



# CORTES GENERALES

## DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2012

X Legislatura

Núm. 88

## SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MARIO MINGO ZAPATERO

Sesión núm. 5

celebrada el martes 8 de mayo de 2012

Página

### ORDEN DEL DÍA:

#### Proposiciones no de ley:

- |   |   |
|---|---|
| — Para reforzar las políticas de inclusión social y mejorar la atención a las personas sin hogar. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/000149)..... | 2 |
| — Relativa a la consideración de la fibromialgia como enfermedad incapacitante. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000524). ....  | 6 |
| — Sobre la extensión de programas de mejora de la calidad asistencial en pacientes crónicos polimedicados. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000515). ....          | 9 |

	Página
— Para la adopción de medidas de apoyo a las personas con síndrome de Down y la reposición del calendario del sistema de atención a la dependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000522). . . . .	10
— Para la realización de un plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2012-2015. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000527). . . . .	14
— Sobre el recorte adicional de 7.000 millones de euros en la sanidad pública. Presentada por el Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural. (Número de expediente 161/000548). . . . .	17
— Relativa a la coordinación interautonómica de los cribados. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000551). . . . .	21
— Relativa a la promoción de la hospitalización domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud en los supuestos en los que resulte recomendable desde el punto de vista sanitario y social. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000554). . . . .	23
— Sobre la universalización de la asistencia sanitaria pública. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000277). . . . .	26
— Debate y votación de solicitud de creación de subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deberán acometerse para garantizar su sostenibilidad. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 158/000007). . . . .	29

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

**PROPOSICIONES NO DE LEY:**

— **PARA REFORZAR LAS POLÍTICAS DE INCLUSIÓN SOCIAL Y MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS SIN HOGAR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ).** (Número de expediente 161/000149).

El señor **PRESIDENTE:** Vamos a comenzar la Comisión que tiene un orden del día denso, por lo que les ruego a sus señorías que se ajusten a los tiempos inicialmente concedidos. Les quiero anunciar a todos que estimo que la votación no será antes de las dos de la tarde. Comenzamos con el punto 1, que es una proposición no de ley para reforzar las políticas de inclusión social y mejorar la atención a las personas sin hogar. Su autor es el Grupo Parlamentario Catalán. (Convergència i Unió).

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA:** Quiero proponer que se debata en primer lugar la relativa a la fibromialgia.

El señor **PRESIDENTE:** Hay una propuesta para modificar el orden del día y debatir en primer lugar la relativa a la consideración de la fibromialgia. ¿Hay algún problema?

La señora **TARRUELLA TOMÀS:** Sí, el proponente tiene que marcharse después del punto 1.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA:** Puede debatirse la segunda.

El señor **PRESIDENTE:** ¿Puede ser debatida en segundo lugar? (**Asentimiento**).

Don Carles Campuzano tiene la palabra para defender su proposición no de ley.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS:** Gracias, doña Olaia, por mantener en el primer punto del orden del día esta proposición no de ley de Convergència i Unió, que pretende reforzar las políticas de inclusión social y mejorar la atención a las personas sin hogar.

Es evidente que no podemos afirmar que la realidad de las personas sin hogar nos sea desconocida. Tan solo hay que llegar a este Congreso de los Diputados cada mañana para darnos cuenta de esta realidad o pasear por el centro de Barcelona o por cualquier otra gran ciudad

de España. La realidad existe. También es cierto, señorías, que los datos oficiales que manejamos en esta materia son relativamente antiguos. Existe un estudio muy sólido de don Pedro Cabrera, realizado con Caritas y la Universidad Pontificia de Comillas, del año 2000, si no recuerdo mal. También existe el informe que realizó el INE en la encuesta de personas sin hogar del año 2005. En esos informes del INE de 2005 y de Pedro Cabrera de 2000 se nos habla de entre 20.000 y 30.000 personas que estarían en esa situación, con más de 9.000 personas que duermen en albergues o en pisos de acogida, entre 19.000 y 24.000 personas que comen en comedores colectivos amparados por iniciativas de la sociedad civil o de las administraciones locales. Aquí apunto una primera referencia a que en esta materia, que hoy Convergència i Unió pretende comprometer a la Cámara, estamos manejando datos relativamente antiguos y todos ellos previos a la crisis. Lo que nos dicen las entidades sociales que trabajan en este ámbito es que fruto de las características de esta crisis, un paro prolongado desde hace cerca de cinco años, problemas graves de mantenimiento de la vivienda de las personas y desahucios fruto de ese sobreendeudamiento al que muchas familias se han visto sometidas, esta realidad tiende a aumentar.

Además, señorías, nos movemos en la contradicción de que esa realidad, que fruto de esta crisis tiende a aumentar, al mismo tiempo en las épocas de vacas gordas, de alegría económica, no fuimos capaces de reducir sustancialmente esa realidad de pobreza estructural, tan dramática, que afecta a personas tan concretas. No fuimos capaces de hacerlo y también en las épocas de vacas gordas, nuestra contribución, en términos comparados con los países del entorno europeo en políticas de lucha contra la exclusión social, siempre nos hemos movido extremadamente por debajo de las medias europeas, con una relación de menos de un 30% del gasto medio europeo en ese tipo de políticas. Un problema estructural, el de las personas sin hogar, que no hemos sido capaces de abordar en los tiempos buenos y que con la crisis viene a incrementarse. Un problema que no es exclusivamente del ámbito urbano, hay una tendencia a situarlo en esta materia, pero no lo es, afecta también a ciudades pequeñas y medianas, a pueblos del ámbito rural, que es heterogéneo en la composición de las personas que se ven afectadas, pero hay una referencia a una presencia importante de personas de origen extranjero y a una presencia importante de personas con enfermedades mentales de carácter crónico. Además es bueno recordar que la mayoría de las personas que padecen esa situación no están protegidas ni por el sistema de pensiones no contributivas ni por el sistema de rentas mínimas. Son personas que malviven en la calle y que malviven ganándose el dinero con actividades diversas. Esta es una realidad.

Señorías, este contexto de ajustes presupuestarios al que está sometida España está afectando también a los recursos de las políticas sociales. En el propio presupuesto que estamos discutiendo en la Cámara existe la

dimensión del plan concertado, que es el principal instrumento con el que se están financiando los servicios sociales. Esta es una realidad compleja y los recursos son insuficientes. Se calcula que en España la inversión en estas políticas, con aquello que impulsa la sociedad civil y las administraciones públicas, suponen alrededor de 60 millones de euros, con más de 2.900 personas comprometidas profesionalmente en este campo y más de 13.000 voluntarios comprometidos, pero todo ello es insuficiente.

Esta proposición no de ley de Convergència i Unió pretende fundamentalmente plantear dos cuestiones. Por un lado, que la Administración General del Estado, que tiene margen presupuestario, comprometa un fondo de 20 millones de euros para reforzar estas políticas que desarrollan comunidades autónomas y administraciones locales. Estamos hablando de una cifra relativamente modesta para lo que son los Presupuestos Generales del Estado. Por otro lado, que se aborde una cuestión pendiente, que España no ha sido capaz de abordar, que es la ratificación de la Carta Social Europea, en cuyo artículo número 31 se compromete a las partes firmantes a garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la vivienda. España no ha ratificado la Carta Social Europea revisada. Es sorprendente que ello no se haya producido en todos estos años. Esta carta fue adoptada en 1996 y supondría, en términos jurídicos, un reforzamiento del efectivo ejercicio del derecho a la vivienda. Además la carta mandata a que se desarrollen políticas públicas en esta materia. Existe una subcomisión parlamentaria que va abordar esta cuestión en estos próximos meses, pero nos parece que el compromiso de la Cámara en el sentido de ratificar la Carta Social Europea revisada es imprescindible. A mi grupo le gustaría que esta proposición no de ley contase hoy con el apoyo unánime de todos los grupos parlamentarios de la Cámara.

El señor **PRESIDENTE**: Se han presentado dos enmiendas. Para defender la primera, en representación de su grupo, tiene la palabra don Antonio Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: En cuanto a la propuesta, nuestro voto es favorable, pero introduciremos una enmienda de modificación, porque nos llama poderosamente la atención, aunque no nos extraña viniendo de quien viene, que siendo esta una PNL que está basada en un estudio, precisamente pasa por alto una de las apreciaciones fundamentales del estudio, es aquella en la que se dice que se ha de elaborar una estrategia nacional. En esa dirección va nuestra enmienda. No quisiera dejar pasar la oportunidad de decir que nos parece muy importante que establezcamos, en primer lugar, mecanismos de prevención que detecten los procesos de exclusión antes de que las personas se encuentren en la calle, que nos parece importante crear un sistema estadístico para definir y estudiar anualmente la evolución y las características de la exclusión residencial en España y monitorizar las políticas públicas que

se vayan realizando. También nos parece importante garantizar el empadronamiento de todas las personas como mecanismo para garantizar sus derechos básicos. Creemos que hay que establecer también un protocolo de coordinación entre administraciones locales, autonómicas y estatales por la especial movilidad que tienen las personas de las que estamos hablando hoy. Nos parece que también hay que promover modificaciones legislativas para incluir en los servicios mínimos obligatorios locales, establecidos en el artículo 26.1 de la Ley de Bases del Régimen Local, el alojamiento en casos de emergencia. Nos parece que hay que avanzar y unificar en criterios de acceso y permanencia de los sin hogar en todas las comunidades autónomas y entidades locales, garantizando un mínimo de plazas, así como diversificar los modelos de alojamiento, según necesidades, y nunca por religión, raza, etcétera.

El texto que nosotros proponemos en la enmienda de modificación es el siguiente: crear un fondo extraordinario de 20 millones de euros para el fortalecimiento —y aquí empieza el cambio—, con recursos económicos de las políticas en materia de prevención y lucha contra la exclusión social y el *sinhogarismo* destinado a financiar las acciones concretas que en el desarrollo de la estrategia nacional se lleven a cabo desde las administraciones central, autonómica y local. Por último, señorías, se calcula que más de 30.000 personas en nuestro país están sin hogar. En un país curiosamente con más de 3 millones de viviendas vacías. Necesitamos un enfoque global de políticas sociales y de vivienda, así como de salud, trabajo o educación, en una línea ya marcada por el Parlamento y la Comisión Europea, también por la Feantsa y por la Red europea de la lucha contra la pobreza.

Señorías, la distancia entre ricos y pobres es cada vez mayor. Tenemos más de 11 millones de personas que están en riesgo de pobreza en España, 1 millón de personas más que el año pasado. El número de desahucios ha marcado un nuevo récord 58.241 en 2011, un 22% más que en el 2010. Si no hacemos nada para evitar esto pondremos en riesgo una cohesión y una paz social que milagrosamente se mantienen hasta ahora.

El señor **PRESIDENTE**: Para defender la enmienda de su grupo tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Saludamos la iniciativa del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió. Es una iniciativa necesaria, en primer lugar, por lo que significa de ratificación de la Carta Social Europea sobre el derecho a la vivienda y también por la preocupación que plantea la iniciativa con respecto a la situación de los sin hogar en nuestro país. Lo que ocurre es que esa iniciativa, que sería lógica en cualquier momento de la situación económica y social del país, en nuestra opinión, hoy es una iniciativa a todas luces insuficiente en un momento de crisis. No estamos hablando de exclusión, ni siquiera de personas sin hogar, sino que estamos

hablando de expulsión. En estos momentos la realidad dramática es que tenemos que parar la sangría de la exclusión, de los desahucios, que se cobra, día a día, nuevas personas, nuevas víctimas, que se convierten en expulsados y excluidos. Nosotros proponemos, como una propuesta adicional, abordar el tema de los desahucios en nuestro país, que además se da con la paradoja sangrante de que esos desahucios se producen fundamentalmente como un elemento disuasorio, no tanto porque el banco que desahucia vaya a obtener un nuevo inquilino o vaya a vender esa vivienda, sino como elemento disuasorio a otros inquilinos y, por otra parte, porque eso se une también a la existencia en nuestro país de manera escandalosa de 3 millones de viviendas vacías en estos momentos. Además de esa iniciativa adicional de paralización de los desahucios a personas en situación de pobreza o de paro, debería incluirse también la propuesta del derecho a la vivienda por ley que se ha establecido en varios países europeos. Quiero recordarles señorías que varios países europeos —y alguno de ellos vecino nuestro— contemplan la paralización de los desahucios en momentos de crecimiento económico únicamente por razón de la estación, cuánto más en momentos de crisis económica por razón de paro o de situación de falta de alternativas de hogar sería necesario también plantear esta medida de moratoria o de paralización de los desahucios. Aquí es donde queremos centrar nuestra propuesta sin devaluar la propuesta del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, que nos parece muy necesaria en torno a la firma de los compromisos en el marco europeo y a la posible incorporación de medidas adicionales en materia de lucha contra la pobreza o de lucha contra la situación de personas sin hogar.

El señor **PRESIDENTE**: Turno de fijación de posición. Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra doña Esperanza Esteve.

La señora **ESTEVE ORTEGA**: Señor Campuzano, vamos a votar a favor de su proposición no de ley. Voy a comentar algunos aspectos que nos parecen relevantes. El primero es que nos parece adecuada y necesaria la ratificación por parte del Gobierno de la Carta Social Europea revisada, que facilite una estrategia común europea para las personas sin hogar. Luego diré por qué, además del hecho en sí mismo. Quiero recordar que tenemos en estos momentos la existencia del Plan nacional de inclusión social del Reino de España, que quizás estaría bien revisar sus contenidos y adaptarlo a la nueva realidad, pero este es un instrumento que da líneas generales, que permite establecer experiencias concretas y hacer una transferencia de conocimiento en las otras ciudades donde están llevándose experiencias similares.

En segundo lugar, señor Campuzano, no voy a repetir los datos que usted ha señalado. Es cierto que no disponemos de datos recientes, pero quiero recordar que el

fenómeno de las personas sin techo ha venido modificándose en los últimos años y hemos pasado de un perfil de hombre entre 45 años en adelante, cuya causa principal eran las rupturas familiares, el alcoholismo, con consecuencias de salud mental y pérdida de empleo — este era el perfil que teníamos hace unos años— a un perfil más joven y vinculado a dos realidades, lo digo porque a veces las estrategias que luego vamos a seguir tienen que ver con esta modificación del fenómeno en sí. La primera es la movilidad internacional, el fenómeno migratorio hace, entre otras cosas, que haya un perfil también de hombre más joven que se mueve por todo el territorio de España, que está en situación de precariedad, que no dispone de seguros o de colchón social y que no pueden regresar a veces a sus países de origen, porque están en una rueda de marginalidad o de exclusión importante. Este es un grupo que ha crecido muchísimo y que se ha diferenciado en los últimos años.

La segunda —y aquí sí que viene el tema de la estrategia de vivienda— es la que está relacionada con la crisis económica, lo que hace que la complejidad sea mucho mayor. Ahí es donde están familias, donde los perfiles cambian de perfiles más normalizados que han caído en situaciones de exclusión, que están afectados por el tema de las hipotecas, de la pérdida de empleo, es decir, que hay una relación causal entre su situación de procedencia en cuanto a la crisis y su situación actual en la calle, siendo atendidos por las redes que existen. Esto hace que sean necesarias dos cosas. Una estrategia a nivel general y a nivel estatal, porque esta movilidad, según las estaciones, según el frío o el calor, las personas se mueven. Por ejemplo, Madrid es un foco de atracción muy importante en cuanto a la recepción de personas que demandan ayudas, albergues, etcétera. Voy acabando, señor presidente. No tanto otras zonas, pero es cierto que, primero, el fenómeno es creciente; segundo, que tiene que existir una estrategia común; tercero, que tiene que estar dotado económicamente, y, cuarto, que hay que trabajar con metodologías según los perfiles que tenemos, incorporando tres elementos básicos: una marginación inicial; una marginación o una exclusión avanzada y cuando estamos en situaciones consolidadas. Esto configura estrategias distintas y creemos que es necesario que esto se dote económicamente. Evidentemente los otros recursos que daban apoyo al plan concertado...

El señor **PRESIDENTE**: Vaya concluyendo, señora Esteve, por favor.

La señora **ESTEVE ORTEGA**: Acabo ya. ...se han visto reducidos, por lo que no permiten tampoco atender a este tipo de población. Disculpe por el exceso de tiempo.

El señor **PRESIDENTE**: En representación del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra doña Marta Torrado.

La señora **TORRADO DE CASTRO**: A más de uno de ustedes seguramente les habrá pasado como a mí, acercarse a un cajero automático cualquier mañana y encontrarse con que ese lugar se ha convertido en el dormitorio de una persona sin techo. La reacción puede ser muy variada según la sensibilidad de cada uno, desde sentimiento de miedo, de compasión, de desprecio o de indignación. El momento podría ser, en cierta manera, positivo si consiguiese al menos provocar en cada uno de nosotros una reflexión que nos llevara a cuestionarnos cómo esa persona ha podido acabar así. Por supuesto, que ningún ciudadano que sea testigo de una situación similar se sentirá identificado con esos hombres y con esas mujeres que acumulan sus pertenencias en un carrito de la compra y que pasan la noche en un banco en una céntrica plaza. Quizá nos estemos equivocando, puede que esa empatía fuese más evidente si supiéramos que muchas de esas personas sin techo son licenciados en derecho o antiguos empleados de banca, personas con formación que en unos años atrás disfrutaban de las glorias del éxito.

Señorías, la sociedad ha de tener claro que es totalmente falso e injusto calificar a las personas sin hogar como un colectivo de vagos o de maleantes que son alcohólicos o que son drogadictos y que se lo han buscado y que, por tanto, merecen esa situación en la que se encuentran. Eso no es así. Por eso, según diferentes entidades, como puede ser la fundación RAIS —que estoy segura que muchos de ustedes conocen, que es una entidad que trabaja muy de cerca con estas personas y que las ayuda a salir de esta situación de exclusión—, las personas sin hogar viven una media de siete u ocho sucesos traumáticos encadenados en un corto período de tiempo, mientras que el resto de las personas sufrimos una media de tres o cuatro de estos traumas pero a lo largo de toda nuestra vida. Sucesos como la muerte de un ser querido, una separación sentimental, la pérdida de empleo, la inexistencia de recursos económicos o el desahucio, unidos a la falta de apoyo familiar y social, provocan una situación de vulnerabilidad que puede llevar con facilidad a que una persona desemboque en esta situación de calle. Esta referencia nos refleja claramente que el problema de las personas sin hogar no es solamente una cuestión de techo y, por tanto, la solución no puede reducirse a construir más viviendas; la solución, o más bien la prevención, ha de pasar por fortalecer nuestro sistema para evitar al máximo la concatenación de este tipo de acontecimientos en una misma persona. De ahí el esfuerzo, el importante esfuerzo que está realizando el Gobierno de España para retomar la buena marcha de nuestra economía, de acuerdo no solamente con el artículo 31 de la Carta Social sino también con la Constitución, que garantiza, en su artículo 47, el derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Por eso, el Gobierno está trabajando para garantizar la viabilidad de los servicios públicos, para hacerlos más eficientes, para que lleguen a los más necesitados y para que tengamos una sociedad de igualdad de oportunidades, tra-

bajando para favorecer el acceso efectivo de los ciudadanos a una vivienda digna y adecuada de acuerdo con establecido en la Constitución. Como muy bien dice la propuesta de *Convergència i Unió*, las competencias para combatir el *sinhogarismo* recaen principalmente en las comunidades autónomas y en los ayuntamientos y por eso las administraciones autonómicas son las encargadas de gestionar las medidas financieras promovidas por la Administración General del Estado en el Plan estatal de vivienda y rehabilitación 2009-2012, plan en el que se enmarca toda la política estatal de vivienda que financia el ministerio.

El señor **PRESIDENTE**: Debe ir concluyendo, señora Torrado.

La señora **TORRADO DE CASTRO**: Por ello, el Grupo Parlamentario Popular insta a las comunidades autónomas a que hagan un esfuerzo para buscar soluciones acordes con la situación de crisis en la que nos encontramos —respetamos las competencias autonómicas en esta materia—, pero contando siempre con el apoyo del Gobierno de la nación, que articula los mecanismos en el citado plan, un plan que prioritariamente atiende y da protección a los más vulnerables, a aquellas personas que no tienen un hogar, a aquellas personas que vienen de programas como el de erradicación del chabolismo, a las personas dependientes, a las familias monoparentales con hijos, a las mujeres víctimas de violencia, a los mayores de sesenta y cinco años y, por supuesto, a cualquier colectivo necesitado. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Campuzano, ¿va a aceptar alguna enmienda? ¿Hay alguna transaccional?

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: A la espera de conocer si el Grupo Popular nos ofrece algún tipo de propuesta, aceptamos la enmienda número 2 del señor Llamazares.

— **RELATIVA A LA CONSIDERACIÓN DE LA FIBROMIALGIA COMO ENFERMEDAD INCAPACITANTE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000524).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la siguiente proposición no de ley, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Mixto. Para su defensa, tiene la palabra la señora Fernández Davila.

La señora **FERNÁNDEZ DAVILA**: En primer lugar, quiero agradecer a todos los grupos parlamentarios que me hayan permitido adelantar esta proposición no de ley para que pueda asistir a la Comisión del Pacto de Toledo.

Señorías, la fibromialgia es una dolencia que afecta a muchas personas y no está debidamente reconocida, a pesar de que se trata de una enfermedad incapacitante;

es una enfermedad que padecen sobre todo mujeres. Hay que resaltar que la fibromialgia afecta a la capacidad funcional de manera moderada en casi la mitad de los casos y de forma severa en un 10% de los mismos. La Organización Mundial de la Salud reconoció en 1992 la fibromialgia como enfermedad y está tipificada en el Manual de clasificación internacional de enfermedades. Otras organizaciones médicas de carácter internacional se han pronunciado en el mismo sentido, considerándola una enfermedad crónica. Sin embargo, en el Estado español todavía no se la reconoce como una dolencia incapacitante, lo que genera complicaciones y problemas a las y los afectados. Es una situación que obliga a quien padece esta enfermedad a tener que recurrir a la justicia en muchos casos. Como ustedes saben, en diversas sentencias la fibromialgia está reconocida por la justicia como enfermedad incapacitante, lo que evidencia la necesidad de que se proceda a su reconocimiento como tal. Sería deseable que el Gobierno español procediese al reconocimiento de esta enfermedad sin que los afectados y las afectadas tuviesen que pasar por los tribunales, que en muchos casos les están dando la razón. Además, las asociaciones de fibromialgia demandan una atención sanitaria más adecuada, sobre todo en la fase de diagnóstico, y también la cobertura social derivada del reconocimiento de dicha dolencia como una enfermedad crónica que puede llegar a convertirse en invalidante. Según los datos de un grupo de trabajo sobre fibromialgia de la subcomisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, hay una prevalencia de esta dolencia en los países desarrollados de entre un 1 y un 4%. En cuanto al Estado español, se señala una prevalencia de un 2,7% de la población total, siendo de un 4,2 entre las mujeres y de un 0,2 entre hombres.

Somos conscientes, señorías, señor presidente, de que la fibromialgia no es la primera vez que se trata en la Comisión de Sanidad; de hecho, en otras ocasiones se ha llegado a acuerdos que han permitido avanzar. Desde nuestro punto de vista, fue un avance tímido, pero nos ha permitido seguir adelante. Por eso presentamos esta proposición no de ley, orientada al reconocimiento de la fibromialgia como una enfermedad incapacitante, y valoramos muy positivamente las enmiendas que han presentado otros grupos parlamentarios como La Izquierda Plural, el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Popular. Hemos negociado una transacción que espero que pueda ser votada favorablemente, porque sin ser un reconocimiento de la fibromialgia como una enfermedad incapacitante, tal como nosotros planteábamos, marca un camino para que el esfuerzo que el Gobierno haga vaya dirigido a ese reconocimiento, que nos parece importante para el futuro de las personas que padecen esta enfermedad. En su momento presentaremos el texto de la transacción.

Aprovecho, señor presidente, para pedirle disculpas y autorización para ausentarme, con la comprensión del resto de los grupos parlamentarios, y acudir a la inter-

vención de la ministra responsable de la Seguridad Social.

El señor **PRESIDENTE**: A esta proposición se han presentado dos enmiendas, una por el Grupo de La Izquierda Plural, que voy a dar por defendida, y otra por el Grupo Parlamentario Socialista, para cuya defensa tiene la palabra doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Por economía de tiempo, no voy a ahondar en el origen y la descripción de la fibromialgia, de la que ya hemos hablado y sobre la que ya hemos tomado acuerdos en esta misma Comisión en anteriores sesiones. Recuerdo que en septiembre del año 2000 se acordó crear un grupo de trabajo sobre esta enfermedad, que presentó sus conclusiones en 2003, y recuerdo también el debate y aprobación de una proposición no de ley conjunta, aglutinando las presentadas por *Convergència i Unió*, *Esquerra Republicana*, