



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

Año 2018

XII LEGISLATURA

Núm. 548

Pág. 1

SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 26

celebrada el jueves 28 de junio de 2018

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- Relativa a la hospitalización domiciliaria. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002813) 2
- Relativa a la creación de la especialidad de urgencias y emergencias. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/003335) 5
- Relativa a recuperar los viajes entre islas asociados al turismo social y termalismo saludable. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/003158) 9
- Relativa a garantizar un sistema de información de servicios sociales. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002946) 11
- Sobre medidas para la adecuada atención de los pacientes con atresia de esófago y sus familias. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/003188) 15
- Relativa a solicitar un informe de análisis y propuestas para una gestión de profesionales acorde a los retos actuales y futuros del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/003244) 18

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 2

- Relativa a la necesidad de profesionales en medicina en el sistema sanitario público. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 161/003289) 23
- Sobre ayudas y asistencia a los afectados por iDental. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/003368) 26

Se abre la sesión a las doce y quince minutos del mediodía.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

- **RELATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002813).**

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

Estamos pendientes de la negociación que está habiendo para adelantar algún punto del día, por lo que empezamos con el 1.º para luego ver cómo encajamos el resto. Les recuerdo que quien propone la proposición no de ley tiene siete minutos, los que presentan enmiendas cinco y para fijación de posición tres minutos.

Empezamos con la primera proposición no de ley, relativa a la hospitalización domiciliaria, del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa tiene la palabra la señora Hernández Bento.

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

Señorías, mi grupo está convencido de que la hospitalización en el domicilio es una modalidad asistencial que proporciona atención de calidad a los pacientes, para los que su casa es el mejor hábitat terapéutico por su patología y por su estado clínico. Me gustaría, para empezar, hacer un reconocimiento en nombre de mi grupo a la Sociedad Española de Hospitalización Domiciliaria, Sehad, no solo por su trabajo en el desarrollo de la estrategia HAD 2020 sino también por su compromiso y trabajo en la defensa de esta modalidad, convencidos, tal y como ellos manifiestan constantemente, de que con un poco de visión de futuro la batalla de la cronicidad hay que ganarla en el domicilio de los pacientes. En el PP sabemos que para resolver satisfactoriamente los retos que plantea el futuro de la sanidad es preciso contar con la experiencia de los profesionales que trabajan en ella.

La hospitalización domiciliaria aparece en el año 1947 en Estados Unidos. Por primera vez se tiene en cuenta la importancia del domicilio como escenario terapéutico, la necesidad de tratar al enfermo conociendo el medio en el que vive. Diez años más tarde la Organización Mundial de la Salud fija posición a favor de la extensión de las actividades hospitalarias más allá del centro. En España existe desde el año 1981, pero es cierto que ha evolucionado de manera muy diferente en las distintas comunidades autónomas e incluso dentro de una misma comunidad autónoma entre los diferentes hospitales. Es una prestación ya reconocida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud desde el año 2006 e incluida como actividad propia del registro de actividad de atención sanitaria especializada en el año 2015. Está presente prácticamente en todas las comunidades autónomas y representa casi un 2% del total de las hospitalizaciones en nuestro país. Según datos de 2015, ya son 136 los hospitales que cuentan con hospitalización a domicilio. El total de pacientes atendidos en ese año superó los 100 000 y la media de visitas fue de diez. En la actualidad, optan por este tipo de hospitalización domiciliaria pacientes con tratamientos prolongados motivados por diferentes patologías, como neumonías, infecciones de piel y tejidos blandos; también pacientes crónicos descompensados con EPOC o insuficiencia cardiaca; pacientes con curas complejas que necesitan alta intensidad de cuidados y pacientes que requieren atención paliativa. Todos cumplen con tres premisas: estar estables, tener una buena situación sociofamiliar y vivir en la zona de cobertura. La hospitalización domiciliaria no solo contribuye a mejorar la atención del paciente sino que, además, contribuye a la optimización de los recursos de nuestro Sistema Nacional de Salud, libera estancias hospitalarias —está comprobado que se rebajan en cuatro o cinco días las estancias en hospitales—, evita y previene ingresos innecesarios, actúa como solución a la presión que pueden padecer los hospitales, facilita que el acceso a los recursos de un hospital de agudos sea para quien realmente los necesita, lo que mejora, sin duda, los índices de rotación de patologías agudas y de procesos quirúrgicos. El ahorro en los costes oscila en torno a un 40 y un 60 %,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 3

genera una alta satisfacción entre los pacientes, los cuidadores y los profesionales porque este tipo de hospitalización se sustenta en la colaboración y coordinación de profesionales sanitarios y sociales, el uso de las nuevas tecnologías y la mayor implicación de los pacientes y de sus familiares.

La hospitalización domiciliaria con carácter voluntario permite dar al paciente una atención digna, equitativa, próxima, ajustada a sus necesidades y segura. El hospital del futuro tiene que ser mucho más que un edificio, deben ser organizaciones centradas en las necesidades asistenciales y no en la estructura utilizando de forma intensiva las TIC, los sistemas de información, trabajando con equipos multidisciplinares, implicando a diferentes especialistas y contando con la participación de los pacientes. La transformación de la dinámica de los hospitales sin duda es imposible sin la implicación de profesionales sanitarios, de equipos directivos y de gerentes; por ello se hace imprescindible avanzar en paralelo en la acreditación profesional.

Queremos proponer al Ministerio de Sanidad, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades, la aprobación del diploma de acreditación para los profesionales sanitarios en hospitalización domiciliaria. Otro de los retos —estamos de acuerdo con alguna enmienda que se nos ha presentado— es el de la homogeneización del modelo, que actualmente es muy heterogéneo, con la puesta en marcha de un plan de actuación que extienda este servicio a todos los hospitales españoles, propiciando así un cambio estructural en el Sistema Nacional de Salud, por lo que creemos necesario que se aborde también en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, y desde la coordinación con todas las comunidades autónomas, la promoción de la hospitalización domiciliaria en España porque nos parece necesario para hacer frente a retos como el envejecimiento y la cronicidad.

Muchísimas gracias, señorías.

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

Solo el Grupo Socialista ha presentado enmiendas a esta proposición, por tanto, tiene la palabra la señora Guinart.

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

La hospitalización a domicilio es una modalidad asistencial diseñada para proporcionar una atención de calidad a pacientes que requieren de atención hospitalaria. Se trata de una alternativa al modelo clásico de hospitalización que es aplicable en unos casos determinados y que no suple sino que complementa la tan necesaria atención primaria. La hospitalización domiciliaria, que está aún lejos de estar consolidada y generalizada en España, consiste básicamente en ofrecer al paciente una atención digna, equitativa, próxima, ajustada a sus necesidades, segura y con excelencia; contribuye, además, a la sostenibilidad del sistema y acerca la atención especializada al escenario terapéutico natural, que es el propio domicilio. Esta modalidad empezó a implantarse en España en 1981, en el siglo pasado, en el Hospital Clínico de Madrid, y posteriormente se extendió a otros grandes hospitales España.

La falta de un marco regulador específico y de incentivos dirigidos a promover el desarrollo de estas unidades ha dejado a merced de la iniciativa individual de profesionales convencidos y gerentes emprendedores la creación de unidades en algunos centros hospitalarios. Se trata, como bien apuntamos en una iniciativa registrada antes incluso que la que hoy nos presentan ustedes, de apostar por una cartera de servicios homogénea en todo el territorio contando, como no podía ser de otra manera, con las comunidades autónomas y respetando sus competencias. De hecho, la HAD aparece desde 2006 como una de las prestaciones reconocidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, pero la extensión y consolidación de esta modalidad debe ir necesariamente acompañada de los recursos suficientes desde un punto de vista asistencial para poder dar respuesta en el domicilio a las necesidades de los y las pacientes que puedan beneficiarse de ella. Estas personas tienen que tener a su disposición y a la de sus familias cuidadoras no únicamente los recursos sanitarios sino también los recursos de atención social y de apoyo y actuar coordinadamente con ellos. Asimismo, es imprescindible la coordinación y cooperación con los servicios de atención primaria, a los que nunca deben ni pueden suplir. Es ahí donde adolece su PNL, en no dejar claro este extremo, a nuestro entender, necesario. Ustedes hablan en su iniciativa de envejecimiento y cronicidad y no podemos circunscribir la HAD a estas casuísticas, mayoritariamente atendidas en la primaria. Es compatible en los casos cuya alternativa es el ingreso durante un tiempo determinado en un centro hospitalario y está indicada siempre que sean compatibles los aspectos médicos y el entorno familiar. Es por eso que, aun estando de acuerdo en esencia con su propuesta —como ya dije, también la formuló nuestro grupo, incluso antes que ustedes, de acuerdo con Sehad, Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio—, hemos presentado una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 4

enmienda que incide en el objetivo principal de la HAD, que es la mejora del cuidado de los pacientes de manera que se eviten complicaciones, reagudizaciones y hospitalizaciones innecesarias.

Gracias.

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

Pasamos al turno de fijación de los grupos. ¿El Grupo Parlamentario Vasco va a intervenir? (**Pausa**). No. Por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, señor Olòriz.

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

A la espera de saber si se acepta la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, me reservo el voto. Muchas gracias.

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

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

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

Es indudable el valor de la hospitalización a domicilio en el conjunto de la asistencia sanitaria española. Conozco bien el sistema de hospitalización a domicilio, entre otras cosas porque mi hermano fue uno de los pioneros en este asunto hace veintisiete o treinta años y recuerdo bien sus inicios. Es un sistema que evita ingresos innecesarios, que permite altas tempranas de hospitales, con lo cual se mejora la calidad de vida de los pacientes, se disminuyen también los riesgos inherentes a la hospitalización y sobre todo, y para nosotros es muy importante, contribuye a la humanización de la asistencia.

Es importante definir las fronteras entre la especialización a domicilio, la atención domiciliaria, los cuidados paliativos, porque convergen en la hospitalización a domicilio muchas especialidades y convendría tener claro que esta convergencia no puede suponer delimitación, por así decirlo, cotos de caza, sino más bien fomento de la colaboración entre todos los niveles asistenciales del sistema. También es importante desarrollar la hospitalización a domicilio en lo que se refiere a los cuidados paliativos. Ayer comentábamos que en Andalucía, según el informe del Defensor del Pueblo, el 72% de la población muere en el hospital cuando la mayoría de ellos, más del 50%, preferirían hacerlo en su casa. Para eso es importante también desarrollar la hospitalización a domicilio. Quedamos pendientes de cómo se elabore la transacción, si es que tal existe, para definir la intención de nuestro voto, que sin duda será a favor de mejorar la hospitalización a domicilio como una herramienta esencial dentro del sistema nacional de salud.

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

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

La señora **BOTEJARA SANZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Nos debilitan la atención primaria con una reducción de un 16% de la media de los distintos presupuestos; nos votan en contra de una PNL que contempla reforzar la atención primaria, y esto viene a cuento porque las consecuencias de todo ello son más visitas a urgencias y más hospitalizaciones.

Ahora paso a comentar la hospitalización domiciliaria. El concepto básico de la atención domiciliaria en sanidad es que esta siempre debe ser integral y continuada, por tanto, debe ser coordinada, y esta atención se puede prestar desde el hospital o desde la atención primaria. ¿Cuándo se presta desde el hospital? Cuando la complejidad de la situación del paciente lo requiere y la atención primaria no puede asumirlo. Lógicamente, las dos estructuras deben ir de la mano para que la atención sea de calidad. Como dice la PNL, desde que se iniciara esta modalidad de atención domiciliaria, allá por los ochenta, ha habido una gran variabilidad en todos los aspectos. En mi comunidad fue Eulen quien ofertó este servicio, con una gratuidad de los seis primeros meses, que afortunadamente no se llevó a cabo. Ha habido gran diferencia entre unas comunidades y otras e incluso entre unas provincias y otras. Hace poco más de un año, un consejero de Sanidad, el consejero del Partido Popular de Madrid, ofertó la atención hospitalaria a domicilio a todo Madrid, con un discurso poco organizado, y no conocemos si ustedes tendrán alguna valoración de los resultados desde entonces.

Nos llama la atención que en esta PNL no recoja las conclusiones de estudios sobre resultados ni del coste de este dispositivo asistencial. Solo se comenta la reducción del coste hospitalario entre un 40% y un 60%. No refieren los beneficios de este proceso, que indudablemente los tiene, como evitación de las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 5

infecciones nosocomiales o disminución de la desorientación en personas mayores. Tampoco se contemplan estudios sobre motivos de ingresos; en ocasiones ya sabemos que hay ingresos para estudios o para realizar pruebas complementarias dada las listas de espera, consecuencia de los recortes que hemos tenido, ni cuáles son las patologías que más utilizan este servicio. Da la impresión de tener el objetivo nada más que de reducir la utilización de camas solo por la escasez de estas. La frase que ustedes recogen en la PNL, la implicación cada vez más elevada de los familiares, muestra un desconocimiento de la situación actual. Las familias monoparentales y monomarentales han aumentado en los últimos tres años en más de un 20 %, cada vez son más predominantes, y a esto podemos añadir que la hospitalización a domicilio precisa de cuidadora principal y que estamos, una vez más, echando la carga sobre la mujer. No nos parece serio que esta PNL sea la alternativa al tratamiento de los problemas de la cronicidad, como concluyen ustedes.

Nuestro voto será afirmativo en el caso de que acepten la enmienda del Grupo Socialista.
Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Botejara.
A efectos de la votación, ¿se está trabajando en una transacción?

La señora **HERNÁNDEZ BENTO**: Estamos trabajando en una transacción que presentaremos a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien. La esperamos.

— RELATIVA A LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/003335).

El señor **PRESIDENTE**: Parece que hay acuerdo de los grupos para que en este momento tratemos el que era el punto 7.º del orden del día, que es la proposición no de ley relativa a la creación de la especialidad de urgencias y emergencias, del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra el señor Fole.

El señor **FOLE DÍAZ**: Gracias, presidente.

Me gustaría empezar esta intervención leyendo el acuerdo de la proposición no de ley —aunque estoy seguro de que todos los grupos lo tienen claro—, que es instar al Gobierno a plantear a la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud la consideración de las urgencias y emergencias como especialidad en el nuevo mapa de troncalidad y especialidades que debe regular el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Creo que es conocido por todos que para que se pueda enclavar dentro de la troncalidad, antes debe existir la especialidad, que es lo que ahora mismo estamos debatiendo e impulsando en esta Comisión. Es cierto que no es nuevo, es cierto que ya se ha impulsado desde hace tiempo por la sociedad científica la creación de esta especialidad de emergencias y urgencias.

