materia sanitaria respecto a todo lo que tiene que ver con la alimentación y las seguridad y que influyó también en nuestro marco jurídico en muchos aspectos; también influyó mucho ese macrojuicio y también hizo reflexionar mucho. Es verdad que el Estado no puede limitar su papel a desplegar las funciones punitivas en su momento, asumir la responsabilidad civil de forma subsidiaria, porque el Tribunal Supremo así lo determina, y que lo que debe regir son los principios de justicia social y de solidaridad que deben perdurar, que es lo que vosotros estáis reclamando porque, como bien decís, seguís viviendo y seguís afrontando todas las secuelas, el envejecimiento no de forma saludable, que es lo deseable, es lo que todos queremos, sino con esas secuelas y esos sufrimientos de manera crónica y además con el miedo añadido en la incertidumbre de cómo se va a ir desarrollando vuestro futuro, porque estamos hablando de una enfermedad absolutamente desconocida y que, como bien ha dicho, no se continúa en la investigación necesaria para poder abordarla con seguridad y con certeza en el futuro.

No nos parece lógico que el Síndrome del Aceite Tóxico no se estudie en la Facultad de Medicina, como ustedes dicen y tampoco que no se continúe con esos instrumentos que se pusieron en marcha para documentar la enfermedad de forma científica y que no se revisen los que puedan continuar o se evalúe todo lo que se ha hecho hasta ahora. Ustedes marcan como punto de inflexión el momento en que se cierra esa línea de cooperación y de colaboración, el convenio con el Hospital Carlos III y el Instituto Carlos III porque parece que ahí es cuando se rompe la línea asistencial y de investigación.

Nosotros entendemos que los poderes públicos en ningún momento pueden pasar página, sino que tienen que seguir, como vosotros reivindicáis, atendiendo las necesidades que derivan de esta enfermedad que padecéis, que se deben continuar con la investigación y con la formación a los profesionales sanitarios. El paso del tiempo no puede jugar nunca en contra de las víctimas, también lo tenemos claro; el desconocimiento sobre este síndrome está jugando en contra de poder llegar a esos recursos médicos absolutamente especializados, las unidades centralizadas, los servicios sociales que garanticen plenamente las necesidades vuestras, no las que se evaluaron en un momento, sino las que estáis sufriendo y demandando ahora, 37 años después. No podemos olvidar, por supuesto, a quienes perdieron la vida, a quienes seguís enfermos pero también a esas personas que se vieron afectadas y que no desarrollaron ninguna actividad con anterioridad, porque eran niños o porque eran en su mayoría mujeres y que ni siquiera tienen una cobertura económica a día de hoy.

Sabed que nuestro Grupo Parlamentario Socialista ha mantenido contacto con vosotras, que a través del diálogo presentamos una proposición no de ley; hemos estado planteando también preguntas sobre la estructura que sustenta ahora la posibilidad de un seguimiento de este síndrome, el censo; cuáles son los métodos de vigilancia o el seguimiento sobre los descendientes; los estudios de investigación que existen ahora mismo para conocer las secuelas o el dispositivo específico del que dispone el sistema sanitario público para la atención a los pacientes o los recursos de la unidad del Hospital 12 de Octubre;

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 17

la investigación que existe; todos los sistemas de protección social. Hemos hecho preguntas que al final, cuando recibimos las respuestas nos reafirman en lo que ustedes dicen, que todo se resume a una encuesta anual, que las líneas de investigación están absolutamente mermadas una vez que se rompe ese convenio de colaboración con el Instituto Carlos III, por tanto en la investigación, aunque dicen que están todas las muestras biológicas, registros, la fenotípica histórica de cada paciente a disposición de la investigación, pero realmente no se sigue abundando y ha habido un retroceso. En ese sentido, nosotros compartimos las reivindicaciones que habéis puesto encima de la mesa aquí y que han repetido el resto de los grupos. Entendemos que es necesario que se designe el centro, servicio o unidad de referencia; queremos que se active la investigación por parte del Instituto de Salud Carlos III; que se realicen esas jornadas científicas, que también habéis reclamado, para profundizar en el conocimiento del síndrome y en la evolución de las secuelas y síntomas de la enfermedad; que se analicen los baremos para determinar los grados de discapacidad de los enfermos del síndrome. Algunas de estas medidas las presentamos de manera general en otras proposiciones no de ley respecto a otros síndromes y a otras enfermedades, pero entendemos que en vuestro caso, además, si se adoptaran medidas tan necesarias como estas habría creo que un vuelco en positivo a la situación que estáis viviendo en la actualidad.

Conocéis perfectamente lo que proponíamos en la proposición de ley relativa a las pensiones de invalidez, seguridad social y otras medidas. Como decía, muchas de estas reivindicaciones las planteamos de manera genérica respecto a otros síndromes, pero es verdad que en vuestro caso depende mucho de estas medidas para que haya un avance esencial en la situación que vivís.

Por último, decir que esta situación dramática realmente no entendemos que pertenezca al pasado, pertenece a nuestro presente, por que estáis aquí y también al futuro, por que tenéis una evolución que hay que atender, tenéis unas secuelas que van a seguir y desde luego los poderes públicos tienen que garantizar el futuro de todas las víctimas, tienen que ahondar en el conocimiento de los síntomas y de las secuelas. Y desde luego entendemos que para nada —es uno de los episodios más dramáticos de nuestra historia en nuestro país en los últimos años—, deba dejarse a un lado o no ser objeto de la atención que necesitan. Tendremos que estudiar todas las medidas que nos han presentado hoy y tendremos que buscar el máximo consenso. Usted misma lo ha dicho, son muchos años donde ha habido muchos cambios de partidos, muchos cambios políticos, muchos cambios sociales, pero vosotros continuáis con vuestro síndrome, con todo lo que ello conlleva. Por eso es necesario que nos pongamos de acuerdo.

Para terminar, me gustaría que hoy fuera un punto de inflexión, que fuera el día en que se marcara un antes y un después en el tratamiento de este síndrome y que las víctimas realmente hoy os encontréis ese espacio de acogimiento, de reconocimiento y que sigamos y continuemos trabajando para paliar esta situación tan dolorosa.

Le agradecemos su comparecencia. Muchas gracias.

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

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

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

En primer lugar me gustaría comenzar agradeciendo a la señora Cortés su presencia hoy aquí pero sobre todo agradecer su valentía, su fuerza, su esfuerzo y su compromiso, no solo el suyo sino el de todos los compañeros de su plataforma. Me gustaría dejarle claro, desde el minuto uno, del principio de la intervención, la voluntad de mi grupo de trabajar con ustedes en esa dirección que nos marca hoy y que nos ha marcado desde que nos hemos reunido con ustedes, que ya lo hemos hecho en unas cuantas ocasiones.

Tal como usted nos ha explicado, este Síndrome del Aceite Tóxico, surge bruscamente, en mayo de 1981, afectando a más de veinte mil personas; es verdad que la cifra no queda clara porque según la fuente que se consulte hasta veinte mil seiscientos cuarenta y tres hemos llegado a contabilizar; el 60 % eran mujeres, y usted ha hecho una dolorosa descripción de lo que sucedió, la peor tragedia sanitaria en la historia de España, sin ninguna duda. En la actualidad nos encontramos ante una enfermedad crónica que todavía padecen miles de personas y que además, tal y como usted ha descrito, lleva consigo secuelas severas pulmonares, fundamentalmente, cutáneas, neurológicas; usted ha dado una descripción bastante detallada. También usted ha recordado y ha calificado la respuesta que el Estado dio en ese momento, no solo desde el punto de vista sanitario, social y también la que dio la justicia, que al final fue la que marcó un poco la respuesta, las prestaciones y las indemnizaciones del Estado frente a las víctimas.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 18

Pero este creo que no es el objeto ni debe ser el objetivo de esta comparecencia; han pasado 37 años, ha dicho, y estamos en un mes de mayo también.

Usted nos pide reconocimiento y respeto al sufrimiento de los afectados y créame que nos duele muchísimo que nos diga que las víctimas se sienten olvidadas y créame que le diga que tiene nuestro respeto y también tiene nuestra disposición. Creo que debemos seguir trabajando hasta conseguir que ustedes lo sientan, porque está claro que no lo sienten así, pero nosotros vamos a seguir trabajando para conseguirlo. El reconocimiento que nos pide es imposible no dárselo, imposible, lo tienen: reconocimiento, respeto y, desde luego, lo que nos piden, el compromiso sincero. Tiene usted razón cuando dice que han pasado 37 años y que las investigaciones no se han concluido; que el cierre a finales del año 2008 de la unidad clínica del SAT en el Hospital Carlos III hizo que se les derivara a primaria y que carecieran de esa atención especializada que ustedes necesitaban, y eso creo que pone de manifiesto que tenemos que seguir trabajando.

Me gustaría también que pudiésemos llegar a reconocer que algo, algo, aunque sea poco, hemos avanzado y, desde luego, si se ha avanzado ha sido —y eso también quiero reconocerlo— como fruto de su empeño y de sus demandas. Ustedes pedían información, información para poder tener conocimiento del seguimiento de la evolución que ha tenido este síndrome con los años. Es evidente que el Instituto Carlos III, que se encargó desde el inicio del seguimiento, la vigilancia y la evolución clínica, tiene datos. Yo imagino, y esta sería una pregunta, que ustedes tienen todos los datos actualizados hasta la última revisión del año 2015, pero también a estos efectos de que ustedes dispongan de la mayor información, desde el Ministerio de Sanidad —y dígame usted si esto es así o no, porque me gustaría que lo confirmara— se ha solicitado información a todas las comunidades autónomas, al Ingesa y a todas las mutualidades implicadas, sobre la atención que se les está prestando y entiendo que conocen estas respuestas. Concretamente, la Comunidad de Madrid —usted lo ha dicho— detalla la existencia de ese dispositivo específico. Usted ha dicho también que está en una situación de *in pass* de un protocolo estandarizado, trabajando en este protocolo en atención primaria que se llevan a cabo —esta es la contestación— reuniones periódicas, que existe un grupo de trabajo en el que están presentes los afectados y también los representantes del Instituto Carlos III.

Otra de sus demandas va en la dirección de la designación de un centro, servicio o unidad de referencia de asistencia integral al síndrome tóxico. Además, hablan ustedes de instalarlo en Madrid, pero el procedimiento, más allá de que nosotros podamos apoyar esta medida, que desde luego mi grupo está dispuesto, ya se lo he dicho, a valorarlas todas, pero el procedimiento está establecido y el procedimiento es el comité de designación el que lo propone y una vez que es acreditado el centro por la agencia de calidad, debe ser aprobado en el consejo interterritorial, luego nuestro compromiso es el que puede ser y no otro. Estamos de acuerdo en que tenemos que seguir buscando soluciones por que la atención debe ser equitativa, de calidad.

Ha habido otras propuestas en las que creo que se han ido consiguiendo algunos resultados más concretos. Ustedes incluso, en su página *web*, hablan de pequeños pasos; yo no sé si son pequeños, grandes, pero desde luego yo los valoro como pasos en la dirección adecuada, en la buena dirección, por lo menos. Ha dicho que las reuniones con el Imserso han sido más positivas; en ese sentido me gustaría destacar que estamos a punto de que se apruebe un nuevo baremo para la atención del grado de discapacidad, que a ustedes se les ha incorporado a las consultas, que además se ha introducido un nuevo código nacional en la base de datos de personas con discapacidad para mejorar el conocimiento del colectivo. Y también, como consecuencia de su empeño y del trabajo que han realizado ustedes con el Imserso, para profundizar en el crecimiento y en la evolución, se van a realizar en este mes de mayo, del 28 al 31, en el Centro de referencia estatal de enfermedades raras, en Burgos, unas jornadas, y en estas jornadas se va a aprovechar para hacer nuevas valoraciones y conocer el estado en el que se encuentran los afectados a día de hoy. De hecho creo que se han realizado ya algunas valoraciones.

La segunda medida será la firma, para que esto tenga un poco de estabilidad en el tiempo, de un protocolo general de actuación entre el Imserso y la Plataforma Seguimos Viviendo.

Para finalizar, que veo que ya estoy consumiendo mi tiempo, quiero terminar como empecé: dejándole claro el compromiso de mi grupo no solo para dar respuesta a todas las necesidades derivadas de su enfermedad, sino para seguir dando pasos que les hagan sentir de verdad que siguen viviendo y que pueden contar con nosotros.

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

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 19

Señora Cortés, suya es la palabra.

La señora **CORTÉS GONGÁLEZ** (Coordinadora de la Plataforma de las víctimas afectadas por el síndrome del aceite tóxico, SAT): Gracias, señor presidente.

Gracias por sus palabras a quienes han intervenido. Voy a responderles por orden de intervención.

Gracias por las palabras, señor Igea, gracias por que por fin se ha sustanciado esta iniciativa. En estos 15 meses para sustanciar esta iniciativa, han muerto algunas de nuestras víctimas. Por eso cuando en el documento que se les ha trasladado ponemos a corto y medio plazo, lo que sí que les pedimos con toda la fuerza y con todas las necesidades que tenemos, es que no nos pidan más tiempo, que el tiempo se nos acaba; que cada vez que miramos hacia otro lado y entendemos que hay un trámite para todas las iniciativas, y que la excusa del desconocer o que llegan tarde documentos, no nos sirve, porque con todos los grupos con los que estamos aquí nos hemos reunido hace más de un año, tiempo suficiente como para haber consultado algún *Diario de Sesiones* —hay muchos, yo tengo aquí muchos— para conocer la realidad de las víctimas de este Estado. Nos duelen esas respuestas; somos justos, intentamos ser justos. Insisto, gracias al señor Igea, agradecemos su apoyo al Cesur. Les pedimos que también, por favor, que nos digan —se lo decimos también a todos los presentes— cuándo podemos iniciar el equipo, porque como usted bien ha dicho, y agradecemos, no han hecho publicidad partidista. Siempre les hemos pedido, por favor, que hagan el empeño, que han sido todas sus intervenciones unánimes, en el tono que necesitamos las víctimas del síndrome tóxico, como lo han hecho siempre, pero que ahora necesitamos que se preocupen y se ocupen, no solo que se preocupen. Y efectivamente, aunque Ciudadanos ha llevado la iniciativa e, insisto, se lo agradecen todas las víctimas, que esas proposiciones no de ley que se han presentado en dos ocasiones por parte del Partido Socialista no se han sustanciado jamás, que es el momento ya de hacer proposiciones no de ley sentados los grupos políticos, y de los acuerdos y los desacuerdos; la proposición que les hemos hecho llegar es muy amplia, es extensa; hemos intentado contemplar todos los supuestos desfavorables que tenemos y además hemos intentado evitar lo que nos está ocurriendo ahora, que no haya cambios de ministerios pues hemos sufrido cambios de ministerios, cambios de administraciones, cambios de modelos, cambios de Gobierno, cambios de legislatura, cambios de modelo político, modelo social. Todo eso ha sido lo que nos ha llevado tiempo. Les rogamos, por favor, que no nos pidan más tiempo, que se pongan a trabajar en ello ya.

Creo que ha sido la señora De la Concha la que nos preguntaba por la hipertensión pulmonar. Desgraciadamente es así. Hace unos meses, uno de los médicos que lleva una unidad de cardiología del Ramón y Cajal estaba muy preocupado por que necesitaba y quería proponer un estudio cardíaco para las víctimas del SAT porque últimamente estaba viendo demasiados pacientes asintomáticos que cuando han dado síntomas de hipertensión pulmonar ha sido demasiado tarde.

Volvemos a insistir, el Síndrome del Aceite Tóxico, como usted y como en este caso la representante del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, hay muchos grupos, pero a nosotros nos interesa nuestro problema, y resulta que es que nuestro problema nadie sabe cómo va a actuar. Nosotros no sabemos si mañana estaremos verdes, amarillos o resulta que mañana nos hemos dormido todos y no nos hemos despertado; nadie ha vivido más con esta enfermedad que los que estamos viviendo ahora, y es la realidad. Algunos no lo pensamos todos los días porque si no, no nos permitiría vivir, pero desgraciadamente muchas de nuestras víctimas, nuestras víctimas más mayores, que han sufrido de otra manera la enfermedad, las madres que han seguido sufriendo ese envenenamiento que han hecho a sus hijos y que siguen sintiéndolo como una culpa. Y también algo que no ha aparecido y que yo no he utilizado en mi intervención y que ha sido muy doloroso descubrir en los últimos días, porque cada uno de los días descubro cosas nuevas del síndrome tóxico, es cómo se siguen sintiendo aquellas madres que estaban embarazadas en 1982. Y que ustedes sean quienes se preocupen y ocupen de saber qué se les indicó a esas madres que estaban embarazadas en 1982; algunas de esas mujeres, concretamente una, también eran madres, porque tenían otros hijos, está en el centro de Burgos ahora en sesión clínica de psicólogo y todavía sigue con dolor aquel 1982. Por eso insisto con el tiempo. No nos pueden pedir más tiempo.

Aunque a todos agradecemos las palabras que nos han dedicado, en este caso a mí, pero que son trasladadas al colectivo, yo soy el colectivo, la reparación se demuestra con hechos. Hemos de lamentar, y quiero decirlo aquí en esta casa, que ningún jefe de Estado nos ha recibido, que seguimos a la espera de que Su Alteza la Reina Doña Leticia, que es la abanderada de enfermedades raras tenga un encuentro con nosotros, para explicarle de primera mano cómo nos encontramos las víctimas del Síndrome del

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 20

Aceite Tóxico, primera enfermedad rara de este país. Por el síndrome tóxico también se ha creado el instituto de enfermedades raras. Ha sido el derivado del Centro de estudio del Síndrome del Aceite Tóxico. De hecho, Manuel Posada, que es el científico que más conoce de nosotros —y contesto a la señora Hernández—, se tienen datos hasta 2008, pero no se tienen más datos. Ellos saben que estamos empeorando, por lo que ponemos en un papel, pero no por lo que certifica ningún especialista clínico, porque no han sido contrastadas las historias clínicas, ni siquiera mínimas, de la doctora Nogales. Porque pese a que llevamos dos años en esa mesa multidisciplinar, se va muy, muy despacio, tan despacio que algo que habíamos conseguido, como les he dicho anteriormente, la unidad funcional a día de hoy está parada, y con dos consultas suspendidas. La doctora no sabe qué es lo que ha ocurrido y que hay muchas deficiencias.

Agradecer al Partido Socialista, a través de la señora Alconchel, su intervención. Que necesitamos el tiempo que ustedes y las palabras que nos han dicho; ha estado hablando, efectivamente, de las proposiciones no de ley que ha presentado su grupo en dos ocasiones. Les pediríamos, por favor, que sea actualizado con la propuesta que les hemos hecho llegar. Desde aquí, insisto, también les pedimos a ustedes que son más conocedores, porque también ustedes han sido un grupo de Gobierno y han conocido lo que ha significado el síndrome tóxico cuando han estado gobernando, que podamos sentarnos todos a elaborar y a hacer el trabajo de lo más necesario, inmediato y posible con todos los grupos.

También quiero decir a la portavoz del Grupo Parlamentario Popular que, efectivamente, hemos avanzado mucho con el Imsero gracias a la intervención de la directora general, que ha estado muy predispuesta desde el principio. Nos ha costado tres años, llamar, llamar y llamar, pero bueno, somos muy insistentes; no ha sido de hoy para mañana, pero una vez que hemos encontrado la fórmula, ya ha sido muy directa, que es lo que ocurre en una Administración como la nuestra, en la que es tan complejo llegar al lugar. Es cierto que se han hecho grandes avances, pero fíjese, usted misma lo ha dicho: en febrero de 2018 se codifica el síndrome del aceite tóxico. ¿Sabe lo que significa eso? Pues que no ha existido el síndrome del aceite tóxico para la discapacidad; significa que estamos siendo mal evaluados en el grado de discapacidad, con lo que ello supone de merma en todos los derechos que tienen las personas con discapacidad. Pero como hemos dicho en algunas ocasiones, nosotros no queremos hablar del pasado; queremos hablar del presente y del futuro, del pasado necesitamos el reconocimiento. Analicen todos y cada uno de sus grupos cuántas iniciativas sobre el síndrome del aceite tóxico han llevado al Pleno, cuántas medallas o cuántos reconocimientos han obtenido sus grupos políticos en ayuntamientos o en comunidades autónomas, y aunque ha habido cuatro ayuntamientos en la Comunidad de Madrid que han apoyado una declaración institucional a favor de los derechos y de las demandas de la Plataforma Seguimos Viviendo: Síndrome Tóxico, como son el Ayuntamiento de Madrid, el Ayuntamiento de Móstoles, el Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz y el Ayuntamiento de Valdemoro, y allí todos los grupos unánimemente nos han apoyado y también se comprometieron a trasladar a sus grupos políticos nuestras demandas; he de decirles que ninguno lo ha hecho. Ustedes son quienes nos representan, ustedes son a quienes creemos cuando se comprometen a algo; necesitamos que sus compromisos se lleven a cabo.

Voy a expresar algo que es muy doloroso para las víctimas del síndrome del aceite tóxico. La primera pregunta que se hace a una víctima es cuánto ha cobrado por la indemnización, jamás cómo estamos. ¿Se imaginan qué supondría preguntar eso a una víctima del terrorismo? Es muy doloroso porque, como les decía en mi intervención, nos han tachado de ser unos aprovechados del Estado y de la sociedad. Y también es importante saber lo que las víctimas del síndrome del aceite tóxico devolvimos; la media fue más del 25 % del total de nuestras irrisorias indemnizaciones; hagan cuentas y verán lo que han significado aquellas indemnizaciones. Por otro lado, quiero decir a la señora Hernández que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se ha comportado con total irrespetuosidad hacia estas víctimas. La doctora doña Maravillas Izquierdo, pese a ser una gran conocedora de la materia, una gran profesional y haber sido una de las personas que más estudios ha elaborado sobre el síndrome tóxico, jamás nos ha trasladado sus conclusiones. No ha tenido siempre el mejor comportamiento con las víctimas del síndrome tóxico; cuando nos reunimos con ella el 25 de septiembre, nos dijo que nos volveríamos a reunir para trabajar —como hemos hecho siempre con todo el mundo, como hemos hecho con la Consejería de Sanidad— y saber hasta dónde se podía llegar; a pesar de nuestras llamadas, todavía estamos esperando la reunión. **(La señora Hernández Bento: Ya no está).** Bueno, pero alguien habrá en su puesto; el nombre de Maravillas Izquierdo es muy importante para el síndrome tóxico, muy importante. Ustedes han mencionado al Ministerio de Sanidad y tanto Teresa como Carmen saben lo que significa el ministerio y las dificultades que ha habido; cómo su puesto ha quedado vacante, cómo seguimos sin saber quién lo

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 21

ha ocupado, y cómo seguimos sin saber a quién tenemos que dirigirnos, ni a Paloma Casado ni a ella, por más que hemos llamado, por más que hemos escrito, por más que ustedes han recibido correos míos y hemos mantenido contactos. Ella nos dijo que, efectivamente, se pidió información no en el Consejo Interterritorial, sino en una comisión previa —como de trabajo— donde se trasladó información; y la información que se trasladó por parte de las comunidades autónomas fue que no había ningún problema y no tenían conocimiento de algún problema. ¿Cómo va a haber un problema? ¿Alguien viajaría a Sevilla si no sabe que Sevilla existe? ¿Cómo va a presentar alguien una reclamación de algo que no existe? La Comunidad Autónoma de las Islas Baleares dijo que no tenía víctimas y tiene víctimas, como todos y cada uno de los lugares del territorio español; todas las comunidades autónomas tienen víctimas del síndrome del aceite tóxico. La Comunidad Valenciana contestó que no tenía víctimas y también tiene, repito, tienen todas las comunidades autónomas.

Nos gustaría que la relación con el Ministerio de Sanidad cambiara porque es muy importante. Doña Maravillas Izquierdo nos dijo que el CSUR tenía que impulsarlo la Comunidad de Madrid. Vamos a la Comunidad de Madrid y he sacado aquí todo el trabajo que se ha hecho en la mesa. **(Muestra un documento)**. Esto es un informe sobre la viabilidad del CSUR para el síndrome del aceite tóxico 2016 de la Comunidad de Madrid. Esto mismo se lo enseñamos al ministerio y sabemos que, si quiere, puede impulsarlo. La Comunidad Autónoma de Madrid es la que tiene más víctimas, llegamos casi a diez mil, y entendemos que tiene que ser la impulsora. Además, si el ministerio quiere, si todos ustedes están de acuerdo y nosotros lo estamos solicitando, ¿cuál es el problema para que haya un CSUR? ¿Cuál es el problema para que el síndrome del aceite tóxico no se lleve a un consejo interministerial y solo se lleve a una comisión? Entonces, ¿por qué no se hace? Estas son nuestras preguntas, si se puede hacer, ¿cuál es el motivo para que no se haga? Estamos a 16 de mayo de 2018 e, insisto, todos saben que las víctimas del síndrome tóxico nos hemos reunido con ustedes al menos una vez hace un año, con algunos más veces, por lo que la excusa de no saber o no conocer no nos sirve; además, su obligación es saber y más cuando quien va a comparecer aquí es una víctima. Lo lamento muchísimo, pero desgraciadamente no sentimos una situación de reconocimiento porque si no se sabe qué es lo que está ocurriendo, difícilmente se puede poner solución. Por eso les hemos presentado estas medidas bastante amplias que, insisto, son de carácter general.

Esta misma mañana acabo de recibir una carta del Ministerio de Hacienda y Función Pública que dice lo siguiente: En relación al correo y el manifiesto remitidos al subsecretario del Ministerio de Hacienda y Función Pública, le comunico que se ha dado traslado de dicha documentación a la Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos, como unidad encargada de la elaboración de anteproyectos de Presupuestos Generales del Estado a partir de las propuestas que los departamentos ministeriales, en atención a sus prioridades de gasto, hayan formulado previamente. Nadie nos ha preguntado para incluir nuestras propuestas y hay varios ministerios implicados. Nosotros sí que nos hemos preocupado y ocupado de trasladar nuestras necesidades; había diversas fórmulas desde clases pasivas hasta pensiones de excepcionalidad, como existen para otros colectivos. No queremos ni más ni menos que nadie, solo queremos lo justo. Para terminar, el director general nos contestó que lo que le proponíamos no estaba indicado para un colectivo como el nuestro y, además, nuestro colectivo gozaba de todas las ayudas. Unas ayudas que ya fueron suspendidas, por lo que nuestra contestación fue que lamentábamos que una persona de su responsabilidad desconociera esto. Si alguien importante y con esta responsabilidad en el Ministerio de Hacienda lo desconoce, piensen ustedes qué conocerá la sociedad. Pues que estamos curados, disfrutando de una indemnización millonaria, y seguimos pidiendo dinero porque somos unos insatisfechos desde el punto de vista económico, qué más queremos y qué pesados somos. Y eso, créanme, causa más dolor que el propio dolor que ha provocado el aceite desnaturalizado de colza.

No sé si he dejado sin responder alguna de sus preguntas. Terminé diciéndoles que necesitamos que nos concreten cuándo empezamos a trabajar, pero de verdad.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre de la Comisión, le damos las gracias a usted y a todo el colectivo que representa, por su presencia, por sus palabras, por sus alertas y también por sus sentimientos. Estoy convencido de que nos van a impulsar a todos para adoptar medidas sin gastar ni desgastar ese tiempo que no se tiene.

Muchas gracias. Suspendemos un momento la sesión. **(Pausa)**.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 22

— **DE LA SEÑORA VICENTE GONZÁLEZ (SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO GENERAL DE TRABAJO SOCIAL), PARA REALIZAR BALANCE Y ANALIZAR LAS PERSPECTIVAS DE FUTURO DEL PLAN CONCERTADO, TREINTA AÑOS DESPUÉS DE SU PUESTA EN MARCHA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 219/000995).**

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos la sesión, en esta ocasión con la comparecencia de doña Emiliana Vicente González, secretaria general del Consejo General de Trabajo Social, para realizar un balance y analizar las perspectivas de futuro del Plan concertado, treinta años después de su puesta en marcha, a petición del Grupo Parlamentario Socialista. Y para darnos las explicaciones oportunas, tiene la palabra la señora Vicente González.

La señora **VICENTE GONZÁLEZ** (Secretaria General del Consejo General de Trabajo Social): Gracias.

Buenas tardes, en nombre del Consejo General de Trabajo Social, que representamos a cuarenta mil trabajadores y trabajadoras sociales de toda España, quiero dar las gracias a esta Cámara por invitarnos a participar en la Comisión y, en particular, al Grupo Parlamentario Socialista. Como sabrán, el Consejo General de Trabajo Social es el máximo órgano de representación de la profesión. Somos una entidad de derecho público creada en 1982, y en estos momentos nuestra presidenta del consejo también ostenta la Presidencia de la FITS, de la Federación Internacional de Trabajo Social en la región de Europa; es decir, tenemos una proyección internacional bastante importante.

Quiero agradecer también su propuesta para hablar hoy aquí del Plan concertado. Su importancia es vital, pues significó el paso de las políticas de beneficencia al sistema público de servicios sociales. En los últimos treinta años se ha logrado un avance significativo en el proceso de implantación de los servicios sociales, gracias a este pacto de Estado que fue el Plan concertado. La atención a las necesidades por parte de los servicios sociales ha venido reduciendo desigualdades y exclusión, contribuyendo a la cohesión social. Pese a sus avances, no podemos obviar las debilidades financieras, competenciales y técnicas de los servicios sociales. La concreción de los derechos subjetivos, que comienzan a reconocerse en esta materia, es un proceso inacabado porque todavía hay territorios que no han acometido las reformas legislativas. A esta situación se añade la crisis, que no favorece la existencia de financiación suficiente para resolver el volumen de las demandas. En España se están poniendo en entredicho las conquistas sociales en unos momentos en que aumentan las tasas de pobreza en los hogares, la exclusión social severa y los hogares donde muchos de sus miembros no tienen ni un solo ingreso. Los servicios sociales están llamados a contribuir de manera positiva y eficiente en la protección social de las personas que presentan una situación social y económica más desfavorecida. Aquí es donde ustedes juegan un papel de primer orden, ya que los poderes públicos son los encargados constitucionalmente de contribuir al desarrollo e implantación de los servicios sociales y de esas políticas que generen empleo, dinamización económica y una sociedad más justa y más equilibrada.

Antes de continuar con el balance del Plan concertado, vamos a situarnos en el proceso histórico de la construcción del sistema de los servicios sociales. A lo largo de la década de los ochenta, la acción social asumió como uno de sus mayores retos el sistema público de servicios sociales sobre la base del marco constitucional y los estatutos de autonomía. El sistema se formó sobre los siguientes objetivos: proporcionar a la ciudadanía servicios sociales adecuados que permitan la cobertura de sus necesidades básicas, y la definición de competencias en materia de servicios sociales en el marco del desarrollo local, aplicando en aquel momento la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases del Régimen Local. A su vez, otro de los objetivos importantes fue consolidar y ampliar la red básica de los servicios sociales municipales con el desarrollo de las prestaciones de proximidad, como son la ayuda a domicilio y la teleasistencia que vienen enmarcadas en el catálogo de la Ley de atención a la dependencia. Los hitos más significativos para la constitución de este sistema público de servicios sociales y, por extensión, desde donde nació el Plan concertado, fueron la fusión de los servicios sociales de la Seguridad Social con los del Estado, el INAS y el Imserso; la promulgación de las leyes autonómicas; y la promulgación en 1985 de la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local, que vino a acompañar y a establecer que los ayuntamientos con más de veinte mil habitantes tenían competencias en esta materia. En aquel momento significó que para construir los servicios sociales se abría un escenario con dos aspectos muy novedosos: por una parte, un sistema de ingeniería normativa, es decir, la legislación de la Seguridad Social, las leyes de las comunidades autónomas y la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local y, por otra parte, un nuevo diseño de gestión respecto a otros sistemas del Estado de bienestar, ya que los servicios sociales asumen

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 23

preferentemente la colaboración de la iniciativa privada y el voluntariado social con el sistema público. Así pues, el sistema de servicios sociales se configura como sistema público de gestión mixta, lo que implica gestión compartida entre los distintos niveles para la prestación de servicios, bajo la responsabilidad, control y seguimiento de las administraciones públicas.

Asimismo, en este proceso es de justicia destacar el protagonismo del compromiso del trabajo social por su contribución práctica y teórica a las necesidades sociales, al bienestar y a los servicios sociales. Ello supuso su reconocimiento como profesión básica del nuevo sistema de servicios sociales, que ha dado lugar a la creación de una nueva área de conocimiento en la universidad denominada Trabajo Social y Servicios Sociales. ¿De qué hablamos cuando decimos servicios sociales? El sistema público de servicios sociales constituye el cuarto pilar del Estado de bienestar que, junto con educación, sistema sanitario y pensiones, hace posible la atención integral de las necesidades de las personas, de manera específica de aquellas que se encuentran ante una mayor situación de riesgo, exclusión o marginación social. Además de garantizar la atención a las personas, los servicios sociales son también instrumentos generadores de economía y fuente de empleo. Aunque el esfuerzo realizado por parte de los tres niveles de las administraciones para el desarrollo de los servicios sociales ha sido considerable, la competencia exclusiva de las comunidades autónomas en materia de servicios sociales y la ausencia de una normativa estatal no han facilitado la construcción de un conjunto de derechos y prestaciones en todo el territorio; la descentralización no ha facilitado una universalización de unos derechos iguales para todos en el ámbito de los servicios sociales. Tanto los servicios sociales generales como los especializados se deben ofrecer como derechos sociales mínimos y homogéneos en todo el territorio del Estado, acordes de manera dinámica con la evolución de las necesidades de las personas y de las familias. Los servicios sociales municipales son el corazón del sistema público de servicios sociales, y esto es así porque cuando nace el Plan concertado se tiene claro qué necesidades cubren los servicios sociales, con qué prestaciones, desde qué equipamientos y cuál es su financiación. Esto se hace a través de dos niveles de atención que vienen definidos en el Plan concertado: un primer nivel que llamamos servicios sociales de atención primaria o comunitarios, y un segundo nivel de servicios sociales especializados. Los de atención primaria descansan más sobre la responsabilidad y ejecución de las entidades locales o municipios y los especializados en otros niveles de la Administración.

Respecto a los derechos y las prestaciones básicas del sistema, el Gobierno central y los Gobiernos autonómicos pactaron en 1987 la definición de las prestaciones del sistema público de servicios sociales a las que los ciudadanos tienen derecho; esto es el llamado Plan concertado que nos trae aquí esta tarde y que, además, supone una estrategia de cooperación financiera y técnica entre las administraciones públicas para apoyar a los ayuntamientos en la puesta en marcha de la red de los servicios públicos. A través de los convenios-programa y de un catálogo con las prestaciones correspondientes y sus equipamientos, se definen las cinco prestaciones que vienen a dar fortaleza y constituir el Plan concertado. Una primera prestación es la información y orientación para facilitar la igualdad de oportunidades en la aplicación de los derechos sociales para todos los ciudadanos. En segundo lugar, el apoyo a la unidad convivencial y la ayuda a domicilio, al objeto de favorecer la convivencia positiva y la autonomía personal en el ámbito familiar y en el entorno, puesto que las personas y las familias cuando están ante una situación de necesidad, donde quieren estar es en su casa. Una tercera prestación se refiere a todos los aspectos relacionados con la acogida y el alojamiento alternativo. A veces hay que facilitar una estructura de relación convivencial diferente a la originaria porque las situaciones requieren que así sea. Este es otro de los elementos que se contempla como prestaciones básicas, y después tenemos la prevención e inserción al objeto de dar participación en la vida activa a los ciudadanos y fortalecer las actitudes de tolerancia, respeto y solidaridad. Por último, la cooperación social es también un elemento muy importante dentro de las prestaciones básicas del Plan concertado porque pretende fomentar la solidaridad y la responsabilidad en la comunidad; es decir, hacer partícipes a las personas en el proceso de su propia recuperación.

Definido el catálogo de prestaciones, a su vez, desde el Plan concertado la red define los profesionales y los equipamientos. Los profesionales de referencia dentro del ámbito del Plan concertado y de los servicios sociales son las llamadas unidades de trabajo social, en nuestro argot UTS. La trabajadora social realiza esa primera atención y hace todo el seguimiento posterior de apoyo y acompañamiento en las situaciones familiares. Esto lo hacemos desde los centros de servicios sociales. Como he indicado antes, con la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local de 1985 los ayuntamientos con más de veinte mil habitantes tienen competencias en materia de servicios sociales, y ahí empieza el desarrollo de la parte

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 24

de equipamientos, no solo con los centros de servicios sociales, sino también a través de casas de acogida, albergues, pisos tutelados, medias residencias, como alternativas al alojamiento, y los centros de día, comedores y centros ocupacionales como otro equipamiento más.

Es imprescindible reconocer que sin responsabilidad pública, sin reconocimiento de derechos no existen posibilidades de garantizar condiciones básicas de vida y de convivencia que sustenten la dignidad humana. El gran esfuerzo en la gestión del Plan concertado recae sobre el protagonismo de la Administración local. En este sentido hay que señalar los importantes desajustes en la que podríamos calificar de dicotomía entre la teoría y la práctica. Los grandes presupuestos no están en el ámbito local y llegan a él con muchas dificultades y esfuerzos, que entorpecen y limitan la gestión. No termina de demostrarse la vocación municipalista de las comunidades autónomas y diputaciones, que a veces da la impresión de que desconfían de las capacidades de los ayuntamientos para la buena administración de los fondos que transfieren. En líneas generales, las políticas municipales de los servicios sociales en los municipios se garantizan a través de convenios anuales, lo que les genera dudas en diversas materias, como la contratación o el desarrollo normativo, en definitiva en todo aquello que supone un compromiso que espera una cierta temporalidad, es decir, los convenios son anuales pero el compromiso de los municipios con los programas, con las actuaciones que tienen que diseñar para su población no es anual, sino año tras año, y esto genera un cierto desconcierto en el ámbito de la gestión de las entidades locales. Se hace necesario implantar fórmulas de financiación objetivas, estables, justas y adaptadas a las diferentes características territoriales, lo que se vino llamando en origen en el Plan concertado la financiación tripartita, es decir, a tres partes. Sin embargo, siempre oímos hablar del 33, 33, 33, pero nunca se ha conocido ese 33, 33, 33. Según los últimos datos, la situación actual es que el Estado aporta un 2,9 %, las comunidades autónomas se hacen cargo en un 34 % y las entidades locales en un 63 %.

En el marco del Estado social, los servicios sociales son un sistema público que garantiza como derecho de ciudadanía el acceso a unas prestaciones básicas para favorecer la igualdad de oportunidades, la autonomía personal, la convivencia y la integración. Los servicios sociales son señas de identidad en las entidades locales, a ellas deben su existencia, superando siglos de beneficencia y asistencialismo, pero también las entidades locales deben a los servicios sociales una gran parte de su legitimidad social, al demostrar su sensibilidad y eficacia en la prestación de estos servicios de proximidad, tan importantes para la calidad de vida de sus vecinos y vecinas. Y dentro de lo que es la red del Plan concertado, el buque insignia en el que descansa toda esta estructura son los centros de servicios sociales y las unidades de trabajo social, como decíamos antes. De la misma manera, las entidades locales deben considerar como una prioridad de Gobierno reforzar las atenciones domiciliarias para las personas en situación de dependencia o con dificultades para la realización de las tareas de la vida cotidiana, apoyando a sus familias para que todos permanezcan en su entorno. Y por encima de todo ello, las entidades locales, como administraciones más próximas a la vida cotidiana y receptoras en primera instancia de las demandas de los ciudadanos, deben seguir liderando la exigencia de que los servicios sociales generen auténticos derechos subjetivos a través de la legislación autonómica o estatal correspondiente y estableciendo los mecanismos de compensación interterritorial que aseguren que ninguna persona deje de recibir las atenciones básicas que precise, sea cual sea su lugar de residencia.

Sin lugar a dudas, la creación del Plan concertado fue un acierto histórico y, aunque durante treinta años haya pasado por luces y sombras —reducción de financiación, desarrollo normativo regular, diferencias territoriales obvias, falta de apoyo de la Administración del Estado, etcétera—, en defensa de la ciudadanía es obligado que todos sigamos trabajando por que el pacto de Estado se fortalezca y lo mejoremos entre todos. Desde el Consejo General de Trabajo Social consideramos que las perspectivas de futuro pasan por propuestas concretas, y en ese sentido voy a hacer un recorrido por tres tipos: propuestas desde el trabajo social, propuestas a las políticas sociales y propuestas profesionales.

Acerca de las propuestas desde el trabajo social, nosotros decimos que la prioridad son las personas. Ese es nuestro eje vertebrador y consideramos que reconocemos a las personas como sujetos activos de su transformación personal. Se trata de progresar en la gestión integrada de sus procesos, superando la coordinación de carácter administrativo interdepartamental y avanzando en la articulación y el acompañamiento de procesos e itinerarios de desarrollo personal. Pero la aparición de nuevas situaciones de necesidad en los hogares, la incapacidad de pagar facturas, la demanda de auxilio por quiebras económicas familiares se incrementa de manera exponencial. El desbordamiento en los servicios sociales de atención primaria es evidente. El último dato del que disponemos del Consejo, que es el ISSE, el estudio sobre los servicios sociales en todo el territorio de España, nos dice que ha habido un incremento

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 25

del 37 % de la demanda, cuando los medios de los que disponemos para trabajar con la población no han aumentado ni muchísimo menos en esa cantidad, y en muchos casos han disminuido. Se satura la red municipal de los servicios sociales. Cada año y con los mismos recursos, una trabajadora social atiende a más de quinientos usuarios, teniendo que ser a veces derivados a entidades asistenciales, y esto nos parece preocupante.

Otro de los elementos importantes en cuanto a las propuestas referidas al trabajo social es nuestra prioridad por las personas, la calidad en los servicios. En este sentido, la cultura de la calidad en la gestión en los servicios sociales cada vez está más incorporada tanto a nivel de formación y supervisión de profesionales como de sistemas de gestión que vengán a mejorar esos servicios que debemos prestar a quienes nos debemos, que es a los ciudadanos.

Asimismo, definimos el cuarto pilar del Estado del bienestar mediante la creación del Plan concertado. Siempre hemos dicho que este cuarto pilar es el sistema público de servicios sociales, en concreto a través del Plan concertado, pero no, como se viene diciendo, la Ley de dependencia. Sin lugar a dudas esta ley es un avance espectacular en el sistema público de servicios sociales. Es el derecho más universal, es el derecho más subjetivo que tenemos en el sistema. Pero no todo lo que atendemos en servicios sociales es dependencia. Toda la dependencia la atendemos en servicios sociales, pero los ocho millones de ciudadanos y ciudadanas que son atendidos en servicios sociales no son mayoritariamente personas dependientes. Por eso nosotros reivindicamos que no podemos considerar cuarto pilar del Estado del bienestar la dependencia, sino el sistema público de servicios sociales.

Aunque sea muy brevemente, quiero señalar la necesidad de recalcar la vigencia del Tratado de reforma de Lisboa, aprobado en diciembre de 2009, que incorpora la Carta de derechos sociales fundamentales, de obligado cumplimiento para los países miembros. Este tratado desarrolla los objetivos de cohesión económica y social, manifestando la voluntad de tender al pleno empleo y al progreso social, así como a contribuir a combatir la exclusión social y todo tipo de discriminación. Lo más característico es el hecho de que los derechos sociales se configuran en el tratado como derechos fundamentales de la ciudadanía europea, y en él se integran tanto los históricos derechos fundamentales, referidos a los derechos civiles y políticos, como los derechos sociales.

Pasamos a las propuestas que hacemos desde el Consejo de Trabajo Social sobre las que llamamos políticas sociales. Y una de nuestras reivindicaciones es la defensa de los derechos sociales y no a la vuelta a la beneficencia. No podemos retroceder en lo avanzado en estos treinta años, sea mucho o poco, conseguido con más lentitud o menos en determinados periodos. Debemos defender los derechos sociales y no nos podemos permitir escenarios de vuelta a la beneficencia. La Constitución ha de garantizar el acceso a los servicios sociales como derecho fundamental. Por tanto, como estructura colegial, reclamamos, y así lo venimos reiterando, la modificación de la Constitución para que se consideren los derechos sociales como derechos fundamentales, y no lo dejemos al albur de sensibilidades políticas, que lo pueden reforzar más o no lo refuerzan tanto, como ha venido hasta ahora sucediendo.

Otra de nuestras propuestas y reivindicaciones es la aprobación de una ley marco que permita cierta posibilidad de acceso a esas prestaciones básicas en todo el territorio. En estos momentos tenemos diecisiete comunidades autónomas, más Ceuta y Melilla: diecinueve modelos diferentes en la gestión del desarrollo de los servicios sociales. Deberíamos dar una vuelta a esta cuestión, y entendemos que se hace desde la propuesta de un marco normativo general.

Financiación y prevalencia de lo público. Es por todos sabido que el ámbito de lo social se presta con bastante facilidad a que la incorporación de los sectores privados venga a desplazar las responsabilidades y el compromiso de los poderes públicos y también el origen de este Plan concertado. Entendemos que esa financiación debe mantenerse, debe ser pública. Muchas veces se habla de gasto; nosotros entendemos que no es tanto un gasto, sino una inversión, una inversión a presente y una inversión a futuro, porque no solo atendemos las situaciones de máxima necesidad en las familias, sino que además se genera empleo y riqueza importante.

Otra de nuestras propuestas es un sistema de servicio social realmente universal y de proximidad. Como decíamos antes, es importante reforzar el sistema público de servicios sociales en los municipios, porque es la Administración más próxima a los ciudadanos, porque es ahí donde vemos las necesidades y el sufrimiento de la gente y porque es la puerta de los políticos a los que se llama. Aquí llaman a pocos, en las comunidades autónomas parecido; las puertas a las que se llama y desde donde se ven las verdaderas necesidades están en los municipios, son los alcaldes y las alcaldesas, y hay que dar herramientas para propiciar que la gente tenga una vida más digna.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 26

Otra de nuestras propuestas importantes es la suficiencia de ratios profesionales. Veíamos antes que el incremento de la demanda existe, pero no se están incrementando las ratios profesionales. Según las últimas cifras de que disponemos, de la memoria oficial del ministerio 2015-2016, tenemos 10 800 habitantes por trabajador social. Eso es insostenible, no podemos hacer un trabajo, una intervención social de calidad y efectiva. Por eso estamos trabajando toda la estructura profesional, los treinta y seis colegios de toda España en hacer una propuesta de modelo de servicios sociales para todo el territorio, y estaríamos hablando de un trabajador social por cada 1700 habitantes, una ratio muy parecida a la que se maneja en el ámbito de salud.

Por supuesto, una de nuestras reivindicaciones es la restitución de los niveles mínimos de consenso y financiación del Plan concertado. El año 2011 fue bastante aciago para este plan porque empezamos a sufrir recortes muy considerables, de modo que convendría poder restituir el presupuesto al menos a esos niveles para poder salir, máxime cuando llevamos ya diez años de crisis, cuando ya la solidaridad de las familias y los amigos, las despensas del entorno más próximo a esas personas están agotadas. Hay una responsabilidad pública para poder salir de esto en mejores condiciones. Y recordaré el dato que daba antes acerca de cómo se está financiando en estos momentos el Plan concertado, los servicios sociales: en el 2,9 % por el ministerio, en el 34 % por las comunidades autónomas y en el 63 % por los ayuntamientos.

Otra de las cuestiones para nosotros de primer orden es la derogación de la reforma de la Administración local. Que los ayuntamientos nos dejen para atender estrictamente situaciones de emergencia social nos pone ante una excepción muy crítica. Como decía antes, si no se atienden esas necesidades desde los municipios, va a ser muy difícil, no va a haber otro ámbito de la Administración que venga a abordar esas situaciones. Así lo denunciábamos en su momento, en 2013, cuando se hizo esta reforma, porque entendemos que recentraliza la prestación de los servicios, atenta contra la autonomía local, deja a los ayuntamientos solo para la atención a situaciones de emergencia y elimina la atención primaria, que ejercida desde la Administración local es un freno para la marginación y la exclusión social. En mi opinión, en este país no tenemos grandes focos de exclusión social. En líneas generales, se ha hecho un trabajo bien importante desde la Administración más próxima para no encontrarnos con focos de exclusión, como vemos también en otros países de Europa, porque en ciudades próximas, ciudades grandes, como Madrid, Berlín o París nos encontramos con focos muy potentes. Por fortuna esto es así en nuestro país, pero creo que la fortuna viene porque hubo acuerdo —ahora, que tanto hablamos en otros sectores de pacto de Estado—, porque hubo un pacto de Estado en 1988, posiblemente de los primeros que se hicieron, y esto no se puede perder de vista desde el ámbito de la política.

Otra de las cuestiones que para nosotros es de primer orden, una de las reivindicaciones que hacemos en cuanto a las propuestas políticas es la derogación del Real Decreto 20/2012, de 3 julio, sobre dependencia, que aumentó los copagos para las personas con dependencia, amplió hasta en dos años el tiempo de la lista de espera sin obligación de pago retroactivo a las comunidades autónomas, eliminó el pago de las cotizaciones a la Seguridad Social para los cuidadores familiares y retrasó la entrada de los dependientes moderados en el sistema. Esta es una cuestión que tiene que estar encima de la mesa y no podemos dejarla pasar.

Hay elementos que para nosotros son importantes, son las que llamamos necesidades emergentes que provocan esa desigualdad. Ahora se habla de los desahucios, de la suficiencia alimentaria, de la pobreza energética, de la pobreza infantil. Sin embargo, la pobreza es pobreza. No sé adónde nos pueden llevar los apellidos, pero, en realidad, lo que tendríamos que abordar es qué situaciones son de verdadera necesidad dentro del entorno familiar. No debemos hablar de atender a la pobreza infantil, porque la pobreza infantil posiblemente se halla inmersa en la pobreza del contexto familiar y hay que abordar de manera integral ese contexto familiar, donde, efectivamente, hay que tener en cuenta la infancia, las personas dependientes y la falta de empleo.

El tema de las nuevas tecnologías sin lugar a dudas es una cuestión de primer orden no solo para el sistema público de servicios sociales, sino para el momento actual.

Por último, entre las propuestas que hacemos como profesionales, sobre lo que aportaríamos al Plan concertado y al sistema público de servicios sociales está el control deontológico. Aplicar la deontología en el ejercicio profesional es una cuestión de primer orden. Como estructura colegial estamos en esto, en colaborar y trabajar, porque es nuestra responsabilidad, en coordinación con las administraciones públicas, y, por supuesto, esta es una de las cuestiones que ponemos en valor, la buena praxis profesional,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 27

garantizando que la atención que se preste sea la correcta y necesiten los ciudadanos, con independencia en la intervención.

Para terminar, voy a hacer referencia a diez ideas finales.

Una es que el Plan concertado fue un verdadero pacto de Estado de los años ochenta, basado en el diálogo, en el consenso social y en las fuerzas políticas, y esto hay que reconocerlo. Ha venido a generar cohesión y paz social en las ciudades y los municipios. Durante estos treinta años ha contribuido, y de qué manera, a la cohesión territorial. Ha sido un yacimiento de empleo muy importante, y todavía lo es hoy, a pesar de los fuertes recortes presupuestarios, para permitir que las ciudades tengan mejores condiciones.

Sin lugar a dudas, el cuarto pilar del Estado del bienestar es el sistema público de servicios sociales, el Plan concertado, no la dependencia, como he explicado antes.

Hablamos de que el profesional de referencia y el que vertebra la intervención social es el trabajador social, y la ratio, como planteaba antes, que la tenemos en estudio, sería 1/7000.

El acompañamiento social y la ética en la intervención es nuestro ADN. Las personas lo primero, la defensa de los derechos sociales, no la beneficencia.

Se hace urgente recuperar el presupuesto perdido, máxime cuando llevamos diez años con crisis y un gran sufrimiento en las familias. Por tanto, necesitamos del Estado. Somos municipalistas. Los fondos deben gestionarse allí donde se conocen y se abordan las necesidades de las personas. Servicios sociales universales y de proximidad. En estas tres décadas son los ayuntamientos los que vienen soportando con sus fondos propios el desarrollo del Plan concertado.

El Consejo General de Trabajo Social, en representación de estos cuarenta mil trabajadores, que conocen la realidad de los vecinos día a día, se pone a disposición, como expertos en esta materia, para colaborar con las administraciones públicas al menos durante otros treinta años, al objeto de que se puedan producir los cambios legislativos presupuestarios necesarios que garanticen los derechos sociales y se concreten en una mejor calidad de vida. Los profesionales del trabajo social no nos acostumbramos a ver día a día en los centros de servicios sociales municipales a familias, menores, personas mayores, personas con discapacidad, jóvenes sin futuro, mujeres golpeadas, gentes llamadas vulnerables, excluidas, pobres, gentes de bien que sufren para que al día siguiente no sea el peor de sus vidas. Por ello, instamos a los partidos políticos para que exijan al Gobierno de España que reponga los fondos del Plan concertado, como mínimo los mismos que en 2011, cuando se empezaron a producir los grandes recortes, y a que se mantenga un compromiso financiero estable que garantice la viabilidad del sistema público de servicios sociales y el Plan concertado.

Los servicios sociales y el Plan concertado han generado empleo, riqueza, cohesión social y fortaleza en las ciudades. Sin lugar a dudas, fue un acierto. Y en esta plena convicción, les emplazo a ustedes, señorías, a que tengan en consideración las propuestas que desde el Consejo General del Trabajo Social presentamos esta tarde. Nuestro compromiso con el sistema público de servicios sociales, cuarto pilar, es ahora cuando más lo necesitamos.

Gracias por su atención.

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

Es ahora el turno de los grupos, empezando por el que ha solicitado esta comparecencia, el Grupo Parlamentario Socialista. La señora Martín tiene la palabra.

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

Señora Vicente, muchas gracias, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, por acudir a esta comparecencia, porque nos parecía muy interesante que pudieran ofrecer su visión hoy, después de treinta años del Plan concertado.

Señorías, fueron ya las Cortes de Cádiz las que aprobaron una ley de beneficencia en 1822, y, aunque, evidentemente, desde las Cortes de Cádiz hasta la Constitución de 1978 han pasado muchos años, en el artículo 9.2 de esta se recoge que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integre sean reales y efectivas. Creo que este es el gran paso que se da desde ese modelo de asistencia social que había antes de 1978 hacia la consolidación de un sistema público de servicios sociales ya en la etapa democrática. Lógicamente, ello se ve completado con las transferencias a las comunidades autónomas, con su parte buena y con su parte menos buena. Ese traspaso de competencias se completa en 1995, y a partir de ahí empiezan a desarrollarse las diferentes leyes autonómicas, y, si no me equivoco, algunas comunidades autónomas ya han hecho leyes de segunda y de tercera generación, que han ido mejorando el sistema.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 28

Usted viene en representación del consejo general y así considero que representa a todos los trabajadores sociales. Pero hoy en mi pequeña intervención quiero reconocer a todos los profesionales que durante tantos años han hecho realidad este sistema público de servicios sociales, muchos de los cuales han dejado su huella, no me cabe ninguna duda. Usted decía que son 40 000, pero me va a permitir que haga un pequeño guiño territorial. Soy diputada por la provincia de Toledo, pertenezco a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y quiero hacer mi pequeño homenaje a María Dolores Calvo, Manoli Perea, María José Rodríguez, Milagros Morales, Nines Martínez y tantos otros profesionales de trabajo social de los que aprendí tantísimo, porque fueron muchos años trabajando con ellos. Estos equipos profesionales se vieron completados después con otras figuras profesionales que también han aportado valor al sistema de servicios sociales y por eso creo que merece la pena que también nombremos a educadores sociales, psicólogos y profesionales de otras muchas disciplinas que se han ido incorporando a los equipos. Pero no sería justa en esta intervención si no reconociera hoy la figura de Matilde Fernández, por su gran compromiso social. Fue ministra de Gobierno socialista entre 1998 y 1993 y con ella se aprobó el Plan concertado en 1988, ese Plan concertado de prestaciones básicas de servicios sociales de las corporaciones locales, como se llamaba entonces, que vio la luz en 1988, un plan concertado desde la cooperación en el que se comprometían la Administración General del Estado, la Administración local y la Administración autonómica, que ya había consolidado también sus transferencias, aunque no todas las comunidades autónomas. Ese fue el impulso definitivo de consolidación de la red básica de atención primaria del sistema público de servicios sociales, donde tantos años he compartido trabajo y al que debo tanto reconocimiento.

Se cumplen treinta años de la implantación del Plan concertado y, según los datos recogidos en el ministerio, la red se ha implantado en 5610 municipios, pero también hay que reconocer que todos los municipios están integrados en la Red Básica de Servicios Sociales, con los diferentes modelos de atención que han ido configurando las comunidades autónomas. Y sí, treinta años después hay que reivindicar ese modelo de pacto al que usted hacía referencia, porque supone cohesión social y cohesión territorial. El Grupo Parlamentario Socialista considera que es imprescindible la presencia de la Administración General del Estado y que no se puede dar ni un paso atrás respecto a ella, porque es la forma de conseguir la igualdad efectiva, en la que, desde luego, en nuestro grupo sí creemos. Respeto al Estado autonómico, por supuesto, pero respeto a la equidad también, y eso se logra con el arbitraje permanente de la Administración General del Estado. Treinta años después hay muchas trabas que hay que sortear, y la más importante es la económica —usted la ha mencionado—, porque en momentos de crisis hacen más falta los servicios sociales. Ha hablado de un incremento del 37 % en las demandas, pero además hoy se necesita una intervención social más intensiva, de mayor profundidad que en otros momentos que no son de crisis.

He traído esta gráfica, que es de la memoria de 2016, y muchos de los que estamos en esta sala seguro que la hemos visto. **(Muestra un gráfico)**. Recoge los datos que están publicados en la página web del ministerio y en la memoria 2015-2016. Luego, estos datos están ya completamente desfasados. Necesitamos mayor compromiso económico, el Estado no puede seguir menguando su compromiso. Esta gráfica habla del 1,8 %, y, según los datos de la Asociación de Gerentes y Directores de Servicios Sociales, lo que aporta la Administración General del Estado está en torno al 3 %, y entre 2011 y 2018 se ha ido mermando la aportación. Se partía de 86,6 millones de euros, y en 2018, pendiente la aprobación de los presupuestos, creemos que al menos serán un 40 millones, igual que el año pasado —está sin desglosar, no conozco la cifra exacta que va a ir al Plan concertado, aunque confío en que no baje de esos 40 millones—, si bien vamos a seguir reivindicando que se repongan las cifras de 2011.

Nosotros creemos en el modelo de concertación entre administraciones, creemos que el Plan concertado es un buen modelo, que lo fue y puede seguir estando vigente. Por supuesto que puede ser revisable y que tendrá que ser actualizado, pero creo que se puede hacer esa revisión con compromiso. Treinta años después de ese 1988 tenía una pregunta: qué medidas considera imprescindibles. Pero he tomado nota de todas las que ha expuesto, porque ha venido con propuestas muy concretas, y se lo agradezco. No obstante, me gustaría que explicitara mínimamente qué consideraciones perciben desde el Consejo General de Trabajo Social sobre el futuro del Plan concertado, enfocándolo desde esa opinión que defienden algunos expertos de que este modelo de concertación puede estar ya desfasado y quizá tenga que tocar a su fin, una idea que no comparto. Me gustaría que nos diera la visión del consejo general.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 29

Muchísimas gracias por haber venido. Traslade nuestros saludos a la presidenta, Ana Lima, quien seguramente leerá estas intervenciones.

Gracias, señor presidente.

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

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

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: Gracias, señor presidente.

Doña Emiliana Vicente González, muchísimas gracias por su comparecencia. En primer lugar, he de agradecer la intensidad de su exposición, tan extensa. Será de las veces que va a resultar un encanto poder revisar el *Diario de Sesiones*, ya que no nos ha dado tiempo a tomar notas, porque usted ha tocado absolutamente todos los temas. Tenía una intervención preparada, pero algunas de las preguntas ya las ha contestado, así que, improvisadamente, sobre algunos asuntos de los que ha hablado usted, voy a ir haciendo algunas reflexiones y preguntas intercaladas que me han surgido al hilo de su intervención.

El objeto de esta comparecencia, como usted ha dicho, es el Plan concertado, ese gran pacto de Estado, un balance treinta años después —evidentemente, todos los grupos estaremos de acuerdo en que hay que recuperar esos fondos de 2011—, y lo ha valorado como un avance significativo. Ha hecho un repaso histórico de lo que supuso la Constitución de 1978, la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local, las prestaciones de servicios sociales del sistema público en municipios de más de 20 000 habitantes. Ha hablado de esos hitos en el avance mediante dos vectores: la legislación y ese modelo de gestión. También ha hecho referencia a lo que suponía el área y esa nueva formación que conllevó el trabajo social. Antes la compañera del Grupo Socialista dijo que le permitiera un pequeño guiño. Yo quiero hacer otro con respecto a mi compañera portavoz en mi ayuntamiento, porque cuando fui concejal, ella era trabajadora social y dio el salto a la política activa y está haciendo un gran trabajo en mi municipio.

Estoy totalmente de acuerdo en que el corazón de este servicio público debe ser la Administración más cercana a los ciudadanos, que es el municipio, y este catálogo de prestaciones, como usted ha dicho, debe de garantizarse con igual aplicación y efectividad en todo el territorio nacional. Los datos que ha dado acerca del peso de su distribución son sorprendentes —también los conocíamos—: 2,9, 34 y 63 % respectivamente, alejados de ese reparto entre un tercio, un tercio y un tercio al que aludía en referencia al sistema tripartito. Cuando ha reconocido que existe una inequidad en la prestación de estos servicios, me gustaría saber —como usted ha dicho hay diecinueve sistemas y debe haber una ley marco estatal que regule, que haga de mediadora, de árbitro— qué opina usted de un sistema de información único en el que todo el mundo salga en los indicadores, en los ratios y en los números, que siempre sale mal, qué comunidad queda peor y qué piensa usted de una tarjeta socio-sanitaria única.

Nosotros también defendemos, igual que en el tema de las pensiones, que debe de garantizarse lo público, por supuesto. Estamos de acuerdo en que esa financiación debe ser una inversión, no un gasto —eso lo hemos dicho en distintas comparecencias—, pero me ha parecido entender que rechazaba un poco el modelo de financiación complementaria. No me ha quedado claro. ¿Me podría aclarar este aspecto? Le podría poner un ejemplo que está relacionado, que es el tema de los complementos que existen en otros países —de hecho, este Gobierno ha cogido lo de la equis solidaria, pero se puede imaginar que hay otra fuente de financiación alternativa— que creo que son plenamente compatibles y también están basados en la innovación social.

En cuanto a la ratio de trabajadores, ha hablado de que existen 10 800 habitantes por trabajador social y que plantean una ratio de 1700 habitantes por trabajador social. Eso, si hacemos las cuentas, es casi incrementar por diez la ratio de trabajadores sociales. Lo lógico es que se aproximen a ratios de otro ámbito o incluso que se armonice con otras zonas de la Unión Europea. Como le he dicho, Ciudadanos es un firme defensor de esa integración de sistemas.

Para concluir le voy a hacer varias preguntas que tenía preparadas. ¿Cómo valora la eficacia de estas leyes autonómicas de servicios sociales? ¿Considera que garantizan ese nivel aceptable de equidad en el conjunto del territorio, y comparativamente entre estas comunidades autónomas a la hora de garantizar estos servicios? ¿Qué valoración hace de la figura del trabajador social en la Administración? ¿Considera preciso que se incorporen a otro ámbito o que se le atribuyan nuevas competencias?

Muchísimas gracias.

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

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 30

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

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

En primer lugar, muchísimas gracias por su comparecencia en esta Comisión y sobre todo por la labor que realiza desde hace muchísimos años ya el Consejo General de Trabajo Social.

Estamos de aniversario, estamos en el treinta cumpleaños del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales que, como bien ha dicho usted, es una red que está implantada en más de cinco mil municipios, que atiende casi al 97% de la población y que es un servicio para todas aquellas personas que lo necesiten. Hablan de que hay ya 40 000 trabajadoras y trabajadores sociales en todo el Estado. Creo que sería necesario mencionar en qué condiciones laborales precarias están todas las trabajadoras y trabajadores sociales atendiendo como puerta de entrada, como bien ha dicho usted, a todas las emergencias sociales que se viven en todos los municipios.

Creo que es muy interesante la valoración que ha hecho de la historia, de cómo ha ido evolucionando la financiación que se destina al Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales. Tenemos que mencionar que en los años noventa se estaba financiando desde el Estado el 25% y a día de hoy el Estado financia un irrisorio 2,9%, las comunidades autónomas un 34% y que las entidades locales, los ayuntamientos, absorben el 63% restante para atender a las demandas. Creo que solamente con este modelo tripartito de financiación se pone en tela de juicio directamente la equidad entre los diferentes territorios. Si en 2012 el plan concertado de prestaciones básicas tenía 47 millones de financiación, en 2013, 2014 y 2015 se desciende a 28 millones de euros y, como ha dicho la compañera del Grupo Socialista, ahora planteamos que serían unos 40 millones, que tampoco sabemos exactamente cuánto puede ser en estos presupuestos que se están debatiendo por la opacidad del modelo. Por eso le pregunto directamente si usted cree que es justo y equitativo el reparto de la financiación entre las tres entidades, Estado, comunidades autónomas y ayuntamientos, y a qué cree el consejo que se debe esta dejación de responsabilidades, la falta de financiación por parte del Estado, y el aumento de entidades privadas. Como usted también ha dicho, el Plan concertado tenía intención de dejar atrás la beneficencia y la caridad, y yo le pregunto directamente si ustedes valoran desde el Consejo si no está habiendo una involución de los derechos sociales en nuestro país en este 30.º aniversario.

Comparto cuestiones que también han señalado otros portavoces que me han precedido en el uso de la palabra sobre que en años de crisis o de estafa se ha aprovechado por los diferentes Gobiernos que hemos tenido para hacer procesos de desmantelamiento y de privatización directamente de los servicios sociales. Creo que eran los años donde se vivía una pobreza y una exclusión social que llegaba al 28,6%, según los informes Arope; justo en esos años fue cuando desmantelaron todos los servicios sociales y empezaron todo este proceso. Por eso le pregunto directamente cómo lo viven quienes ven que no se puede atender a estas situaciones dramáticas y, sobre todo, cómo lo viven en primera persona las trabajadoras y los trabajadores sociales viendo que se quedan solos dando alternativas desde su despacho. También quisiera saber si es posible realizar una atención especializada y una atención primaria y, como ya han dicho todos los compañeros, el número de ratios que se necesitaría para poder atender estas situaciones. El Gobierno ha dejado solas —creo que tenemos que ser claras y decirlo— a las administraciones locales y a las corporaciones locales frente a esta atención, y han dejado solas a las trabajadoras sociales en sus despachos y en sus centros de atención directa en los barrios.

Apostamos, igual que usted, por una defensa de los derechos sociales, dejando atrás el sistema de beneficencia y caridad al que nos están sometiendo últimamente. Creemos, igual que ustedes, que es necesario hacer una modificación de la Constitución para garantizar los derechos sociales y el acceso a los servicios sociales como un derecho fundamental. Creemos que es urgente abordar ya la ley marco de servicios sociales que garantice el principio de equidad entre todos y un aumento de financiación y una prevalencia del sistema público y no privatizado. Creo que en días como hoy es interesante ver cómo todos los grupos planteamos elogios al Plan concertado de prestaciones básicas porque hay una comparecencia, pero cuando otro grupo trae una proposición no de ley para aumentar la financiación, los mismos que hoy lo elogian votan en contra o se abstienen. Es curioso escuchar hoy las palabras de esos grupos.

Seguimos, igual que ustedes, diciendo que es necesario un sistema de servicios sociales universal y de proximidad, que debe ser cercano al ciudadano. En cuanto a las ratios, apostamos directamente por los 1700 usuarios por trabajadora social y por dar importancia a la intervención social. Creo que es

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 31

necesario que los trabajadores y las trabajadoras sociales no sean vistos como meros gestores de recursos, porque no son eso, realmente son profesionales de la intervención social. Creo que es necesario, también, derogar la reforma de la Administración local, como ustedes planteaban.

Le pregunto, y lo comparto con otro grupo que también lo ha mencionado, cómo valoran ustedes la implantación que se quiere hacer desde el Ministerio de Empleo de la tarjeta social o la tarjeta de pobre, como nosotros a veces le llamamos. Me gustaría saber si ustedes creen que ese es el modelo que habría que aplicar, si está a la altura para acabar con las tasas de pobreza y exclusión social que tenemos. También le queremos preguntar —no es en concreto sobre el Plan concertado— cuál es el papel que ustedes creen que tienen que jugar las trabajadoras y los trabajadores sociales dentro del ámbito de la justicia, de los juzgados de violencia de género, del mundo sanitario, de los juzgados de familia. Se tiene que entender que las trabajadoras y los trabajadores sociales pueden hacer muchas más funciones fuera de los servicios sociales y de otros ámbitos y que debería ser una visión transversal de muchos más sistemas.

En definitiva, les quería señalar la financiación irrisoria que nos plantean una vez más en los Presupuestos Generales del Estado. Me gustaría que nos dijera si con esa financiación es posible hacer una intervención comunitaria, si es posible hacer realmente lo que los profesionales de los servicios sociales saben. Se me acaba el tiempo.

Muchísimas gracias por la intervención, sobre todo por la labor que realizan de apoyo, de orientación y de formación a todas las trabajadoras y a todos los trabajadores sociales —compartimos con ustedes una máxima y es que la persona es vista y tiene que ser respetada y es un sujeto de derechos— y por la fiel defensa de un sistema público y universal de servicios sociales, siendo el cuarto pilar básico del sistema de protección social. Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor De Arriba

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Gracias, presidente, señorías.

En primer lugar, quiero agradecerle, señora Vicente González, su presencia hoy aquí en esta Comisión en la que ha hecho balance del Plan concertado; plan que, como usted bien ha dicho, se inició en 1988, en una etapa en la que se estaba perfeccionando nuestra actual arquitectura autonómica, en la que aun no estaba suficientemente estructurado su modelo de atención social y las regiones no tenían la capacidad plena ni las competencias para ejercer políticas sociales.

A pesar de las enormes dificultades económicas soportadas años atrás en nuestro país, años con una terrible crisis, años en los que estábamos al borde de la quiebra técnica, en una situación de emergencia y en los que se puso en peligro nuestro tesoro más preciado, que es el Estado del bienestar, a pesar de ello, repito, el Gobierno del Partido Popular desplegó una amplia agenda reformista, orientada a devolver a España a la senda del crecimiento y a la generación de empleo para poder llegar a pagar esas facturas a las que usted hacía referencia en su intervención, garantizando al mismo tiempo el mantenimiento del Estado del bienestar. Siempre hemos intentado realizar un esfuerzo por mantener los créditos destinados al Plan concertado con un programa de colaboración técnica y financiera entre las administraciones estatal, autonómica y local, independientemente de la asunción de competencias por parte de las comunidades autónomas. Las comunidades autónomas, sin lugar a dudas, tienen que asumir sus competencias y, por tanto, también sus propias responsabilidades. Se ha conseguido, con el trabajo de todos y con el modelo que nos hemos querido dar todos los españoles, que las comunidades autónomas cada vez tengan mayor capacidad de gestión y una capacidad suficiente para ejercer sus propias competencias, y al final haré una reflexión a este respecto.

Sabemos que la reducción de créditos aportados a este plan comenzó en el año 2010. Yo no voy a mencionar, porque consta en el *Diario de Sesiones*, algunas declaraciones de los responsables del Gobierno en aquellos momentos, pero lo que quiero decir, señorías, es que gobernar significa tomar decisiones, significa priorizar, y durante estos últimos seis años se han aplicado o se han destinado importantes recursos, relevantes cantidades de nuestro presupuesto, a medidas, a planes, a actuaciones dentro del ámbito de las políticas sociales.

El Estado del bienestar, como digo, es uno de los grandes triunfos que hemos logrado todos los españoles de nuestro país. Sin embargo, durante la última etapa, insisto, su viabilidad estuvo seriamente comprometida. Por este motivo, y conscientes de su importancia, nuestro partido puso en marcha numerosas políticas para asegurar ese futuro; medidas como la subida de las pensiones por ley, porque

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 32

también se ha hablado en esta comparecencia de pensiones —hoy se pagan más pensiones y a más pensionistas que nunca—; el trabajo realizado y el esfuerzo por garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, universal, público y gratuito; la educación también continúa siendo universal, pública y gratuita, soporte de la igualdad de oportunidades y con una partida de becas para estudiantes que alcanzará en este ejercicio de 2018 los 1450 millones de euros, 282 más que en el ejercicio 2011. En materia específica de servicios sociales se ha elaborado el catálogo de referencia de servicios sociales, se ha garantizado el Plan concertado y, según los últimos datos disponibles, que aportó el secretario de Estado de Servicios Sociales en su comparecencia de presupuestos, se financiaron un total de 1253 proyectos, 1238 centros de servicios sociales, nueve albergues y seis centros de acogida que afectan a 6308 municipios. Se ha aprobado el Plan Integral de Apoyo a la Familia; se ha puesto en marcha el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia; han entrado en vigor leyes fundamentales que modificaban el sistema de protección de la infancia y adolescencia; la estrategia de juventud y su plan de acción; se elaboró el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social; se aprobó el texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social; el Plan de acción sobre la estrategia de discapacidad; se actualizó la Ley del Voluntariado; se aprobó la Ley del Tercer Sector de Acción Social; además de consignar 3000 millones de euros para poner fin a las deudas de las administraciones autonómicas con las entidades sociales.

Me gustaría que me dejaran hacer dos reflexiones que me parecen muy importantes. En primer lugar, se ha hablado aquí de compromiso económico. Creo que todos tenemos una gran oportunidad estos días, y me refiero a la aprobación de los Presupuestos Generales del Estado para 2018. Estos presupuestos tienen una clara vocación social y no voy a enumerar la cantidad de ventajas que tienen para muchos ciudadanos. Son unos presupuestos decisivos para conseguir que la buena marcha de la economía llegue a todas las personas y que nadie, absolutamente nadie, quede atrás. Señorías, respecto de las de 2017, las transferencias que se realizan a los entes territoriales se incrementan en este presupuesto en un 3,6%. No les vamos a dejar solos, como se ha dicho aquí. Pasamos de una financiación de 119 002 millones a 123 250 millones de euros, y eso no es ninguna opacidad, es la mayor cantidad que han recibido nunca los entes territoriales, lo que supone 4248 millones de euros más a añadir a los 5500 del pasado ejercicio 2017 para el conjunto de la financiación de las comunidades autónomas y entidades locales, de los cuales 4000 millones son de incremento para comunidades autónomas y 248 millones de incremento para las entidades locales. Hay que decir también a algunos grupos políticos que han estado hablando aquí de falta de presupuesto que sus enmiendas a los Presupuestos Generales del Estado suponen en un caso 8000 millones de euros más y en otro caso, en el de Unidos Podemos, de 14 000 millones de euros más. Entiendo que también es bueno decir de dónde van a salir esos 14 000 millones, si es de la subida de impuestos. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia).**

En segundo lugar —y ya concluyendo—, permítanme que volvamos a reiterar la necesidad, que yo creo que es lo vital, de consensuar un nuevo modelo de financiación autonómica y local; un modelo justo y suficiente, que mejore sobre la base del interés general, en el que se ponga por delante el bienestar de las personas —como usted bien ha dicho, lo primero son las personas— para que puedan acceder a unos servicios públicos de calidad y en condiciones de igualdad y que busque nuevos instrumentos y elementos de cohesión social y territorial.

Señora Vicente, hemos escuchado atentamente su exposición, su balance, y tengo que decir que el Gobierno es consciente de la necesidad de impulsar y priorizar los servicios sociales; somos conscientes, además de que nos debemos al bienestar social y que es por los ciudadanos, primero las personas, por quienes debemos continuar trabajando.

Me gustaría finalizar con una pregunta. Ha hablado de la ratio, de pasar de los 10 800 a 1700 y ha hablado también de que los treinta y seis colegios o el Consejo están trabajando en una propuesta de servicios sociales. Me gustaría saber cómo está ese trabajo, ese estudio y qué previsión tienen de finalizarlo para poder conocerlo.

Muchas gracias.

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

A continuación tiene la palabra la señora Vicente para responder a los grupos y hacer las consideraciones que crea oportunas.

La señora **VICENTE GONZÁLEZ** (Secretaria general del Consejo General de Trabajo Social): Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 33

En primer lugar, gracias por el reconocimiento y por el agradecimiento que hacen todos los partidos a nuestra intervención esta tarde aquí, que lógicamente es muy importante.

Antes de nada, no puedo por menos que reconocer y agradecer el trabajo del resto de compañeros, de profesionales del ámbito de las ciencias sociales y de las políticas sociales. Yo estoy aquí en calidad de secretaria general del Consejo General de Trabajo Social y, por tanto, me centro en la figura del trabajo social, pero también porque dentro de lo que es el sistema público de servicios sociales, de este cuarto pilar, nosotros defendemos que el profesional que vertebra la intervención social es el trabajador social, y el resto de profesionales, educadores, psicólogos, sociólogos, animadores, terapeutas, médicos, abogados es personal complementario del sistema, necesario en el sistema, y además, nos necesitamos. No es que nosotros como trabajadores sociales les necesitemos a ellos, no, es que nos necesitamos todos porque quienes nos necesitan son los ciudadanos y las ciudadanas, y eso no se puede hacer de otra manera si no es con un trabajo interdisciplinar y coordinado. Por tanto, mi reconocimiento al resto de compañeros dentro de este ámbito, dejando claro que el profesional de referencia en el ámbito del sistema público de servicios sociales son los trabajadores sociales, como en el ámbito —lo decían por ahí también— de la justicia, claro. Hay trabajadores sociales que son personal complementario, porque no es el profesional que vertebra el desarrollo en el ámbito de la justicia. **(El señor presidente ocupa la Presidencia)**. También hay trabajadores sociales en el ámbito de la educación que vienen a trabajar conjuntamente con trabajadores sociales; y también pasa lo mismo en salud. En fin, el trabajo social está no solo en servicios sociales, aunque en servicios sociales estamos mayoritariamente, sino también en el ámbito de la Administración pública, pero también en otros ámbitos de las ciencias sociales. Por tanto, existe la necesidad de ir de la mano y en absoluta cooperación, pero hay que dejar claro que la figura de referencia inicialmente para la elaboración de diagnósticos sociales para la elaboración del informe social son los y las trabajadoras sociales.

Guadalupe ha hecho referencia a Castilla-La Mancha. Yo empecé en el año 1988 con el famoso PRAS, con Bono, en un pueblecito de la provincia de la serranía conquense. En aquel año 1988 éramos las del Panda; en el año 1988 no había ni centros de servicios sociales, atendíamos en los bares. Se ha dicho que se llega a cinco mil y pico municipios. Esta red está en los 8114 municipios que tiene este país, porque en cualquier barrio y en cualquier pedanía, no solo municipio, hay un trabajador social, y va a ir no sé qué día de la semana y no sé en qué franja horaria, pero va a estar. Por tanto, los trabajadores no solo están presentes en cinco mil y pico sino en todos los municipios, en todos los barrios, en todas las pedanías del territorio.

Decías que si el modelo está desfasado. A ver, el modelo no está desfasado. El modelo, aun no teniendo el nivel de desarrollo, de acompañamiento presupuestario que posiblemente debería haber tenido si hubiera evolucionado de manera normal, año a año, no está desfasado. Creemos que eso ha sido un pacto de Estado de primer orden en los años ochenta. Tenemos que seguir manteniendo el modelo, tenemos que reforzarlo, y hay que apostar por limar esas diferencias político-ideológicas que vemos aquí, y que se ven todos los días en los parlamentos, en este, en los autonómicos y en los propios plenos municipales. Estamos ante una situación de verdadera crisis y es obligado que desde ahí el ámbito de la política ponga cordura a una situación así para que no sigamos generando situaciones de mayor pobreza. Decía usted que desde la política se dan datos y se dan números de proyectos. La política es número, pero no puede ser que los números nos lleven a tener más pobreza, más desigualdad social, más situaciones de exclusión. Esto es lo que nosotros vemos en la arena, en lo cotidiano, en lo de todos los días. No nos sirve de nada decir que tenemos tales números. ¿En qué se ve la operatividad y qué es lo que está pasando en los barrios, en los territorios, en los municipios? Lo que está pasando es que ahora mismo los índices de desigualdad y de pobreza son mayores. Por tanto, pedimos una reflexión al respecto.

Se hablaba de la ley marco. Sí, sin lugar a dudas creemos que tener diecinueve modelos no ayuda a que haya un fortalecimiento del sistema. Teniendo como referencia que hay un elemento descentralizado de competencias autonómicas, que nosotros lo respetamos, lógicamente, creemos que tiene que haber elementos de mínimos que deben estar garantizados en todo el territorio. Esto —y lo enlace con el tema de la tarjeta social— quizá nos lo tendríamos que plantear. Por ejemplo, yo tengo una tarjeta sanitaria y si tengo un problema de salud se me atiende aquí, y si mañana estoy en Castilla-La Mancha, en Pamplona o en Tenerife, se me atiende igual, ya se entenderán las administraciones como corresponda, pero a los ciudadanos no les afecta, porque tenemos una situación de mínimos garantizada. Con el tema de la tarjeta social deberíamos plantearnos también esto, y no que la tarjeta social venga a ser un elemento de control sobre las situaciones más peregrinas y más perentorias. Esto es lo que nosotros cuestionamos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 34

respecto a la tarjeta social. Para eso hay un elemento que igual nos tenemos que plantear, que es que el empadronamiento no puede ser un elemento para garantizar la atención dentro del sistema público de servicios sociales, porque no lo es en el sistema de salud. A mí no me preguntan si estoy empadronada en cualquiera de los lugares que he dicho, y sin embargo, en servicios sociales sí. Si tú no estás empadronada en tal sitio no tienes acceso a los recursos que se desarrollen en ese territorio.

Con el tema de la Ley de dependencia lo que hemos visto, por ejemplo, es que en ese desarrollo territorial las diferentes comunidades autónomas tienen distintos ritmos, que también es lógico. Nosotros hablamos de unos mínimos, pero luego también hay que entender que hay sensibilidades políticas que apuestan más por políticas sociales y, por tanto, no se puede decir que todos llegamos a ocho y que no pasamos de ocho, sino que si hay sensibilidades políticas que dicen: No, yo quiero apostar por dar más calidad de atención y más prestaciones sociales a mis ciudadanos. Bien, dejemos ese margen. En el tema de la dependencia lo que ha pasado —hablo de Madrid, porque trabajo en un municipio de esta ciudad— es que como la Comunidad Autónoma de Castilla y León gestionaba el tema de la Ley de dependencia desde el sistema público de servicios sociales, desde los municipios, y los implicó en el proceso desde el inicio hasta el final —y es verdad que funcionaba razonablemente bien—, había ciudadanos que vivían en un pueblo de Madrid, a tres kilómetros de Segovia, que se empadronaban en Segovia y se iban a hacer todos los trámites porque allí tenían derecho y aquí no. Esto es lo que nosotros decimos que habrá que revisar, porque necesitamos una ley marco que nos dé garantía de mínimos para que no haya diferencias. Repito que si yo tengo un problema de salud y me voy a otra ciudad no me van a hacer nuevamente una valoración del problema de salud que tengo, porque ya lo tengo hecho, sino que me van a dar la atención que necesito. Pues con la dependencia no es lo mismo. Tú te vas a otra comunidad autónoma y te empiezan a hacer la valoración de dependencia. Además, igual los recursos y las prestaciones que tienes en esta comunidad autónoma en aquella no los tienes. Esto es lo que venimos a decir que tendremos que ver cómo se ordena, respetando las diferencias territoriales y la gestión autonómica, pero generando un espacio de mínimos.

Decían, ¿es justo el reparto de la financiación? No, visto así, blanco sobre negro, sobre papel, no, tenemos grandes diferencias territoriales por las que lo que los ciudadanos reciben en unos territorios no lo reciben en otros. Habría que ver cómo se ordena esto para que estas situaciones no se puedan dar. Es verdad que en estas situaciones de recorte y de crisis, también nos estamos encontrando con que hay aspectos de subsidiariedad de la Administración Pública para con el sector privado. Está pasando. Llegas a los centros de servicios sociales y no tienes los medios, las prestaciones y los apoyos para poder trabajar con las familias y entonces se deriva a Cruz Roja, a Cáritas, a la ONG de no sé qué. Fortalezcamos el sistema público. Si tenemos la red, los equipamientos, los profesionales, toda la estructura, conocemos las necesidades, sabemos las valoraciones sociales de esas necesidades, no montemos otros chiringuitos colaterales ni aparte, vamos a coger esos fondos y a ponerlos aquí, entre otras cosas por que la rentabilidad va a ser mayor, y también la eficacia, sin lugar a dudas, y quienes mejor lo van a ver van a ser los ciudadanos y las ciudadanas.

Claro que no es posible con estos ratios hacer intervención comunitaria. Durante mucho tiempo veníamos hablando de uno por tres mil, y esto significaría que tenemos un trabajador social que está en una zona, que está en un barrio, que está en coordinación con la parroquia, con el centro de empleo, con la asociación de vecinos, con la asociación de discapacitados, que hace un trabajo no solo desde la intervención individual con esa familia, que también, sino un trabajo grupal, y se genera asociacionismo y participación. Lo que se consigue con eso es que la ciudadanía se implique en los procesos de su propia recuperación y en la de su propio entorno y hace intervención comunitaria. Efectivamente, en estos momentos el trabajo de despacho nos tiene bastante asfixiados, y si se está cómodo, se vive, pero no se está viviendo bien, no se está viviendo bien, porque realmente hay elementos que son importantes en la intervención social, que es todo el compromiso de acompañamiento, de fortalecer esos procesos de cambio individualmente a las personas, y por extensión también trabajar, cómo no, con los partidos políticos y con las redes sociales que tenemos, y eso no lo podemos hacer. Esto es importante. Claro que las cifras que decimos pueden parecer bien, es que son las cifras que nosotros entendemos que serían las que nos garantizarían poder hacer una intervención social de primer orden.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre de la Comisión, muchas gracias, señora Vicente González por sus explicaciones, por su comparecencia, por sus palabras, que estoy convencido de que servirán a los grupos para convertirlas en iniciativas que lleven a cambiar las cosas que no nos gustan.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 527

16 de mayo de 2018

Pág. 35

Antes de levantar la sesión les recuerdo que habíamos quedado en que la semana que viene, el miércoles después del Pleno, íbamos a tener una reunión de Mesa y portavoces, pero todavía no sabemos muy bien cómo van a ser los plenos de la semana que viene; o sea que la convocatoria será en función de cómo vaya esa previsión. Habíamos quedado el miércoles al final del Pleno, pero ahora con el debate de los presupuestos no sabemos muy bien cuándo vamos a poder reunirnos. Debéis estar pendientes de la convocatoria para hacer el orden del día de la siguiente Comisión, que será el día 31 de mayo.

Se levanta la sesión.

**Eran las seis y treinta minutos de la tarde.**

cve: DSCD-12-CO-527