Quisiera hacer la matización de que, dentro de que, por supuesto, es un tema político y un tema administrativo —todo tiene su trayectoria legislativa—, debemos enfocar la decisión de esta comisión desde un ámbito profesional, sobre todo asistencial, para crear una mejor atención al paciente y una mejor formación profesional para que esa mejor formación al final revierta en una mejor asistencia al propio paciente, que es lo que tenemos que buscar en la Comisión de Sanidad. ¿Dónde estamos actualmente? Esto viene de largo, ha habido una evolución legislativa. Ya el Partido Socialista en el año 1986 aprueba la Ley General de Sanidad; continuó con el Partido Popular en 2003, con la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; en 2003 de nuevo con el Partido Popular, con la ordenación de profesionales de la sanidad; y el PSOE de nuevo cuando gobernaba en el año 2006, con la Ley de 1030, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Hemos podido seguir con una serie de reglamentaciones y ordenaciones. La red sanitaria militar también, en su Orden 2892 de 2015, crea la especialidad complementaria de medicina de urgencias y emergencias en la sanidad militar. Por tanto, no es un componente nuevo, no es una idea nueva, sino que esa especialidad lleva un tiempo instaurada en la realidad de los usuarios que, por desgracia, tenemos que acudir a los hospitales.

Ha habido una evolución legislativa y también tenemos que fijarnos en si estamos solos en esta carencia. Hay un contexto internacional que también marca hacia dónde debemos dirigir nuestras necesidades y nuestras realidades. Ya en los años sesenta en Estados Unidos y Gran Bretaña se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 6

empezaban a comentar este tipo de actividades; en los setenta en Canadá; en los ochenta en Australia; en los noventa se crea la Federación Internacional de Medicina de Urgencias, con cien países asociados; y la Organización Mundial de la Salud en 2008 informa que la Unión Europea debería extender y regularizar la especialización de medicina de urgencias y emergencias. Y no solo eso, sino que creo que también tenemos que tener un entorno y un contexto sociodemográfico y profesional. Desde 1944 llevamos hablando del sistema asistencial público en la Ley de Bases de Sanidad Nacional y hasta ahí la atención de urgencias ha evolucionado como la propia sociedad y sus necesidades. Desde el punto de vista del servicio profesional, han aparecido las APD, los servicios especiales de urgencias, los PAC, las EAP, el 061; es decir, una evolución en lo que estamos ahora planteando. Respecto a los usuarios, vemos que se está produciendo diariamente un incremento del servicio de urgencias hospitalarias, lo cual demanda no solo del profesional sino también del usuario esta mejora de la formación. Hay una cierta sensación de falta de organización estructural y funcional de los servicios de urgencia hospitalarios y también tenemos que tener en cuenta la cantidad de usuarios; ya casi cerca de los 30 millones anuales de servicios en urgencias están entrando en los servicios de urgencia hospitalarios en diferentes hospitales de nuestro país. Desde el punto de vista profesional —hay estudios sobre ello—, es quizá el segundo más numeroso después del de atención primaria, con lo cual están demandando que cuanto más número de profesionales haya mejor tiene que ser la formación para los mismos. Hay una formación diversa, no generalizada, al no existir un MIR que ocupe la especialización en esta materia. Desde hace tiempo tienen reconocida la categoría de médicos de urgencias en el Real Decreto 876/2001. ¿Qué se necesita mejorar? El espíritu de esta PNL es evitar cambios en las actividades médicas de los profesionales que ocupan estas especialidades; una homogeneización de la formación de estos profesionales, recalcada y resaltada en cada una de las recomendaciones de los diferentes organismos nacionales e internacionales; la creación de una especialidad de médicos de urgencias y emergencias como una especialidad primaria e independiente; evitar compartimentos estancos; o lo que a veces produce un cierto rechazo a ocupar estas áreas, que es una percepción de temporalidad en los profesionales que están en las mismas. Hay también unas necesidades que creo que son imprescindibles: tienen que cumplir unos criterios para la creación de una nueva especialidad, que exista un cambio de acción específico y una demanda social —30 millones de usuarios creo que es una fuerte demanda social—, que exista un cuerpo doctrinal, que existe, y que se desarrolle un programa de formación para estos profesionales. Creo que hay otras situaciones, otras características y otras razones que llevan a que la creación de esta especialidad tenga la aprobación de esta Comisión respecto a lo que se pretende. Es una especialidad deseada por futuros profesionales. Hay estudios de diferentes universidades españolas en los que, en encuestas a los estudiantes de medicina, más del 50 % estarían dispuestos a elegir esta especialidad en el futuro MIR si estuviera reconocida como especialidad. Es un papel imprescindible que a veces no tenemos en cuenta, pero cuando hay catástrofes o accidentes con múltiples víctimas, los servicios de emergencias y urgencias, que siempre son los que están primero ahí y a los que se pide una mejor formación y una mayor preparación, a veces van con lo que pueden, con lo que tienen, lo primero de ello su voluntad, su espíritu de mejor asistencia al paciente, pero creo que hay que recordar que cuando, por suerte, pasan esporádicamente estas situaciones, ellos son los primeros que acuden. Hay que adaptarse a directivas europeas, como también recalcan algunas de las normativas de los diferentes países de la Unión Europea que ya tienen esta especialidad y mitigar ese miedo a un aumento del coste en el momento en que se pueda producir la creación de esta especialidad. Creo que no debemos obviar el momento en el que estamos.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene que ir acabando.

El señor **FOLE DÍAZ**: Acabo ya, presidente.

Ha pasado ya por el consejo interterritorial y se ha debatido en esta Comisión, y no podemos olvidar las competencias que tiene la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, que es donde debería decidirse ahora. Creo que el primer paso para no saltar competencias y que se vea una voluntad política unánime a la hora de plantearlo es que esta Comisión apruebe, por unanimidad si puede ser, la propuesta que plantea el Grupo Popular para la creación de esa nueva especialidad.

Muchas gracias, presidente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 7

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

Hay una enmienda presentada por el Grupo Socialista y para su defensa la señora Martín tiene la palabra.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ** (doña María Guadalupe): Muchas gracias, presidente. Buenos días.

La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, recoge en su artículo 16 que corresponde al Gobierno, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, del Consejo de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la organización u organizaciones colegiales que correspondan, el establecimiento de los títulos de especialistas en Ciencias de la Salud, así como su supresión o cambio de denominación.

Esta proposición insta al Gobierno a plantear a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud la consideración de urgencias y emergencias como especialidad y estamos de acuerdo porque lo hemos estado siempre. Ahora bien, permítanme que me sorprenda por que una proposición no de ley publicada el 28 de mayo haya sido priorizada con tanta celeridad. Me satisface que se traiga el tema y que se le dé la suficiente relevancia, pero permítanme que les pregunte por qué no lo hicieron antes. No es por falta de documentos, de propuestas, de reuniones que se han tenido con los interesados, incluso ha sido reconocida por el Ministerio de Defensa en una orden de 2015. Supongo que conocen el informe de los defensores del pueblo, el informe del Consejo Económico y Social, ambos de 2015, y ambos recogen la petición expresa de la creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias; supongo, señorías, que conocen este informe. Pues este informe fue aportado a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y se nos ha aportado a los diferentes diputados; es un informe detallado y lleno de argumentos, lo conocían y lo ignoraban en el ministerio. Ahora, no sabemos el motivo, recuperan este importante tema para decirle al Gobierno que reconozca la especialidad en una proposición no de ley de tres líneas, señoría; tres líneas. Pero aun así, bienvenido.

Hemos presentado una enmienda que esperamos sea aceptada porque pedimos iniciar los trámites a la mayor brevedad para solucionar de una vez el reconocimiento de la especialidad, y les proponemos reiniciar los trabajos de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial de Salud para desbloquear el reconocimiento de esta y otras especialidades que han permanecido congeladas, a pesar de las muchas iniciativas debatidas y aprobadas en esta Comisión, pero hoy especialmente tenemos que hablar de la especialidad de urgencias y emergencias.

Muchas gracias y espero que nos admitan la enmienda.

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

Para fijar la posición de su grupo, señor Agirretxea, por el Grupo Vasco PNV.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Gracias, señor presidente.

El Grupo Vasco ha mostrado siempre su apoyo a la creación de esta especialidad dentro de la medicina, creemos que los argumentos que todos los grupos hemos esgrimido, seguimos esgrimiendo y lo haremos en esta Comisión, son muy parecidos, y no es la primera vez evidentemente que se solicita. Creo que incluso ya consejeros y departamentos de Sanidad de diferentes comunidades autónomas también lo han hecho, lo ha hecho el nuestro también, el del País Vasco, por tanto, lo único que cabe ya es que se tome una decisión unánime y en los mismos términos, dejando ciertas rencillas que puedan existir de 'ponme aquí una coma' y 'quítame este punto' para que pueda plantearse algo en común y se pueda hacer caso a lo que esta Comisión pida, además de lo que hagan las que son competentes en la materia, que son las comunidades autónomas, en el ámbito del ejercicio de la sanidad en cada uno de sus territorios. Espero que de alguna manera vaya para delante de una vez por todas, el nuevo Gobierno asuma esta petición y se pueda crear esta especialidad.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, señor Olóriz.

El señor **OLÓRIZ SERRA**: Gracias.

El ponente en una intervención exhaustiva nos ha explicado bien la magnitud del tema y los años que llevamos trabajando para que se acabe de promulgar de una vez esta especialidad. Es cierto que a veces la óptica desde el Gobierno y desde la oposición se ve de una manera muy diferente, son vidrios muy diferentes, pero esperemos que este Gobierno definitivamente desencalle el tema. Parece que sería

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 8

buena esta unanimidad y que en plazo relativamente breve, como decía la enmienda socialista, relativamente breve, tengamos esta especialidad, y posiblemente otras, en marcha.

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

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

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

Nosotros naturalmente votaremos a favor de la creación de esta especialidad porque de manera programática siempre hemos recalcado la necesidad de homogeneizar los títulos de los médicos especialistas en España con el resto de Europa y esto va en ese camino. Sin embargo, sí que nos gustaría resaltar que el problema de la atención continuada y de las urgencias es un problema también de zonas limítrofes que conviene precisar bien porque la atención continuada debe seguir estando en manos de los equipos de atención primaria, de las zonas de salud, y porque el problema de las urgencias no es exactamente como se ha dicho, el problema de las urgencias esencialmente es que en este país la mayoría de las comunidades empiezan a tener demoras inasumibles en su asistencia por parte del médico de familia, del médico de cabecera. Es difícil que no se colapsen las urgencias si los pacientes tardan tres, cuatro o cinco días en recibir asistencia de su médico de cabecera.

Por todo ello, nosotros creemos que es una buena iniciativa, pero que el problema de las urgencias no es esencialmente esta falta de especialistas, sino el colapso que se produce año tras año, vez tras vez, en los servicios de urgencias cuando viene una gripe o cuando hay cualquier otro problema de salud. Debemos dotar la atención primaria de más medios, de más capacidad y de más y mejores horarios para poder atender de forma continuada a la población.

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 Botejara Sanz.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Tenemos unos profesionales actualmente en los servicios de urgencias buenos no, buenísimos, y en todas las catástrofes para las que nos requieren desde otros países.

En todas las especialidades que nos han traído aquí nos hacen referencia a los países europeos, pero es que en Europa la especialización no es similar a la que tenemos nosotros, no son compartimentos estanco, sino que están más enfocados al futuro nuestro como puede ser la troncalidad. Las áreas de capacitación específicas que comenta en su PNL pueden asemejarse más a las subespecialidades de algunos países de Europa. No sabemos si estamos hablando de una especialidad de cinco años o si estamos hablando de una troncalidad más una formación específica en urgencias de dos años.

Para mi grupo parlamentario es fundamental, y siempre ha sido nuestro posicionamiento en esta Comisión, que se aborde de forma básica lo que es la troncalidad —ya sabemos que el Tribunal Superior lo echó para atrás porque lógicamente iba acompañado de cero euros, que era el motivo fundamental por el que se rechazó—, si se va a hacer, si no se va a hacer y si se va a llevar a cabo o no. Sí que es cierto que con la anterior ministra daba un poco de miedo porque nos podía dismantelar nuestra formación postgraduada en sanidad, que es lo que mantiene en pie nuestra sanidad pública.

Las últimas noticias que han circulado hace poco más de seis meses es que la troncalidad se iniciaría por áreas de capacitación específica o subespecialidades como la de neonatología. Esto es lo último que sabemos, pero, al cambiar el nuevo Gobierno, puede ser que la situación sea otra, que se aborde de una forma seria y después de trabajar en el Consejo Interterritorial de Salud qué perfil y qué formación debe darse a nuestros profesionales para solucionar los problemas que tiene nuestra población, que no es lo mismo que dar alternativas para solucionar expectativas de los profesionales.

Muchas gracias.

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

Señor Fole, a efectos de votación, ¿acepta la enmienda? ¿Habrá transacción?

El señor **FOLE DÍAZ**: Se la pasaremos a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Se está trabajando en una transacción que pasarán a la Mesa. Muy bien.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 9

— RELATIVA A RECUPERAR LOS VIAJES ENTRE ISLAS ASOCIADOS AL TURISMO SOCIAL Y TERMALISMO SALUDABLE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/003158).

El señor **PRESIDENTE**: Volvemos al orden del día y, como no tenemos a la ponente del punto 2.º, tratamos ahora el punto 3.º, que es la proposición no de ley relativa a recuperar los viajes entre islas asociadas al turismo social y termalismo saludable presentada por el Grupo Parlamentario Popular y para su defensa tiene la palabra la señora Reynés.

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

Buenos días, señorías. Esta PNL fue registrada por mi grupo parlamentario el día 3 de abril. Quiero remarcar esta fecha porque la PNL fue redactada y presentada antes de la moción de censura. Así evito que cualquier compañero pueda hacer alguna referencia al oportunismo político por el cambio de Gobierno. No es el caso, señorías.

En esta PNL instamos al Gobierno a recuperar las subvenciones de los viajes insulares desde La Gomera, El Hierro, La Palma, Fuerteventura y Lanzarote hasta Gran Canaria y Tenerife y desde Ibiza, Formentera y Menorca hasta Mallorca para favorecer una participación equitativa de las personas mayores residentes en estas islas en el programa de turismo social del Imsero. Vale la pena reseñar que en España el número de personas mayores de sesenta y cinco años supone el 18,60 % de la población y se prevé que en 2050 se alcancen los 16,45 millones de personas, lo que implica que más de la tercera parte de los residentes del territorio español superará entonces los sesenta y cinco años de edad. Por eso la realidad demográfica de nuestro país requiere más que nunca que los poderes públicos aseguren la promoción de los derechos de las personas mayores y apuesten por un modelo basado en el envejecimiento activo.

En este sentido, cabe destacar la actuación del Gobierno del Partido Popular durante los últimos años, que puso en marcha medidas específicas en favor de este colectivo, como por ejemplo el marco de actuación para las personas mayores, y ha consolidado otras políticas que se han demostrado muy beneficiosas para el conjunto de la sociedad, como los programas de turismo social y termalismo saludable, que en 2018 cumplen treinta y tres y veintiocho años respectivamente. Ambos programas ofrecen de media más de un millón de plazas, suponen 10,5 millones de pernoctaciones, generan una riqueza de casi 435 millones de euros y contribuyen a sostener 104 000 puestos de trabajo. Sin embargo, la importancia de los mismos no solo reside en los retornos económicos que producen, sino que lo esencial son los beneficios que generan a los usuarios, mejorando su salud y calidad de vida, las relaciones sociales, la participación y los hábitos saludables. Por tanto, los programas de turismo y termalismo del Imsero son fundamentales para nuestros mayores y un activo que es necesario preservar, garantizando en todo momento la equidad en el acceso y el disfrute de todos los servicios por sus usuarios, con independencia del lugar en el que residan.

Detectamos que en la última convocatoria, debido al incremento del descuento de residente al 75 % en los vuelos entre islas, no quedaban subvencionados dichos trayectos. Por eso las personas participantes en los programas de turismo social y termalismo saludable provenientes de las islas más pequeñas de Baleares y de Canarias, que generalmente inician su viaje desde las islas mayores, debían asumir un gasto más elevado que el resto de las islas mayores, que no quedaba cubierto por el programa. Los diputados del Partido Popular de las islas menores comentamos este hecho con la ministra Dolors Montserrat, que adquirió con nosotros el compromiso de que, de cara a la próxima convocatoria, esto se modificaría. Esperamos que el nuevo Gobierno cumpla con este compromiso e incluya en la subvención el importe de dichos trayectos.

Por todo ello, por la importancia de esta propuesta para los mayores de nuestras islas menores de Baleares y de Canarias, espero que todos los grupos apoyen la iniciativa.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Es una proposición no de ley que no tiene enmiendas, por lo que pasamos a la fijación de posiciones, empezando por el Grupo de Esquerra.

Tiene la palabra el señor Olòriz.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 10

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Cuando te encuentras con una proposición no de ley de este tipo no te preguntas por qué se ha de hacer, sino por qué se dejó de hacer. Es de aquellas cosas que no acabas de entender. Si representa un bien mayor para no poca gente, visto desde la perspectiva de todo el Estado no debe ser una montaña de dinero tan grande como para que su desaparición solucionase demasiados problemas. A veces, estando en Hacienda, se ven las cosas de forma diferente que estando en las islas pequeñas, probablemente. Me parece, pues, de justicia que se retome y un poco injusto que a aquellas personas a las que se les quitó les haya costado más satisfacer una posibilidad que es bastante razonable.

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

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

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: Señor presidente, muchísimas gracias.

Como ha dicho la ponente de la proposición, huelga decir que votaremos a favor, pero no me vale que haya dicho que, antes de que le digamos algo, la registró el 3 de abril. En el tiempo que llevamos de legislatura, coincido con el señor Olòriz en que esto es de justicia, no entiendo cómo es posible que no se dieran cuenta antes.

Vamos a entrar en los matices y dar unos datos. En el periodo 2012-2014 el Gobierno suprimió un total de 300 000 plazas en el Imserso, lo que, según sindicatos, supuso la desaparición de cerca de 4000 empleos en el sector servicios. El Partido Popular ha congelado posteriormente, durante los últimos cuatro años, el presupuesto destinado a turismo social y termalismo saludable, por lo que resulta curioso que ahora, una vez fuera del Gobierno, consideren oportuno centrarse en aumentar este tipo de partidas presupuestarias, algo en lo que todos estamos de acuerdo, más aun cuando el sector empresarial relativo a servicios ha defendido una y otra vez este tipo de gastos. De hecho, existe un acuerdo de la Confederación Española de Hoteles y Alojamientos Turísticos, Cehat, que revela que por cada euro aportado por el Imserso para estos programas el sector turístico ingresa 4,97 euros adicionales; además, el Estado recupera 1,53 euros por cada euro invertido a través de cuotas a la Seguridad Social, ahorro en prestaciones de desempleo, ingresos de IRPF, IVA, tasas, etcétera.

Para terminar, es importante promover el envejecimiento activo, así lo hemos señalado en anteriores ocasiones, y el turismo conjuga la actividad física y la cultura, dos elementos que a nuestros mayores les benefician sustancialmente y, aunque se suela decir que, como no puede ser de otra manera, votaremos a favor, siempre puede ser de otra manera. En este caso, nuestro grupo parlamentario votará a favor.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos la señora De la Concha tiene la palabra.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Nos traen hoy una proposición no de ley para recuperar los viajes entre islas asociados al turismo social y termalismo saludable, así es el enunciado. Para las personas pensionistas lo más saludable es contar con una pensión suficiente, eso sí es muy saludable y es a lo que aspiramos.

Esperemos que el envejecimiento activo no consista en tener que atender a sus nietos y a sus nietas por que sus hijos y sus hijas están trabajando horas y horas y no pueden ocuparse ni pagar a nadie ni tener una guardería de cero a tres años, etcétera. Sin embargo, viniendo esta proposición no de ley, obviamente la vamos a votar a favor y más aun teniendo en cuenta que vengo de Baleares y además vivo en la isla de Menorca. Para quien no entienda exactamente en qué consiste esto, los viajes del Imserso tienen salida desde un punto determinado y desde ahí están subvencionados. Por ejemplo, en el caso de Baleares —es extrapolable a Canarias—, la isla de Mallorca es el punto de partida de la mayoría de estos viajes, con lo cual si una persona jubilada vive en Menorca o en Ibiza tiene que trasladarse desde esa isla —antes, ese pequeño traslado previo estaba subvencionado y luego misteriosamente se eliminó esta subvención—, por no hablar de las personas jubiladas de Formentera, que tienen que hacer un triple salto, tienen una triple insularidad. Este problema, que en el caso del Imserso queda muy evidenciado, nos afecta en las islas pequeñas a otro montón de casos. Estamos en una desventaja constante en cuanto a estudios de los hijos, asistencia médica, turismo, ir a ver a los familiares que tengamos en la Península: es un problema constante. Esta PNL que se presenta soluciona una pequeña proporción de estos problemas, pero bienvenida sea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 11

También quiero decir, como comentaban los compañeros de Ciudadanos, que la reducción de los viajes del Imsero que a nivel global se ha producido en toda España, de nuevo repercute muy negativamente en las islas, pero especialmente en las más pequeñas que dependen a veces de este tipo de turismo de invierno para poder alargar la temporada mínimamente y mantener sus plantillas. Por lo tanto, votaremos a favor.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora De la Concha.
Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Sahuquillo.

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

Esto es como ir a por lana y salir trasquilado. A pesar de que en el ardor del debate se puede decir cualquier cosa —y no me resisto a decir alguna—, les adelanto que nuestro criterio va a ser favorable. Aunque en la denominación de la proposición no de ley se habla de recuperar los viajes de turismo social y de termalismo saludable entre islas, luego, cuando se insta al Gobierno, se dedican solo al turismo social ya que, como bien saben, en el termalismo el Imsero no financia los desplazamientos de los beneficiarios hasta el balneario. Por tanto, entiendo que se limitan al programa de turismo social.

En la exposición de motivos hemos leído y luego hemos escuchado hablar a la portavoz del Grupo Parlamentario Popular de la promoción de los derechos de las personas mayores con el envejecimiento activo que tanto hemos discutido aquí, y dicen que el Gobierno durante los últimos años ha consolidado políticas muy beneficiosas como los programas de turismo y termalismo social. Como ha hecho el compañero de Ciudadanos, hay que echar mano al presupuesto, coger la sección 60 y ver que el turismo social en 2011 tenía un presupuesto de 103400000 euros, pero en 2018 con el presupuesto que ha elaborado el Partido Popular —aunque ahora lo han enmendado y podrían haberlo enmendado también en esta partida—, se queda en 66 millones de euros, es decir, casi 37 millones de euros menos, con un 30% de reducción en los siete presupuestos que elaboró el Gobierno del señor Rajoy. La reducción es de 41 millones de euros, porque a ese 30% le podemos sumar otros 4 millones de euros de reducción en termalismo, ya que, como digo, aquí no se insta al Gobierno a que recupere algo que no hay. Entendiendo que, al margen de los retornos económicos —que son ciertos—, como usted dice en su petición, lo esencial y beneficioso para los usuarios es que esto va a mejorar su salud, su calidad de vida, las relaciones sociales y la participación y los hábitos saludables, es de justicia que se recupere algo que, como bien decía el señor Olòriz, no se debería haber retirado nunca.

Hay que ser coherentes. Cuando el Grupo Parlamentario Socialista planteaba cuestiones al respecto era porque creíamos que estábamos perjudicando a un colectivo al que debemos mucho, porque gracias a las personas mayores hemos podido tener un mundo mejor. Ojalá nuestros hijos y nietos puedan decir lo mismo, aunque lo veo difícil. Les garantizo que desde el Grupo Parlamentario Socialista vamos a estar ojo avizor y vamos a ser garantes de que esta financiación se reestablezca en la temporada 2018-2019, contando en los presupuestos con el número de plazas que se oferten para que en los pliegos que rijan el contrato-programa de turismo social se contemple este concepto, porque, como vemos, el sentir de todos los miembros de la Comisión es apoyar la iniciativa que nos ha presentado el Grupo Parlamentario Popular.

Muchas gracias.

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

— RELATIVA A GARANTIZAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002946).

El señor **PRESIDENTE**: Volvemos al punto 2.º, la proposición no de ley relativa a garantizar un sistema de información de servicios sociales. Tiene la palabra para su defensa, por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Ramón.

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

En primer lugar, quiero pedir disculpas porque sé que he provocado una alteración del orden del día.

Hemos traído esta proposición no de ley a la consideración de esta Comisión porque el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social no tiene un sistema de información de servicios sociales que ofrezca información de alcance público, fiable y actualizada. Esta es una demanda histórica del sector que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 12

tenemos que afrontar si realmente queremos hacer una planificación racional de los servicios sociales, su seguimiento y su evaluación para, en definitiva, su buen funcionamiento. Para avanzar y consolidar nuestro Estado del bienestar tenemos que asegurar un sistema público de servicios sociales que ofrezca un conjunto de servicios para atender aquellas situaciones que se identifiquen como prioritarias. Sin datos fiables y actualizados no solo vulneramos el derecho a la información de la ciudadanía y se incumplen todos los compromisos de transparencia de la acción del Gobierno, sino que además se está limitando de forma importante la planificación racional de los servicios sociales y el desempeño de sus profesionales.

El ministerio debe articular un sistema de información sólido en materia de servicios sociales que permita conocer sus principales parámetros de manera actualizada, las necesidades de la población, el alcance de los servicios prestados, la distribución territorial de los recursos, las características de las personas atendidas o el gasto realizado, entre otros aspectos. Es cierto que desde el año 1994 el ministerio cuenta con un soporte documental que permite recoger los datos básicos de los usuarios y usuarias de los servicios sociales y la obtención de información estadística, pero esto no es suficiente; máxime cuando los datos que aparecen en ese soporte no se actualizan y la mayoría son del año 2015. Por ejemplo, la última memoria del plan concertado que figura en la web es el año 2015.

Esto pone de manifiesto lo que le ha importado al Gobierno del Partido Popular la información a la ciudadanía y la transparencia, que durante estos años han brillado por su ausencia. Por poner un ejemplo, hasta eliminaron —o al menos no tenemos información de ellos— los seminarios sobre SIUSS, que es el Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales, donde se facilitaba la participación a los profesionales. Ya en algunas conclusiones de estos seminarios se ponía de relieve la necesidad de incorporar nuevos parámetros de información y, lo que es muy relevante, se señalaba como uno de los aspectos clave la actualización de la información, que insisto en que ha brillado por su ausencia en estos últimos años.

Lo cierto es que, a diferencia de otros sistemas de protección social como sanidad o educación, el sector de servicios sociales hasta ahora no se ha dotado de un sistema unificado de información que contribuya a mejorar la planificación y la evaluación de los mismos. Uno de los criterios que determinan la calidad de los servicios lo constituye la existencia de sistemas de información que garanticen un conocimiento actualizado de la atención social del sector público con el objetivo de mejorar la calidad de la atención a la población. Resulta inadmisibles que en la actualidad no podamos conocer datos tan importantes del sistema como las plazas de acogida para mujeres víctimas de violencia de género o las plazas en centros y los servicios para personas con discapacidad, mayores, etcétera. Esta falta de información supone un importante déficit democrático. Por ello, porque no queremos una democracia deficitaria y porque sabemos que esta es la mejor herramienta para planificar y evaluar nuestros servicios sociales y, en definitiva, para garantizar una mejor atención a los usuarios, el Grupo Parlamentario Socialista ha planteado esta iniciativa con la confianza y la garantía de que desde el Gobierno socialista se llevará a cabo.

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

Hay dos grupos enmendantes. Para defender sus enmiendas, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Popular, la señora Marcos tiene la palabra.

La señora **MARCOS MOYANO**: Buenos días, señorías. Gracias, señor presidente.

Señorías del Grupo Parlamentario Socialista, según ustedes el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad —ahora Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social— carece de un sistema de información de servicios sociales que ofrezca información de alcance pública, fiable y actualizada. Pero, como usted ha dicho, desde el año 1994 este departamento cuenta con un soporte que permite recoger los datos básicos de los usuarios de servicios sociales y la obtención de información estadística. El sistema acerca a la sociedad los resultados de las políticas públicas en materia de servicios sociales de forma transparente y sencilla.

Por otro lado, la Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas, CORA, impulsada por el anterior Gobierno de España, estableció la necesidad de construir un sistema de evaluación de servicios sociales, siendo el Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales un importante avance para conseguir este objetivo. El Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales, SIUSS, tiene como objetivo —entre otros— agilizar la gestión, identificar las necesidades sociales y los recursos que se aplican para poder evaluar y planificar a medio y largo plazo desde el ámbito municipal, ya que se utilizan las unidades de trabajo social de zona de los centros de servicios sociales de atención primaria

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 13

dependientes de la Administración local. La implantación del SIUSS en todo el territorio es un trabajo conjunto del ministerio con las comunidades autónomas con el objetivo de lograr su implantación total. La puesta en marcha de esta aplicación informática ha llevado a la firma de nuevos convenios de colaboración con las comunidades autónomas y las ciudades autónomas. Todavía hay comunidades que no han firmado el convenio, pero vuelcan anualmente los datos en el SIUSS desde su aplicación externa. Por eso, estamos de acuerdo en que es necesario continuar impulsando un sistema de información de servicios sociales en colaboración con las comunidades autónomas, como exponemos en la enmienda que hemos presentado.

Asimismo, es cuando menos llamativa la forma en que comienzan ustedes su exposición de motivos, ya que señalan que para avanzar en la construcción de nuestro Estado del bienestar hay que consolidar un sistema público de servicios sociales que ofrezca un conjunto de servicios para atender a aquellas situaciones que se identifiquen como prioritarias. Pues les voy a recordar algunas de estas situaciones prioritarias a las que ustedes sin ningún pudor votaron no. Votaron no a las medidas fiscales que favorecen a las familias. No a las ayudas para los gastos de guardería, con una deducción de 1000 euros anuales. No a las ayudas por cónyuge con discapacidad, con deducción de 1200 euros anuales. No a las ayudas para las familias numerosas, deducción que se incrementa en 600 euros por hijo a partir del cuarto hijo. No a la ampliación de una semana más en el permiso de paternidad, llegando a cinco semanas. No a los 100 millones de euros para reforzar los servicios sociales y las ayudas a las familias con hijos que más lo necesitan. No a que los trabajadores de la Administración pública puedan acumular horas para gestionar con mayor flexibilidad su jornada laboral para atender a mayores, menores y personas con discapacidad. Y, paradojas de la vida o, más bien, de la política, al final su no ha sido un sí, porque para poder llegar al poder y dirigir un Gobierno sin ganar las elecciones han tenido que decir sí a los presupuestos del Partido Popular, porque un Gobierno sin presupuestos es tan útil como un coche sin gasolina, como reconocía el señor Sánchez, el presidente que lo es sin haber ganado las elecciones y sí haciendo concesiones que ya empiezan a ver la luz.

Nada más. Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Para defender las enmiendas del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Terrón.

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

Esta propuesta del Partido Socialista nos parece acertada y también necesaria, porque sin información, sin un trabajo estadístico no se puede hacer una evaluación de resultados, y sin una evaluación de resultados no puede haber una mejora y mucho menos una innovación del sistema de servicios sociales. Esta propuesta apuesta por unos servicios sociales públicos, universales y de calidad, apuesta que tiene que ir acompañada de una reversión de los recortes que el Partido Popular ocasionó al Plan concertado de servicios sociales; de hecho, fueron los recortes más fuertes de la historia de los servicios sociales desde que se creó el plan. También tiene que ir acompañada de una derogación de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, que nos ha llevado a una limitación de las competencias y, en definitiva, a vaciar los servicios sociales comunitarios, que son la herramienta de lucha contra la desigualdad en este país desde que se crearon.

Nosotros hemos presentado una enmienda que creemos que puede complementar esta iniciativa y que tiene como objetivo impulsar la cultura de la innovación en el ámbito de los servicios sociales, identificando de esta manera, a través de la transparencia, a través de la información y de la evaluación de resultados, los procedimientos y factores que permitan impulsar la función innovadora en las organizaciones e instituciones, para garantizar así la innovación como función social de primer orden, no solo en el ámbito de los servicios sociales públicos, que también, sino en la propia sociedad civil. Esperamos que sea aceptada.

Gracias.

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

Para fijar la posición de su grupo, tiene la palabra el señor Olòriz, de Esquerra Republicana.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 14

El señor **OLÒRIZ SERRA**: Muchas gracias, presidente.

En propuestas de este tipo siempre existe el peligro de caer en el fuego cruzado del Gobierno y la oposición y, por tanto, tienes que tener una cierta dosis de prudencia. Cuando estaba preparando la sesión de hoy, me venía a la cabeza que quizá hubiese sido más apropiado que viniese la ministra y nos explicase sus grandes líneas de trabajo y, a partir de ahí, poner al día las proposiciones no de ley, en la medida en que hay un contexto diferente. Pero vuelvo a mi prudencia y esperaré al final del debate para decidir el voto, porque, a priori, sea cual sea el voto, en las manos del Gobierno está mejorar el servicio de información, porque no dudo de que lo hay —se ha dicho que hay servicio de información—, pero puede ser mejorable. Esperemos que esto sea así.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Olòriz. La comparecencia de la ministra estaba pensada para la semana que viene, pero ha habido una dificultad con las agendas, con los Plenos, con grupos que tienen primarias. Todo esto se ha mezclado. Posiblemente, la comparecencia sea para la siguiente semana. Doy una fecha orientativa para que organicen sus agendas: puede ser el día 12.

Para manifestar la posición del Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Clemente tiene la palabra.

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: Muchísimas gracias, señor presidente.

Nosotros al final no hemos presentado enmiendas, si bien haré una apreciación. Sí quisiera adelantar que votaremos que sí, independientemente de si llega al final la transaccional o se incluye la enmienda del Grupo Confederado de Unidos Podemos, que nos parece acertada. Si uno tira de hemeroteca y del *Diario de Sesiones*, verá que si hay un grupo parlamentario que habla de la necesidad de tener esos datos e indicadores ha sido el de Ciudadanos. Creemos que está muy bien que el sistema de información de los servicios sociales tenga ese alcance público, fiable y actualizado, pero una de las primeras cosas —y permítanme la anécdota— que se aprende en la vida parlamentaria es que cuando uno está en el Gobierno hace política y en la oposición, ética, y en este matiz de seguir impulsando cuando uno está en el Gobierno creo que esta proposición del Partido Socialista se queda corta. Entiendo que estaría registrada antes de llegar al Gobierno, puesto que se pierde la oportunidad, y en reunión personal con la propia ministra del Grupo Socialista que hemos tenido este grupo podría haberse aprovechado para redactar e impulsar este proyecto de ley de servicios sociales básicos y que garanticen estos servicios al conjunto del territorio nacional, ese sistema de información, pero sobre todo en igualdad de condiciones. No voy a entrar en lo que dice la Constitución de definir el modelo, para eso creo que se puede alcanzar un consenso, pero permítanme citar algunos datos y hablar de esta igualdad, a pesar de que su propio partido, cuando hablamos de la tarjeta sanitaria en una igualdad de servicio en todo el territorio nacional, no estuvo de acuerdo.

En algunas comunidades autónomas más del 10 % de la población potencialmente dependiente recibe atenciones del sistema de atención a la dependencia, Andalucía, País Vasco, Murcia, Castilla y León y La Rioja. Solo el 1,4 % de quienes tienen reconocido el derecho a recibir atenciones del sistema de atención a la dependencia están a la espera de recibirla en Castilla y León, mientras que en Canarias este porcentaje asciende hasta un 41,8 %. El 77,5 % de quienes se encuentran bajo el umbral de la pobreza en el País Vasco se benefician de las rentas mínimas de inserción de esa comunidad, mientras que en Murcia este porcentaje es solo del 2,2 %. La media de horas mensuales del servicio de ayuda a domicilio son de 42,5 en Andalucía y menos de 10 horas en Asturias y Aragón. En Andalucía, el servicio de teleasistencia alcanza el 15,39 % de las personas mayores de sesenta y cinco años, mientras que en Extremadura es solo del 0,8. Podría seguir dando muchísimos más datos. Este síntoma se agrava con la retirada de la gestión de parte del 0,7 del IRPF y en las recomendaciones del informe DEC Habla de esa inexistencia de datos y ese retraso en la información.

Independientemente de todo esto, votaremos a favor porque la medida, en esencia, es buena, pero esperamos que ahora que están en el Gobierno sean más ambiciosos y completen este nuevo marco de las relaciones sociales.

Gracias.

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

Señora Ramón, a efectos de votación, ¿acepta alguna de las enmiendas, hay alguna transacción en curso?

La señora **RAMÓN UTRABO**: Ahora hablaré con los distintos grupos.

El señor **PRESIDENTE**: Esperamos la respuesta.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 15

— SOBRE MEDIDAS PARA LA ADECUADA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ATRESIA DE ESÓFAGO Y SUS FAMILIAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/003188).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al cuarto punto del orden del día, que es la proposición no de ley sobre medidas para la adecuada atención de los pacientes con atresia de esófago y sus familias, del Grupo Mixto. Para su defensa, la señora Nogueras tiene la palabra.

La señora **NOGUERAS I CAMERO**: *Moltes gràcies, president.*

La mayoría de los temas que aquí tratamos tienen un alto componente humano. Esta PNL que hoy defendemos es uno de estos casos en el que este aspecto humano es incuestionable. No entraré aquí en aspectos técnicos, me centraré de manera breve en lo que los afectados por esta enfermedad nos han contado. Aprovecho desde aquí para mandar un abrazo a Silvia, Ana y Eva, y uno muy especial a Marc, que hoy nos acompañan en el Congreso para seguir este debate, así como para agradecerles mucho el trabajo que están realizando.

Hablamos de atresia de esófago, un trastorno congénito que sitúa al enfermo entre la vida y la muerte. Los niños y las niñas que nacen con este trastorno pueden morir, y los que afortunadamente no mueren son enfermos crónicos. Uno de cada tres mil niños sufre atresia. Esto también implica —como en tantas otras enfermedades— daños colaterales, dificultades familiares, patologías, malformaciones, etcétera. Los afectados nos recuerdan que cuando hablamos de ellos debemos tener siempre en cuenta que son supervivientes, ya que al nacer con la malformación han lidiado todos ellos entre la vida y la muerte.

La malformación de esófago puede operarse, pero en muchos casos comporta dificultades extremas, y para ello hay hospitales de referencia. Lamentablemente, no todos los hospitales tienen ni los medios ni los recursos necesarios y óptimos para realizar operaciones que en hospitales con personal especializado podrían culminar con mucho más éxito. Así, es importante que facilitemos el traslado de estos niños y niñas que nacen con atresia a hospitales que ofrecen la máxima garantía, hospitales que han operado a centenares de niños y niñas y que, por tanto, gozan de más experiencia y más medios.

¿Deberían gozar de estos recursos todos los hospitales? Sí. ¿Gozan todos de ello? No, por tanto, nuestra obligación es facilitar la derivación del enfermo y no poner impedimentos a la misma. El traslado de una comunidad autónoma a otra no debería ser difícil, cuando, insisto, hablamos de niños y niñas que cuando nacen se sitúan entre la vida y la muerte, y sobre todo cuando dicho traslado condiciona el grado de calidad de vida del paciente que sobrevive.

Por todo esto, porque hablamos de niños que tienen todo el derecho a ser atendidos lo mejor posible, porque tienen todo el derecho sobrevivir y, sobre todo, porque nosotros tenemos la responsabilidad de facilitar que los enfermos de atresia no solo sobrevivan, sino que tengan una vida lo más digna posible, hoy deberíamos aprobar esta PNL, el Gobierno actual ejecutarla y demostrar que realmente servimos para mejorar la vida de las personas.

Moltes gràcies a todos los grupos.

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

Hay enmiendas del Grupo Socialista y del Grupo Popular. Para defender las primeras, la señora Martín tiene la palabra.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Gracias, presidente.

Como bien se ha dicho, la atresia de esófago es un grave trastorno congénito y es la atresia digestiva más frecuente: 1 de cada 3500 nacidos vivos sufre esta enfermedad. Este trastorno congénito no suele aparecer de forma aislada, sino que, todo lo contrario, suele venir acompañada de otras malformaciones que complican aún más la vida y la evolución de los recién nacidos.

El Grupo Parlamentario Socialista comparte la necesidad de facilitar todo el apoyo a las familias y a los pacientes. Hay que facilitar el acceso a todos los avances y a la atención más innovadora, y por supuesto estamos de acuerdo en la necesidad de incrementar los recursos destinados a investigación. Quiero insistir especialmente en esto, en la necesidad de incrementar recursos y no continuar aportando recursos, como contempla la enmienda del Partido Popular, porque los recursos destinados a la investigación de enfermedades raras han sufrido también los recortes del anterior Gobierno.

Hemos introducido una enmienda en el primer párrafo que me gustaría que fuera aceptada por el grupo proponente. Señorías, proponemos la posibilidad de designación de centros y unidades de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 16

referencia para la correcta atención de la atresia de esófago, unidades y centros que son propuestos y aceptados por el consejo interterritorial en perfecta coordinación con las comunidades autónomas. Ya se han designado 254 centros, servicios y unidades de referencia en el Sistema Nacional de Salud, agrupados en 47 centros.

La atresia de esófago es una de las enfermedades incluidas en las áreas de especialización pendientes de abordar, por lo que debe trasladarse la propuesta al correspondiente grupo de expertos. El comité de designación ha priorizado precisamente el abordaje del área de aparato digestivo, en la que se incluye la atresia de esófago. Como saben sus señorías, el comité no trabaja en la línea de designar una unidad de referencia por cada enfermedad rara, sino en la línea de agrupar enfermedades con características similares que precisan una atención similar; la mejor atención, la que acumula más experiencia y sea accesible para los pacientes de los diferentes territorios. Este es el motivo que justifica nuestra enmienda, que esperamos sea atendida por el grupo proponente.

Muchas gracias.

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

Para defender las enmiendas del Grupo Popular, la señora Blanco tiene la palabra.

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

No puedo comenzar mi intervención sin manifestar que esta iniciativa va a contar con el voto favorable del Grupo Parlamentario Popular, porque les puedo asegurar que este grupo parlamentario —al igual que el anterior Gobierno— es un grupo que está comprometido con la investigación científica para buscar soluciones a este tipo de enfermedades. Por ello, no podemos estar más de acuerdo con lo aquí manifestado sobre que es necesario continuar avanzando en la detección precoz, investigación y conocimiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes, y en este sentido aprovecho también para saludar a los familiares que hoy están siguiendo desde otra sala a los miembros de esta Comisión.

En este sentido, las actuaciones que se han venido desarrollando también a lo largo de estos últimos años, desde el anterior Ministerio de Sanidad, han sido enfocadas precisamente en querer implementar un modelo de asistencia integral que dé respuesta a las personas con enfermedades raras y también a todas sus familias, un trabajo que espero que continúe con el actual Gobierno.

El abordaje de las enfermedades raras ha sido una prioridad para el anterior Gobierno del Partido Popular, y les puedo asegurar —como decía también al inicio de mi intervención— que lo sigue siendo para este grupo. Quiero recordar también que fue precisamente el anterior Gobierno, el Gobierno del Partido Popular, quien incluyó una subida adicional de un millón de euros en los presupuestos que acabamos de aprobar en el día de hoy, destinando esta cantidad a las estrategias para el estudio e investigación de las enfermedades raras.

Decía que el abordaje de las enfermedades raras ha sido una prioridad para el Gobierno del PP, es una prioridad para este grupo, y así lo demostramos desarrollando la primera estrategia nacional para su diagnóstico y tratamiento precoz, con el claro objetivo de evitar el calvario que supone a los enfermos y a sus familias el tiempo de espera hasta que se diagnostica la enfermedad. También aprobamos el manual de procedimientos del registro de enfermedades, con el que es posible mantener un censo de pacientes, conocer la incidencia y la prevalencia de las enfermedades raras, orientando así la planificación y la gestión sanitaria de este tipo de patologías. Asimismo, hemos potenciado la atención a través de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud a las personas con patologías que precisen un elevado nivel de especialización, una atención en igualdad de condiciones independientemente del lugar de origen del paciente.

Es cierto que la atresia de esófago es una de las enfermedades —lo decía también la portavoz del Grupo Socialista— incluida en las áreas de especialización pendientes de abordar, pero también es cierto que se había iniciado ya el camino desde el momento en que se priorizó como preferente el estudio del área de digestivo en la que se incluye la atresia de esófago. Por este motivo, contarán siempre con este grupo parlamentario en la idea de sumar esfuerzos que permitan avanzar en la investigación y mejorar la atención a las personas con enfermedades raras, contando —como no puede ser de otra manera— con la colaboración de las comunidades autónomas, aunando la experiencia de los equipos multidisciplinares implicados en la atención sanitaria, de tal manera que si un paciente lo precisa pueda ser trasladado a otra comunidad para ser atendido con el claro objetivo de evitar el mayor riesgo posible para su salud.

Con relación a la necesidad de la inversión para la investigación, quiero manifestar que, a través del Instituto de Salud Carlos III, ya se destinaban recursos importantes a la investigación de las enfermedades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 17

raras, disponiendo también para ello un centro específico. En cuanto a la investigación en concreto de la atresia de esófago, quiero recordar que el Instituto de Salud Carlos III lleva más de dieciséis años manteniendo sucesivos convenios que financian la investigación sobre las alteraciones de desarrollo prenatal. Por tanto, la inversión realizada en los últimos años ha sido relevante —debemos reconocerlo—, si bien somos conscientes de que los recursos destinados a la investigación de las enfermedades raras son siempre insuficientes. Por tanto, esperamos que el actual Gobierno socialista continúe la senda iniciada por el Partido Popular en cuanto a esfuerzos y recursos. Les puedo asegurar que en este grupo estaremos atentos y exigentes para que así sea.

Finalmente, queremos poner en valor la extraordinaria lucha y dedicación que tanto los pacientes, como los cuidadores, familiares, profesionales sanitarios y asociaciones de pacientes desempeñan cada día. Quiero reiterar, desde aquí, nuestro voto favorable y decir que desde el Grupo Parlamentario Popular contarán siempre con nuestro claro compromiso, no solamente con la investigación, sino también con la atención a los pacientes y a sus familiares.

Muchas gracias.

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

Para fijar la posición de sus grupos, en primer lugar, el señor Olòriz, por Esquerra Republicana.

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

Puede que una de las funciones, como diputados de la Comisión de Sanidad, más agradecida y más dura a la vez sea el contacto con asociaciones de afectados especialmente por enfermedades raras, que ven en su presencia en el Congreso una manera de visibilizar situaciones a veces muy complicadas pero que quedan en un relativo pequeño círculo. Me parece especialmente importante la presencia hoy aquí de estos familiares, así como la labor que, a propuesta de algunos grupos y a veces de todos, hemos ido haciendo a lo largo de estos dos años. Este es un hecho que me parece especialmente relevante. En este sentido, sin duda, nuestro grupo votará afirmativamente a esta proposición que si además se enriquece con la aportación de otros grupos, mejor. Vale la pena decir también que este diputado tiene una cierta ilusión y expectativa por que la investigación sea un elemento sustantivo en el próximo Gobierno y que desde un ministerio se coordine y se trabaje mejor, se busquen mejores y más recursos para que la investigación en España —y especialmente la investigación en ámbitos sanitarios— tenga todo el apoyo que los muchos y buenos profesionales que tenemos necesitan. Una vez más quiero constatar que esta Comisión siempre es y ha sido sensible a situaciones y propuestas de este tipo y esperamos que lo sea durante mucho tiempo.

Muchas gracias.

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

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

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

En primer lugar, cómo no, quiero dar la bienvenida a los familiares de pacientes que hoy nos acompañan. Ellos son y deberían ser el objeto del trabajo de esta Comisión y de este Parlamento, deberíamos hacer política pensando en los ciudadanos, en los pacientes, en la gente que sufre. No puedo sino manifestar mi tremenda alegría por esta proposición y mi tremenda alegría por que sea el grupo proponente que es. A escasas cuarenta y ocho horas de haber debatido en el Congreso de los Diputados la conveniencia de facilitar la movilidad de los pacientes dentro del sistema, la conveniencia de tener un sistema unido y con iguales prestaciones, es realmente de agradecer que grupos que votaron en contra de esta propuesta se hayan dado cuenta de la importancia que tiene vivir en un gran país, un país sin fronteras en el cual los ciudadanos pueden moverse libremente y ser asistidos en un sistema sanitario nacional que no distingue por el lugar de nacimiento ni por la residencia.

Esta es la gran ventaja de este país y este país tiene un sistema para hacer esto, que es una designación de centros y servicios integrales de referencia. Efectivamente este es uno de los casos en los que debería haberse realizado ya. No estoy de acuerdo en una cosa que ha dicho la señora Noguerras, ha dicho que no todos los hospitales deberían tener estos medios porque si todos los hospitales tuvieran estos medios no acumularíamos experiencia. En estos casos la experiencia, el número de casos es esencial. Por eso es bueno tener un sistema nacional que permita que algunos centros recojan mucha experiencia para disminuir las complicaciones de tratar patologías como estas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 18

Efectivamente, señora Nogueras, el traslado no debería dificultarse entre los ciudadanos. Deberíamos tener una historia común, todas las comunidades deberían aportar sus datos al sistema de historia clínica común. No podemos estar más de acuerdo. Muchísimas gracias por venir a este lado del mundo.

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

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

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

También quiero empezar dando la bienvenida a las familias y a los pacientes al Congreso y darles, cómo no, todo nuestro apoyo y un cálido abrazo.

Me gustaría señalar que si bien es cierto que cada enfermedad tiene sus particularidades y sus abordajes específicos, creemos que aspectos como el listado de centros de referencia no es algo que se pueda ir aprobando enfermedad por enfermedad en la Comisión de Sanidad del Congreso. Creemos que debería ser algo ya implantado en relación con cualquier patología que precise de medios especiales y medidas específicas. En segundo lugar, quiero comentar que esta PNL nos parece muy apropiada pero habla de difundir avances y creemos que esto no se puede solicitar de una forma tan abstracta. Los avances se deben difundir mediante programas de formación y actualización organizados desde instituciones públicas.

Finalmente quiero decir que nuestro grupo va a apoyar esta PNL pero manifestamos seriamente —como otras veces lo hemos dicho— que nos gustaría que sirviera para mejorar las cosas, por lo que le envío directamente un mensaje al nuevo Gobierno, al Gobierno flamante: por favor, no haga como el Gobierno anterior y recoja todas las PNL aprobadas en esta Comisión y no las deje en un cajón, tenga en cuenta nuestros debates y hágales un poquito de caso. Lo digo porque hasta el momento hemos aprobado unas cuantas y no hemos avanzado mucho.

Manifiesto que nuestro voto será favorable. Gracias.

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

Señora Nogueras, a efectos de votación, ¿acepta las enmiendas? ¿Va a haber alguna transacción?

La señora **NOGUERAS I CAMERO**: Vamos a aceptar la enmienda del PSOE.

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

— RELATIVA A SOLICITAR UN INFORME DE ANÁLISIS Y PROPUESTAS PARA UNA GESTIÓN DE PROFESIONALES ACORDE A LOS RETOS ACTUALES Y FUTUROS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/003244).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, el 5.º, que es la proposición no de ley relativa a solicitar un informe de análisis y propuestas para una gestión de profesionales acorde a los retos actuales y futuros del Sistema Nacional de Salud. Es del Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Presentamos esta proposición no de ley porque en la primera comparecencia que hizo la anterior ministra de Sanidad en esta legislatura yo le propuse ocho acuerdos. Lamentablemente ninguno de ellos fue posible y lo que espero es que ahora, con este Gobierno que ha anunciado el diálogo como una de sus principales condiciones para gobernar y que va a dialogar también dentro del Congreso de los Diputados, este acuerdo sea posible. Es un acuerdo que consideramos absolutamente imprescindible y que pone sobre la mesa uno de los mayores problemas que tiene la sanidad española, que es la situación de los profesionales sanitarios. Esperamos, por tanto, que este estudio que solicitamos ayude a encontrar en un plazo breve —diez meses— un acuerdo entre partidos, asociaciones profesionales, sindicales y también entre las autonomías y el Gobierno de la nación respecto de las necesidades de los profesionales y las demandas sanitarias de hoy y del futuro.

Cuantitativamente los profesionales sanitarios son una cifra realmente llamativa, son más de 1 millón los profesionales que trabajan en la sanidad española. De ellos, el 70 % trabaja el sector público. El gasto de personal de la sanidad pública asciende a prácticamente 30 000 millones de euros, que en el año 2016 suponían casi un 50 % del gasto sanitario. Estos profesionales —este importante capital intangible que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 19

son los recursos profesionales del Sistema Nacional de Salud— tienen una serie de problemas, por ejemplo, la pérdida de puestos de trabajo y de poder adquisitivo y de precariedad laboral, en la que se encuentran en gran parte como consecuencia de la crisis de los últimos años; un modelo de empleo, sobre todo en las modalidades de acceso al puesto de trabajo, que ha llevado la temporalidad hasta límites insospechados en la sanidad española; los retos de la demografía profesional, que también debatiremos en la siguiente proposición no de ley, del Grupo de Unidos Podemos, y los intensos procesos de sustitución de profesionales que se van a producir en los próximos años; los problemas de formación continuada y de actualización y recertificación de competencias, que también hemos debatido en otras ocasiones en esta misma comisión; la organización del trabajo; la relación y la coordinación entre distintos especialistas, entre médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios, o la participación de los profesionales en la gestión de los recursos, lo que podemos denominar gestión clínica. Son una serie de problemas que hay que abordar con una perspectiva integral, amplia y de largo recorrido.

Junto a eso se presentan numerosos desafíos científicos, sociales y tecnológicos. La innovación tecnológica; la medicina genómica; la digitalización o la robotización, entre otros; la diversificación y aparición de nuevas profesiones de grado universitario, que ahora tienen amplios espacios de actuación sanitaria; la superespecialización del conocimiento médico y la aparición de nuevas especialidades, como también estamos debatiendo hoy mismo; la sociedad del conocimiento y el desarrollo de las tecnologías de información, que permite transformar el modelo por el cual atendemos los problemas de salud, o la globalización y los flujos internacionales de profesionales, que también van *in crescendo* y que es muy importante de cara a abordar la problemática de los profesionales.

Si comparamos el sistema español con otros sistemas sanitarios, nos encontramos con algunas diferencias evidentes: una menor ratio de enfermería que en otros países y, sin embargo, una mayor ratio de profesionales de medicina; menos presencia de otras profesiones sanitarias no tradicionales; fuerte temporalidad de los contratos; menores niveles retributivos; mayor asimilación del sistema de empleo público al modelo funcional que en otros países; una gran formación de entrada al ejercicio de las profesiones y de las especialidades y, sin embargo, una ausencia de recertificación de competencias, como existe en otros países, o una mejor distribución tanto funcional como geográficamente de nuestros profesionales, como demuestra, por ejemplo, que haya más profesionales trabajando en el nivel de atención primaria que en los hospitales en comparación con otros países.

Nos enfrentamos a todos estos problemas y a estos desafíos de futuro, y uno de ellos, el de la demografía médica, implica que una cuarta parte de los profesionales sanitarios tienen en la actualidad más de cincuenta y cinco años, por lo que se calcula que en los próximos cinco años se van a jubilar 60 000 trabajadores sanitarios públicos. Contamos con un estatuto marco del personal sanitario que es del año 2003. Se tardaron diecisiete años desde que la Ley General de Sanidad pidió esa renovación del estatuto marco, lo cual demuestra la dificultad de llegar a un acuerdo sobre la ordenación de las profesiones sanitarias. Ha funcionado, pero no ha estado exento de problemas; no hay más que ver la acumulación de contratos temporales sin causa que se ha producido, las dificultades para regular la compatibilización en el ejercicio médico público y privado, la falta de alternativas para flexibilizar los procesos de jubilación, los problemas que hay para reorganizar plantillas cuando, por ejemplo, se integran áreas de gestión sanitaria o las dificultades para conciliar carreras clínicas, investigadoras y de dirección. Hay pocos antecedentes de un abordaje de la problemática profesional integral. Hay un libro blanco de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud que se encargó en el año 2013 a la Universidad Rey Juan Carlos, pero que no ha tenido absolutamente ningún recorrido, posiblemente por falta de participación de las comunidades autónomas. Hay una ponencia del Senado del año 2010 que recoge una serie de medidas, pero que, dado el paso del tiempo, creo que requiere una puesta al día.

Por tanto —concluyo con esto, señor presidente—, solicitamos realizar este estudio por parte de tres profesionales, que acordaríamos por la mayoría de la Comisión de Sanidad del Congreso, con un plazo de diez meses para traer a esta Comisión un informe que aborde todas las problemáticas que están recogidas en nuestra proposición no de ley y que previamente hayan sido discutidas en los órganos de participación del consejo interterritorial.

Aceptaremos la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, considerando con ello que sumamos al Partido Popular, que gobierna en importantes comunidades autónomas, a este consenso. La otra enmienda presentada, la de Ciudadanos, consideramos que ya está subsumida en el contenido de nuestra proposición no de ley.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 20

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Nos ha adelantado ya la última pregunta que le íbamos a hacer sobre las enmiendas.

Para defenderlas, en primer lugar, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Navarro.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Muchas gracias.

A Ciudadanos le parece muy bien que se realice este informe. Compartimos muchos de los problemas que se han detallado, como la precariedad de una parte muy importante de los profesionales, el envejecimiento de las plantillas, la falta recurrente de especialistas para reponer jubilaciones y bajas, los problemas en materia de formación de los profesionales y las nuevas especialidades que precisa el sistema para responder a las necesidades del presente y del futuro. Tenemos a unos profesionales muy desmotivados, como consecuencia de todos los recortes que ha habido por la crisis, como consecuencia de la excesiva temporalidad y como consecuencia también de la enorme subjetividad que existe a la hora de valorarlos.

Hablan ustedes de la formación continua. Nosotros hemos hecho muchas cosas en este sentido. Recordemos, por ejemplo, que hemos instado en las distintas comunidades a que se reconozca la carrera profesional, que está destinada, efectivamente, a premiar la formación continua. Recordemos también que impedimos que el Ministerio de Hacienda hiciera que los profesionales sanitarios tributaran por la formación que recibían fuera del sistema de salud.

Compartimos, como ya he dicho, muchas cosas de lo que usted dice. Sin embargo, no debemos olvidar que ustedes gobiernan en muchas de las regiones donde se producen estos problemas. Hablan ustedes del modelo de empleo actual y de las ofertas públicas de empleo, pero, si miramos la prensa, nos encontramos un fenómeno bastante alarmante en los últimos tiempos. *La Vanguardia* de junio de 2018: Paralizada la OPE vasca en tres ramas sanitarias por las filtraciones de los exámenes. *Las noticias de Cuenca*: Filtraciones de exámenes de la OPE sanitaria. Esto se refiere a médicos de familia. *El Periódico de Aragón* también denuncia posibles filtraciones. *Las provincias*, en este caso de Valencia: Denuncian la filtración de las respuestas de una oposición sanitaria tras el examen. *El Norte de Castilla* —esta es tremenda—: 280 aspirantes se presentaban para 29 plazas. De ese 10 % que consiguió las plazas, resulta que el 40 % pertenecían —¡oh! casualidad— al mismo hospital. En fin, tenemos un problema muy serio y concreto que tenemos que tratar.

Además, en este informe —que, insisto, nos parece muy bien hacerlo— consideramos que es necesario que participen profesionales, sociedades y pacientes. Todos ellos tienen que contar los problemas. En la enmienda —que, por lo que se nos comenta, se ha decidido no aceptar— proponemos, aparte de esa visión general, cuestiones concretas para orientar ese informe. Por ejemplo, evitar la creación de bolsas de interinos nos parece absolutamente fundamental. Hay que revisar el estatuto marco con el fin de mejorar las retribuciones y el sistema de incentivos; insisto, tenemos a los profesionales desincentivados y eso provoca que se vayan a otros sistemas de salud, produciéndose las bajas y carencias que tenemos. Queremos, por supuesto, fomentar la necesidad de que se tomen medidas que aseguren los principios de igualdad, mérito y capacidad, que se eviten estas filtraciones que estamos viendo en las OPE, pero también la arbitrariedad en los nombramientos. Por tanto, lo que proponemos con nuestra enmienda son mejoras. Nos gustaría que se reconsideraran, siempre que no se consideren excesivamente recentralizadoras.

Muchas gracias.

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor De Arriba.

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Presidente, señorías, en esta proposición no de ley, a pesar de que la mayoría de los planteamientos son correctos, no es menos cierto que se aprecia algún tipo de inconsistencia, en función de sus apartados, que puede hacer entrever que sea una iniciativa de gestos. Señorías, los gestos tienen que ir acompañados de gestión; el gesto solo, ustedes lo saben, es muy efímero. Esperamos que no lo sea.

Resulta contradictorio —si me permiten la expresión— que el Grupo Parlamentario Socialista, que promueve esta iniciativa, plantee ejes de modificación y reflexión sobre las necesidades de adaptación de la organización y gestión de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, conociendo el alcance de las competencias que en esta materia ostentan las comunidades autónomas y conociendo además las dificultades de la coordinación general de la sanidad que ejerce el consejo interterritorial. Señorías, las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 21

comunidades autónomas socialistas han presentado inconvenientes de todo tipo en numerosas ocasiones en temas relacionados con la organización de nuestro sistema sanitario, rozando —si me permiten la expresión— lo grotesco, ya que en Madrid, en el consejo interterritorial, los consejeros socialistas defienden en numerosas ocasiones políticas o fórmulas de gestión totalmente distintas a las que luego aplican en sus propios territorios o regiones.

Respecto al segundo apartado de planificación, ordenación y formación de profesionales, reconocerán, señorías, que en estos aspectos el anterior Ministerio de Sanidad venía trabajando profusamente junto con las comunidades autónomas, las organizaciones sindicales y las organizaciones profesionales. Se había gestado un nuevo estudio de necesidades de profesionales, se habían articulado trece medidas ya conocidas para paliar el déficit de profesionales, el registro de profesionales sanitarios se iba a operativizar a finales de año, se estaba impulsando el sistema acreditador de la formación continuada, así como la futura regulación del desarrollo profesional continuo y se estaba contribuyendo a la reedición del sistema de formación sanitaria especializada bajo criterios de troncalidad en un grupo de trabajo técnico que estaba logrando notables avances. Señorías, ¿el dictamen de tres expertos va a generar una hoja de ruta que suponga una real alternativa? ¿Va a generar mayores realidades palpables? *A priori* nos genera dudas y pensamos que puede concluir en no tomar ninguna decisión que en un momento determinado pueda comprometer al Gobierno o pueda molestar a sus socios.

En relación con el tercer apartado, nunca antes se había promovido una iniciativa de estabilización de personal temporal con un reto tan ambicioso como el dimanante de la OPA extraordinaria de estabilización soportada en los Presupuestos Generales del Estado 2017 y 2018, presupuestos elaborados por el Gobierno del Partido Popular. Estamos hablando de más de 100 000 plazas en el Sistema Nacional de Salud que pueden verse incrementadas en otras 40 000 con el objetivo de reducir la tasa de temporalidad. Dentro de esas trece medidas referidas se han arbitrado propuestas para establecer mecanismos de vinculación estable del personal en plazas también de difícil cobertura. Estaba contemplado flexibilizar el procedimiento de acreditación de unidades docentes. Además en la Ley general de presupuestos 2018 se establecen por primera vez desde el año 2010 —y digo bien, desde el año 2010— incrementos retributivos para los empleados públicos de hasta un 8,79% en tres años, esperando que ustedes no contribuyan con sus políticas a echar por tierra todo lo avanzado hasta ahora. Asimismo, quiero recordarles que el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en sentencia de septiembre de 2016, ya señaló que el problema de abuso de la temporalidad en la gestión de la selección y provisión de plazas es más de la aplicación que se hace de la norma por parte de quien ostenta las competencias de gestión que de la propia norma. Por último, en relación con las condiciones de empleo, que el grupo proponente cifra en torno a la homologación retributiva, a pesar de las dificultades que supone la atomización de competencias en esta materia, ya se ha promovido hace algunas semanas por el grupo parlamentario en la Cámara Alta.

Por todo ello, elaborar otro estudio por parte de tres expertos, eso sí, con la participación de todos los agentes con intereses en esta materia, para que sea ratificado finalmente en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud —insisto, hay comunidades autónomas gobernadas por el Partido Socialista que se niegan a aplicar el nuevo régimen de conferencias sectoriales previsto en la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público—, no puede sino crear dudas sobre su iniciativa, y no queremos que sea un gesto más del Gobierno de Pedro Sánchez. La nueva ministra habla de diálogo y habla de tiempo. Esperamos tiempo y diálogo, diálogo con todos. En ese ejercicio de responsabilidad nos encontrarán. Ahí sí nos comprometemos, pero no dejen otra vez a nuestro país en la misma situación crítica en la que lo dejaron la última vez que gobernaron. Lo digo porque cuando ha gobernado el Partido Socialista se ha fracasado, y eso, señorías, entiendo que es muy difícil de defender.

Hemos presentado una enmienda y le agradezco al portavoz del Grupo Parlamentario Socialista que la acepte. Votaremos favorablemente esta iniciativa. Creo que se deben poner en marcha esas medidas consensuadas por el grupo de trabajo con pleno respeto de las competencias que tienen las comunidades autónomas y en el marco del acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Y gestionen, dialoguemos.

El señor **PRESIDENTE**: Y ya. (Risas).

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Ya termino.

Solucionen las cuestiones planteadas. No presenten iniciativas realizadas o que den la sensación en un momento determinado de ser de cara a la galería. En cualquier intento de pergeñar una agenda sensata, ahí estaremos. Y esperemos que esto no quede sepultado por el ruido mediático.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 22

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor De Arriba.

Para fijar la posición de sus grupos, empezamos por el señor Olòriz, de Esquerra Republicana.

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

Al leer esta proposición pensaba: el Grupo Socialista le ha quitado a la ministra un instrumento interesante que proponernos en la próxima comparecencia. Sería interesante que el propio ministerio hiciera esta propuesta, pero bueno, no importa desde dónde, sino el cómo y un poco el por qué.

En el por qué ya estamos de acuerdo. Se necesita información e información de calidad. Para cualquier decisión, un documento de este tipo puede ser fundamental, incluso nos parecía un libro blanco lo que se proponía a este nivel. Tenemos que ser muy cuidadosos con la elección de los redactores y procurar sobre todo que haya el máximo consenso, no solo en la propuesta sino en el propio trabajo de redacción, que todas las fuentes de información sean abiertas y puedan tener toda la información necesaria.

Es cierto que el diputado Igea y yo tenemos algunas diferencias, es obvio. Las tenemos no solamente en cuanto a los partidos políticos en los que estamos, sino también de concepción sobre la transformación de la sociedad y desde donde puede esta suceder. Él es muy partidario del jacobinismo, ya lo hemos dicho, que ha sido un modelo de éxito en algunos países —yo no lo dudo; cada vez menos—, y yo soy más partidario de la cooperación. Pienso que la cooperación necesita buenas voluntades y también árbitros que aseguren que, si no funciona, se remuevan los problemas para encontrar solución. La cooperación es fundamental si queremos la igualdad; no hay igualdad sin cooperación. ¿Cooperación de comunidades autónomas? Sin duda. ¿Cooperación de Estados, actuales o nuevos? Sin duda también. Es decir, ha de haberla como fundamento de la política. Ahora bien, si se nos hace una propuesta que es centralista, es lógico que los cooperativistas no la votemos. No sé si al revés sería posible. En todo caso, es interesante la propuesta y la votaremos a favor.

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

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

La señora **BOTEJARA SANZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Nos parece una PNL muy adecuada para la situación en la que estamos actualmente. La medicina es dinámica, las prácticas clínicas se van modificando según las necesidades que tiene la población, según las nuevas tecnologías, etcétera.

En el apartado b) se habla de la formación. Tiene relación con otra PNL que vamos a comentar. Nuestra opinión es que a corto plazo, en los tres, cuatro próximos años vamos a tener una carencia importante de profesionales. Sin embargo, un poco más allá tendremos el problema inverso. Están floreciendo, desde que llegó el Partido Popular, universidades privadas de Medicina en las que no se está planificado número ninguno. Esto me recuerda cómo estábamos hace treinta años, cuando había más de 20 000 médicos en paro con unas plazas mir que hacían imposible absorber ese número de titulados, originando un gran conflicto. Yo creo que eso lo vamos a ver a largo plazo si alguien no planifica y echa cuentas.

En cuanto a la regulación jurídica laboral del personal y a las condiciones de empleo, esto debe sustituir a la precariedad y temporalidad en el empleo. Tenemos un montón de profesionales que llevan más de diez años con contratos cada tres meses, cuando la atención de calidad en sanidad necesita estabilidad de los profesionales sanitarios. También lo que comentan del traslado de los profesionales entre los distintos territorios es importante.

En el punto 3, se echa de menos la participación de la población. Estamos viendo cómo los colectivos representantes de la sociedad civil tienen cada día más protagonismo en todos estos procesos. Para nosotros es fundamental el planteamiento de esta PNL, el diagnóstico de las necesidades de profesionales y del perfil que se necesita para nuestro sistema sanitario, siempre, como hemos dicho antes, dirigido a solucionar los problemas de la población.

Muchas gracias.

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

¿Hemos entendido que a efectos de votación se votará la propuesta más la enmienda del Grupo Parlamentario Popular?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 23

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Después de escuchar al portavoz de Ciudadanos, estamos abiertos todavía a negociar con dicho grupo alguna incorporación de su texto si consideran que es necesario.

El señor **PRESIDENTE**: Les informo, además, de que en caso de que se apruebe esta proposición no de ley, como habla de un informe elaborado por tres expertos elegidos por la Comisión, hay que habilitar el procedimiento y, por tanto, en la próxima Mesa y portavoces que tengamos, en caso de que sea aprobado, habrá que poner en el orden del día como uno de los puntos, al margen de los cupos de los grupos, la elección de los tres expertos.

— RELATIVA A LA NECESIDAD DE PROFESIONALES EN MEDICINA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 161/003289).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al sexto punto del orden del día, que es la proposición no de ley relativa a la necesidad de profesionales en medicina en el sistema sanitario público, del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Para su defensa, tiene la palabra la señora Botejara.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Muchas gracias. (La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia).

Gran parte del prestigio de nuestro sistema sanitario público, sobre todo antes de los recortes del 2012, se ha debido a la formación de nuestros profesionales sanitarios, con reconocimiento internacional, los mejores formados de la Unión Europea. El sistema de formación del médico interno residente se consolidó en nuestro país en 1976. En esta Comisión se ha comentado en alguna ocasión la carencia de profesionales. Es cierto que desde 2013 sobre todo ha habido una política de jubilar y no reponer, como todos conocemos. Aparte de las restricciones del personal sanitario, también hemos asistido a la disminución de plazas mir. Hay dudas sobre el planteamiento de que están mal distribuidos y, por supuesto, mal contratados. Las personas más perjudicadas por estas carencias son las que están en el medio rural. Para ello, lo fundamental es la planificación, que de momento está ausente. Actualmente, los profesionales nacidos entre 1950 y 1960 y que se incorporaron a las facultades de Medicina entre 1970 y 1980 constituyen un número muy elevado. Los datos de Eurostat coinciden con los de la OMC: España cuenta con 45 000 médicos —el 21 %— con edades para jubilarse en los próximos cinco años. Si además consideramos que el número de médicos de medicina de familia en Europa está en un porcentaje de 9,1 por 10 000 habitantes y en España está en un 7,5 por 10 000 habitantes, nos situamos en el puesto dieciocho en el contexto de los países de la Unión Europea.

En esta Comisión hemos discutido cuando vocales del Partido Popular traían PNL para promocionar especialidades como la de pediatría y luego decían que no podían crear más plazas, que era un problema autonómico. Me explico. En la última actualización de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 22, está recogido que la oferta de plazas de la convocatoria anual para la formación se fijará según: informe del Consejo Nacional de Especialidades, informe del Ministerio de Educación, informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud de las propuestas de las comunidades autónomas según necesidades y disponibilidad presupuestaria. En el punto 6 del mismo artículo se contempla que el Ministerio de Sanidad revisará la oferta anual, pudiendo introducir en su caso medidas correctoras con la finalidad de que se ajuste a las necesidades de especialistas del sistema sanitario. Para finalizar, quiero comentar también que se han reducido de forma importante, aparte del número de residentes, las especialidades de la unidad de docentes, disminuyendo con ello la calidad.

Esta PNL plantea de nuevo una planificación de las necesidades de profesionales y que se aumenten un 10 % las plazas de medicina familiar y de pediatría. Esta PNL llega tarde, porque hoy mismo se ha publicado en un medio de comunicación —ya estaba más o menos anunciado— que la medicina de familia pasará de 1810 a 1877 plazas, 67 plazas más, que hacen un 4,4 %, y que en pediatría aumentarán en 8 plazas. Esperemos que para el siguiente curso se pueda hacer un estudio previo más detallado y podamos asumir, si realmente es así, el aumento de plazas que nos correspondería para que en breve tiempo no tengamos problemas.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 24

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

Para la defensa de las enmiendas presentadas y por parte del Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Fernández.

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

Como expliqué antes, esta proposición no de ley, que es correcta, adecuada y busca soluciones a un problema, que es la demografía médica y las necesidades de especialistas para los próximos años, requiere un tratamiento más global que el que plantea la proposición no de ley. En fin, creo que es bueno que lo discutamos y que busquemos alguna solución, porque la necesidad de profesionales sanitarios tiene que tener una visión a largo plazo y no puede ser una política de corto plazo; no se puede ver solo qué hacemos con las plazas mir del próximo año. Formar un especialista requiere, al menos, tomar medidas quince años antes, que es el ciclo de formación de un médico desde que está en la facultad hasta que termina su especialidad y, además, la planificación de recursos humanos tampoco es una planificación lineal sino que está sujeta a muchos cambios. Como la propia ponente ha dicho, hubo una bolsa de desempleo enorme en los años ochenta que luego ha sido seguida de fases de déficit de profesionales. Seguramente vamos a tener este déficit de profesionales ahora, pero lo tendremos de manera más profunda en los próximos años, teniendo en cuenta lo que ya he dicho antes, y es que se van a jubilar 60 000 profesionales médicos en los próximos cinco años, lo cual, haciendo unos números muy groseros, significa que necesitaríamos alrededor de 12 000 nuevos especialistas al año, cuando estamos formando, en las convocatorias mir, en torno a 6000.

Pero no solamente es cuestión de planificar el número de profesionales, también hay que tener en cuenta otras variables, a veces con mayor incertidumbre que la planificación de hoy para dentro de quince años, que afectan a las necesidades de profesionales. Una de ellas son las necesidades de atención. Fíjense, si vamos al número de nacidos vivos en España, veremos que en el año 2000 hubo 390 000 nacimientos, en el año 2008 subieron hasta 520 000 nacimientos al año y en el año 2017 han vuelto a bajar a 390 000, es decir, 130 000 nacidos más entre 2008 y 2017. Eso significa que no es fácil planificar las necesidades de pediatras de atención primaria, teniendo en cuenta estas diferencias en el número de nacidos vivos. Asimismo, tenemos que verlo desde la perspectiva de las nuevas profesiones, de los nuevos roles profesionales o de las nuevas especialidades. Enfermería es un grado universitario desde el año 2010 y ha desarrollado también sus propias especialidades de enfermería, y eso tiene mucho que ver, por ejemplo, con la atención del niño en los centros de salud. Por otra parte, la convocatoria mir ya no es solamente de médicos, ahora a las convocatorias de formación en especialidades sanitarias se presentan psicólogos, farmacéuticos, biólogos, químicos o físicos, que en buena medida van asumiendo responsabilidades que antes eran solamente de los médicos. Estamos hablando también de la necesidad de establecer pasarelas entre especialidades afines a través de un marco de troncalidad. Hay tecnologías sanitarias que irrumpen y cambian de repente la manera en la que tratamos las enfermedades y necesitamos especialistas. No hay más que ver lo que significan, por ejemplo, los nuevos tratamientos contra la hepatitis C o lo que significaron los antirretrovirales contra el VIH y la repercusión que eso ha tenido en la necesidad de profesionales, o cómo ha cambiado la cirugía digestiva con algunos nuevos medicamentos y con el uso de la endoscopia, lo cual tiene una repercusión importante sobre la necesidad que tenemos, por ejemplo, de cirujanos digestivos.

Por otra parte, están la globalización y los flujos migratorios de profesionales, que hay que regular pero a lo que no podemos dar la espalda. En España cada año aproximadamente 3000 médicos solicitan acreditación para salir fuera a trabajar. La mayor parte de esos profesionales se van a Europa a trabajar, pero lo que no sabemos es cuándo, cómo, por qué y cuántos retornan a España después de pasar una temporada en Europa. Sin embargo, tenemos aproximadamente 2500 profesionales, la mayor parte extracomunitarios, latinoamericanos, que vienen a tratar de formarse en las convocatorias MIR en España. Por tanto, esos flujos migratorios hay que tenerlos en cuenta. Por último, el modelo de contratación de los profesionales médicos no puede tener dos ligas, no puede ser que haya unos médicos especialistas con un contrato fijo indefinido y luego tener médicos especialistas simplemente para cubrir vacantes, licencias, vacaciones, etcétera, porque eso es, como dicen algunos que estudian esos temas, resolver los problemas con petróleo barato. Hay un grupo de trabajo en el consejo interterritorial que está abordando esta problemática desde distintas perspectivas, nosotros lo hemos apoyado y hemos incorporado una enmienda —y ya terminé— a la anterior PNL precisamente para recoger las propuestas de ese grupo de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 25

trabajo sobre las necesidades de profesionales y aprobaremos la proposición no de ley del Grupo Podemos si acepta una enmienda que hemos presentado.

Muchas gracias.

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

Para la defensa de las enmiendas presentadas por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Angulo.

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

Señoría, como ya destacáramos en la defensa de una iniciativa que mi grupo presentó sobre atención pediátrica y atención primaria y que se aprobó en esta misma Comisión en el pasado mes de abril, es cierto que la pediatría y la medicina de familia son ámbitos que han ocupado esta Comisión de manera importante. En concreto, abordamos allí la necesidad de tomar medidas para paliar el déficit de profesionales en general, pero también de los de medicina familiar y comunitaria y de pediatría, realizándose la estimación de los profesionales que se necesiten en el Sistema Nacional de Salud. Por eso, la iniciativa que hoy nos propone el Grupo Confederado de Unidos Podemos nos parece un poco más simple porque el camino a lo que ustedes piden en su iniciativa ya lo inició el Gobierno del Partido Popular de manera más amplia y más rigurosa. Bajo el liderazgo del Ministerio de Sanidad y, de conformidad con todas las comunidades autónomas, se constituyó un grupo de trabajo sobre el déficit de profesionales médicos, un grupo que ha consensuado y elaborado un documento de las necesidades detectadas, comunidad a comunidad, y, en definitiva, son estas las comunidades autónomas que tienen la competencia para plantear el número de plazas que se necesitan y todas ellas, efectivamente, han planteado en ese grupo de trabajo que existen necesidades en estas especialidades.

Es un documento amplio que propone una serie de medidas para intentar acabar o paliar en la mayor medida posible este déficit. Entre ellas, la identificación de las plazas que tienen problemas, pero, además, se contemplan las necesidades de especialistas y conocer la proyección a cinco, diez o quince años vista de los estudiantes que saldrán de nuestras universidades; asimismo, flexibilizar y agilizar la acreditación de unidades docentes para la formación sanitaria especializada; valorar la ampliación de la oferta anual de formación sanitaria especializada, o revisar los planes de ordenación de recursos humanos de las comunidades autónomas para planificar también a cinco, diez o quince años. Así, hasta trece medidas que no enumero porque sé que todos ustedes conocen ese documento. **(El señor presidente ocupa la Presidencia)**. Es decir, el anterior Gobierno ha dejado ya un trabajo realizado, consensuado con las comunidades autónomas, y lo que entendemos que ahora procede es que el nuevo Gobierno ponga en práctica esas medidas a la mayor brevedad posible y en ese sentido va nuestra enmienda. Porque en la misma también recogemos el acuerdo que, como digo, se alcanzó en esta Comisión hace un par de meses para que se especifique los profesionales de medicina familiar comunitaria y de pediatría que necesita nuestro Sistema Nacional de Salud y, conforme a ello, hacer la oferta MIR de estas especialidades, adecuando lo máximo posible la demanda con la oferta, porque, como la propia proponente de la iniciativa reconocía, ellos en su iniciativa piden un aumento del 10% en general, pero puede que no sea en el momento que se saque cada oferta ese 10% o que ese 10% no sea general y unitario en todas las comunidades autónomas y sea mayor o menor en unas u en otras. Por eso, nosotros creemos que es más riguroso identificar las necesidades y planificar la oferta conforme a esas necesidades.

Nosotros esperamos que el grupo proponente acepte nuestra enmienda —parte de la misma, como digo, ya fue aprobada en esta Comisión— y que nos atengamos a ese documento de consenso aprobado que, además, contempla medidas para conseguir cubrir ese déficit de especialistas que no solo se basan en el aumento de las plazas MIR, sino en otros muchos aspectos, por lo que creemos que nuestra petición vía enmienda en ese sentido es más amplia. Pedimos que el nuevo Gobierno comience a trabajar ya para adecuar esta situación y, como digo, acabar con ese déficit de profesionales que, sobre todo en determinadas especialidades, tiene nuestro Sistema Nacional de Salud

Gracias.

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

Fijamos posiciones. ¿Señor Olòriz? **(Denegación)**.

Por el Grupo Ciudadanos, señor Navarro.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 26

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

Esta PNL está muy relacionada con los problemas que ya destacaba la anterior iniciativa, las necesidades de especialistas que padecemos en el Sistema Nacional de Salud, debido, sobre todo, al envejecimiento y a la falta de reconocimiento de los profesionales. Todo esto, como comentábamos antes, debido a la precariedad existente y a la ausencia de una retribución atractiva, está provocando el abandono del sistema público de salud por parte de estos profesionales de distintas categorías y especialidades. Hay que hacer notar la ausencia de un plan nacional de recursos humanos, al menos en la última década. En Ciudadanos, como he comentado también antes, esta necesidad la estamos planteando en todas las comunidades autónomas en las que tenemos representación e intentamos prever las necesidades futuras de los servicios de salud con el fin de evitar esta falta de profesionales y la eventual desatención de los ciudadanos. Por cierto, mi portavoz no me perdonaría si dejara pasar que el portavoz del Grupo Socialista ha comentado que los avances en endoscopia digestiva hacen menos necesarios a los digestólogos, cuando creo que son ellos los que los plantean. **(El señor Fernández Díaz, Jesús María: Los cirujanos)**. Los cirujanos. Pues entonces está bien.

El ámbito de la pediatría es especialmente complejo dentro de este panorama general. Hay una falta general de profesionales que pueden trabajar en el ámbito público, pero una acentuada en áreas sanitarias rurales o con baja densidad de población. Es algo que también tenemos que tener en cuenta y ya hemos iniciado propuestas en este sentido para incentivar las plazas de difícil cobertura, bien sea por mayores puntuaciones en OPE o inclusive estudiar mayores retribuciones. Tenemos que tener en cuenta también, como ya se ha comentado, que aumentar las plazas MIR no garantiza la correcta atención ahora. Esto tiene un plazo de implantación, con lo cual tenemos que emprender otro tipo de acciones, revisar el tamaño de las plantillas y las funciones que poseen en los sistemas sanitarios, evaluar el desempeño y los resultados de los facultativos y el personal de enfermería y el diseño de las áreas de salud también y, por supuesto, la mejora de la atención sanitaria en las zonas limítrofes de las distintas comunidades.

En todo caso, nos parece una propuesta adecuada que nosotros apoyaremos.

Muchas gracias.

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

A efectos de votación, señora Botejara, ¿va a aceptar alguna de las enmiendas?

La señora **BOTEJARA SANZ**: Aceptamos las enmiendas.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Las del Grupo Socialista y las del Grupo Popular?

La señora **BOTEJARA SANZ**: Sí.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien.

— SOBRE AYUDAS Y ASISTENCIA A LOS AFECTADOS POR IDENTAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/003368).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al último punto del orden del día —vayan avisando a los miembros de los grupos porque votaremos en breve—, el 8.º, relativo a la proposición no de ley sobre ayudas y asistencia a los afectados por iDental. La ha presentado el Grupo Parlamentario Ciudadanos, por tanto tiene la palabra el señor Igea.

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

Volvemos hoy a abordar un tema ya tratado en al menos tres ocasiones anteriormente desde el año 2016 y la última hace escasas semanas. Volvemos a traer este tema porque en las últimas semanas hemos tenido noticias cada vez más preocupantes: ya se han cerrado prácticamente todas las clínicas de iDental, el número de afectados es de unos... **(Rumores)**.

El señor **PRESIDENTE**: Un momento, señor Igea.

Hay demasiadas conversaciones a la vez —incluyendo la del fondo— que hacen que no se escuche al que tiene el uso de la palabra. Por lo tanto, un poco de silencio.

Señor Igea, tiene la palabra.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 27

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

Comprendo que es un tema recurrente que quizás no es tan interesante como otros, pero 220 000 personas afectadas en nuestro país creo que merecen un poco de atención. Es probablemente la crisis sanitaria más grave que hemos sufrido en los últimos años y, tal y como se están desarrollando los acontecimientos, ya ha anunciado el Colegio Oficial de Odontólogos que se va a personar en la causa y probablemente esto acabará, si nadie lo evita, en la Audiencia Nacional, que probablemente es el sitio donde debe acabar. Todo esto está generando una gran ansiedad y grandes demandas por parte de los afectados, con quienes nos hemos reunido ya en varias ocasiones. Hicimos una proposición no de ley en 2016 y otra hace pocos días, pero lo triste y verdad es que ninguna de las que hemos hecho se ha llevado a cabo. Se comentó la necesidad de prohibir la publicidad con ofertas económicas, han pasado dos años y no se ha hecho nada; aún se pueden seguir viendo anuncios como este que les muestro en la página web. Esto es de hoy. Se anuncia el 50 %, 12 euros un implante... Estas son justo el tipo de cosas que esta Comisión ya planteó de manera reiterada que no se deben hacer. Por eso, hemos decidido presentar esta nueva iniciativa porque además los afectados nos solicitan ayuda para no entrar en las listas de morosos, ya que no es solo que les hayan dejado sin dientes, sino que además ni siquiera tienen la posibilidad, porque la mayoría de ellos son personas con ingresos muy bajos, de financiarse otro tratamiento; además, es completamente irregular lo que está ocurriendo con los datos y con su entrada en listas de morosos.

Por todo ello, hemos decidido solicitar al consejo interterritorial que trate este problema con urgencia y que se mejoren los procedimientos de acreditación y supervisión de los centros sanitarios; asimismo, instar a la Agencia Española de Protección de Datos para que dé información a las personas afectadas acerca de sus derechos, para que se maneje adecuadamente la Ley de Protección de Datos y no entren sus datos en las listas de morosos, cosa que no debería pasar; igualmente, que se estudie la creación en la Junta Arbitral Nacional de Consumo de un mecanismo de coordinación con las juntas arbitrales de todo el país para poder dar una solución lo más reglada y eficaz posible. Y, por último, queremos que se constituya también una mesa de expertos independientes, a fin de determinar si se ha podido incurrir en responsabilidad patrimonial por parte de las administraciones públicas, que son las obligadas a efectuar las labores de inspección y supervisión en el ámbito sanitario, e informar, en su caso, sobre las posibles respuestas legales dirigidas a resarcir a los afectados de los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento anormal de la Administración pública. Es decir, no puede ser que después de tres años de avisos, de avisos reiterados por parte del Congreso y del Colegio Oficial de Odontólogos, muchas comunidades no hayan hecho nada sobre publicidad, sobre las inspecciones y sobre la supervisión de los centros que tienen asignados y queden exentos de responsabilidad. Este país necesita que alguna vez las administraciones públicas reconozcan cuáles son sus funciones, sus competencias. Nos pasamos el día aquí oyendo hablar de las competencias, pero resulta que el día que de esas competencias se derivan responsabilidades nadie quiere hacerse cargo de las responsabilidades que conlleva asumir las competencias. Por todo ello, votaremos por puntos esta proposición porque así se nos ha pedido y esperamos que el Gobierno y el consejo interterritorial tomen cartas en el asunto a la mayor brevedad posible y consigamos disminuir una de las mayores catástrofes sanitarias que han ocurrido en este país en los últimos años.

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

Hay dos grupos enmendantes. El primero que tendrá la palabra para la defensa de las enmiendas es el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. La señora Bosaho tiene la palabra.

La señora **BOSAHO GORI**: Buenas tardes, señorías.

El problema de los afectados y afectadas de iDental ha ido en aumento, como ha comentado el compañero, a medida que ha pasado el tiempo por la relevancia y el impacto social que ha generado una estafa masiva y que, por desgracia, se ha hecho más visible por el mayor número de personas afectadas que aparecen todos los días.

En esta Comisión se debatió, como se ha dicho ya, la PNL de Ciudadanos sobre la publicidad, que es uno de los temas importantes. Uno de los puntos clave es exigir el cumplimiento de la armonización de la normativa publicitaria, sobre todo los principios de veracidad y ética que debe cumplir el consejo interterritorial con el fin de regular los anuncios que se distribuyen en nuestro país. Efectivamente, los grupos aquí presentes de una u otra forma nos hemos ido interesando por este problema de salud pública que afecta a tantísimas personas con pocos recursos sobre todo y con un nivel de vulnerabilidad importante. Nos hemos reunido con los afectados y afectadas; yo misma junto a otro compañero de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 28

Comunidad Valenciana estuvimos reunidos la semana pasada con más de doscientas personas. Es un verdadero drama de salud pública y nos consta la preocupación y la situación de indefensión que están arrastrando hasta ahora. En la última comparecencia que tuvo el señor José Javier Castrodeza Sanz en esta Comisión, le comentamos nuestra preocupación por la situación de este colectivo y cómo la Administración sanitaria no había cumplido su deber de proteger la salud pública, como estamos viendo hasta ahora. En una segunda visita, de forma privada, le seguimos comentando nuestro malestar por la situación de abandono de este colectivo, y en esta ocasión el señor Castrodeza nos comunicó que ya se estaban ocupando de la situación.

Todo lo que se está expresando hoy es de suma importancia por la gravísima situación que están pasando estas personas. Por nuestra parte entendemos que el Gobierno debe liderar las acciones jurídicas para paralizar los cobros por parte de las entidades financieras y poner en marcha la extensión de las prestaciones del sistema sanitario, para incluir sobre todo —porque es necesario— la salud bucodental pública, universal y gratuita. Exigimos igualmente al Gobierno que preste atención a este problema y ponga en marcha los mecanismos de control. Asimismo, los afectados y afectadas solicitan la creación de una fiscalía de consumo. Este caso ha puesto de manifiesto ante la Administración que a veces un problema tan grave de salud como es el bucodental supone una carrera de obstáculos para la ciudadanía. Actualmente, presentar una reclamación puede ser una dificultad enorme para estos colectivos tan ‘vulnerabilizados’.

Hemos presentado unas cuantas enmiendas que esperamos que nos acepten, aunque dicen que se van a votar por puntos. Para finalizar, es evidente que la ausencia de esta regulación es la que genera situaciones de indefensión como las vividas por los afectados y afectadas de iDental tanto a nivel estatal como autonómico.

Muchas gracias.

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

Para defender las enmiendas del Grupo Socialista, la señora Ramón tiene la palabra.

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

Quiero recordar, al igual que ha hecho el proponente de esta iniciativa, que ya hay aprobadas dos proposiciones no de ley en esta Comisión que se refieren a la mejora y actualización de la regulación de la publicidad en los centros, establecimientos y servicios sanitarios, así como al funcionamiento de las clínicas dentales en España. En ellas se solicita, primero, que se cumpla lo mandado por esta Cámara el día 24 de noviembre de 2016. Fue en esa proposición no de ley, que se aprobó en sus términos, donde se decía que había que hacer un análisis integral coordinado para reformar la normativa donde se mejorara y actualizara la regulación de la publicidad, garantizando la seguridad de los pacientes y usuarios; que se regulara la inspección, el control, las responsabilidades y las sanciones que derivan de la publicidad engañosa; que se impulsaran medidas eficaces para el control de la publicidad y propaganda comercial sanitaria, incluyendo, en su caso, todas las restricciones. Insistimos, queremos que el Gobierno, coordinado con las comunidades autónomas, sea el que impulse las medidas de control de la publicidad y, en su caso, las restricciones o las medidas que deba adoptar para controlar este tipo de publicidad, sobre todo cuando incluyan ofertas económicas como rebajas, premios o cualquier otro tipo de atractivo económico.

Se está trabajando ya desde el Ministerio de Sanidad para llevar a cabo una modificación del Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria. Además, también queremos incidir en establecer planes específicos, por supuesto coordinados con las comunidades autónomas, para llevar a cabo inspección laboral en estos centros y controlar que se cumpla la legislación laboral, los requisitos de la titulación profesional, los criterios de acreditación de la formación especializada que ofertan algunas de estas clínicas en coordinación con las autoridades y organizaciones profesionales y, sobre todo, apoyar a los afectados en las pruebas periciales para la acreditación de los presuntos daños provocados en estas clínicas, sobre todo en las clínicas dentales.

Debido a la problemática de salud que están sufriendo numerosos afectados, también desde la Secretaría General de Sanidad y Consumo se ha concertado hace unos días una reunión con el Consejo General de Odontólogos de España con el fin de poder abordar la situación de los afectados que se han quedado sin finalizar los tratamientos y coordinar esta acción con el conjunto de los colegios de odontólogos y estomatólogos del Estado. Para nosotros es un asunto de extrema importancia, por eso nos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 29

hemos reunido con los afectados desde el primer momento, con el Consejo de Odontólogos en varias ocasiones y con las autoridades de consumo de las diferentes comunidades autónomas; lo hemos hecho antes desde la oposición y ahora recientemente desde el Gobierno. Como decía, es un caso de extrema importancia y de extrema gravedad, porque aunque no se dispone del número exacto de afectados, ya que han interpuesto reclamaciones en diferentes instancias —autoridades sanitarias, de consumo de las comunidades autónomas, oficinas municipales de información al consumidor, etcétera—, se estima que existen unas 4589 reclamaciones en las sedes de consumo y son más de 8000 los afectados registrados por la entidad de la Asociación Nacional de Afectados por iDental. Como he dicho, desde la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición se han emprendido varias acciones, además de varias reuniones, y también he mencionado que ya se está trabajando en la modificación de ese real decreto. Se está recabando información a las comunidades autónomas con toda la documentación necesaria atendiendo a la petición del fiscal general del Estado al objeto de que se pueda valorar por la fiscalía un posible ilícito penal, y también se han pedido las pautas a seguir para que estas personas afectadas puedan recuperar sus historiales médicos, solicitando la forma de actuación a la dirección de la Agencia Española de Protección de Datos.

En definitiva, quiero reiterar el compromiso con todos los afectados de dar una solución a este problema. Por ello, hemos presentado varias enmiendas que entendemos que mejoran la iniciativa que ha presentado el Grupo Ciudadanos que, según ha manifestado, se va a votar por puntos. Quiero indicar que el sentido del voto del Grupo Socialista será afirmativo en esta votación separada, excepto en un punto que pretende crear una comisión de expertos para fijar la posible responsabilidad patrimonial, porque en nuestro grupo entendemos que esto no es competencia de un grupo de expertos, sino de las autoridades judiciales.

Muchas gracias.

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

En turno de fijación de posiciones, tiene la palabra el señor Olòriz. **(Denegación)**. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Romero.

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

Nosotros estamos de acuerdo con el espíritu de esta iniciativa. Nos hemos reunido con la plataforma de afectados, hemos hecho iniciativas de apoyo a los mismos y estamos absolutamente de acuerdo en que precisan una reparación sanitaria de los daños físicos causados y una reparación económica. Se ha llegado a extremos verdaderamente sorprendentes. El presidente del Colegio Oficial de Odontólogos ha llegado a manifestar que tenía indicios de que se habían extraído hasta dientes sanos. Soy andaluza y los afectados en mi tierra son los más numerosos, según la plataforma, 2338. Hay más de mil reclamaciones hechas en la Junta de Andalucía ante los organismos competentes en materia de consumo. Hemos conocido la existencia de una multa en 2017 de la Junta de Andalucía a iDental por un importe de 100 000 euros. Nada más que en mi barrio, el barrio en que me crié, ya hay 326 afectados de una clínica. Pero no podemos sin más compartir los medios que piden para reparar en esta iniciativa, y eso es en defensa precisamente de los afectados.

Señorías, el punto 4 lo valoramos positivamente, pero quiero dejar muy clara una cosa. La empresa ha cesado en su actividad, ya no cabe el arbitraje. Señorías, no podemos confundir a los afectados y que se les generen más perjuicios. El contrato de consumo que daría derecho al arbitraje ya es ineficaz, así como el crédito anexo al mismo, según el artículo 23 de la Ley de Contratos de Crédito al Consumo, por lo que a los afectados solo les queda solicitar la cancelación y devolución íntegra de los importes ante la entidad financiera o en su caso ante el Banco de España. Señorías, es importante que tengan un crédito con un título ejecutivo, porque esta empresa lo más probable es que entre en concurso de acreedores, y tener un título ejecutivo es muy importante en la prelación de créditos en la masa del concurso.

Con respecto al punto 5, quiero manifestar que hay separación de poderes en España, nosotros en el Congreso podemos apoyar, controlar y exigir responsabilidades políticas, pero, señorías, las indemnizaciones por daños y perjuicios o la asume la propia Administración tras reclamación de los afectados o se pide ante la justicia. Señorías, tenemos tutela judicial efectiva en nuestro país garantizada por la Constitución, gratuidad de la justicia para quien acredite insuficiencia de recursos para litigar y el derecho reconocido en el artículo 106.2 de nuestra Constitución a todos los españoles a recibir una indemnización por daños y perjuicios causados, bien por acción, bien por omisión de la Administración, así como la responsabilidad penal subsidiaria de la Administración. Hay ya causas abiertas en la Audiencia

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 30

Nacional y en el Juzgado de Instrucción número 3 de Sevilla. Señorías, solo tienen un año desde que se les reparen las secuelas físicas y psicológicas, han de acudir a los tribunales. Nosotros les apoyamos, queremos ayudar, reparar la salud de los afectados y que sean indemnizados y reparados, pero no podemos sustituir la labor de los jueces. Como creemos que tienen el derecho y el deber de estar bien asesorados jurídicamente, no consideramos que una comisión de expertos —que les haría un lío y creer que eso les puede solucionar el problema— les haga ir a los tribunales, que son los que le van a reconocer ese derecho.

Nada más y muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Para finalizar, señor Igea, además de votar por puntos, entiendo que no acepta ninguna de las enmiendas.

El señor **IGEA ARISQUETA**: ¿No se podría votar por puntos si se aceptan?

El señor **PRESIDENTE**: ¿Qué enmiendas acepta entonces?

El señor **IGEA ARISQUETA**: Si no se puede votar por puntos si se aceptan enmiendas, no aceptamos ninguna.

El señor **PRESIDENTE**: Entonces estamos a la espera de qué pasa con el punto 5, porque se había anunciado que en principio se aceptaba la enmienda del Grupo Parlamentario Popular pero luego se hablaba también de la de Ciudadanos.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Solo la enmienda de adición del Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien. Nos quedamos entonces solamente con la del Grupo Parlamentario Popular.

Hacemos una pequeña pausa y comenzamos con las votaciones. **(Pausa)**.

VOTACIONES.

El señor **PRESIDENTE**: Comenzamos la votación de las proposiciones no de ley en el orden en el que venían en el orden del día, no en el orden que han sido debatidas.

La primera votación va a ser sobre la proposición no de ley relativa a la hospitalización domiciliaria, según la transacción que viene firmada por el Grupo Popular y por el Grupo Socialista.

Efectuada la votación, dijo

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

Votamos el segundo punto, que es la proposición no de ley relativa a garantizar un sistema de información de servicios sociales, según la transacción firmada por el Grupo Popular, el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos y el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dijo

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

El tercer punto es la PNL relativa a recuperar los viajes entre islas asociados al turismo social y termalismo saludable, que no tiene enmiendas y, por lo tanto, se vota en sus términos.

Efectuada la votación, dijo

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

Cuarto punto del orden del día, PNL sobre medidas para la adecuada atención de los pacientes con atresia de esófago y sus familias, que se votará según la proposición más la enmienda del Grupo Socialista.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 548

28 de junio de 2018

Pág. 31

Efectuada la votación, dijo

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

El quinto punto del orden del día es la PNL, relativa a solicitar un informe de análisis y propuestas para una gestión de profesionales acorde a los retos actuales y futuros del Sistema Nacional de Salud, se votará según los términos originales más la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

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

El sexto punto del orden del día, que es la PNL relativa a la necesidad de profesionales en medicina en el sistema sanitario público, se votará según la propuesta original más las enmiendas del Grupo Parlamentario Popular y del Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 33; abstenciones, 2.

El señor **PRESIDENTE**: Con esta votación se rompe la racha y queda aprobada la proposición no de ley. **(Risas)**.

El séptimo punto del orden del día es la PNL relativa a la creación de la especialidad de urgencias y emergencias, que se votará según la transacción presentada por el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 28; abstenciones, 7.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Por último, votamos la PNL sobre ayudas y asistencia a los afectados por iDental, que votaremos por puntos. Supongo que no se puede agrupar ninguno, así que iremos uno por uno. Son cinco puntos.

Primer punto.

Efectuada la votación, dijo

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

Segundo punto.

Efectuada la votación, dijo

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

Tercer punto.

Efectuada la votación, dijo

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

Cuarto punto.

Efectuada la votación, dijo

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

Quinto punto y aquí viene dónde la matan. **(Risas)**.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 11; en contra, 23; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Pendientes de confirmar la fecha definitiva de la comparecencia de la ministra, se levanta la sesión.

Eran las dos y cincuenta minutos de la tarde.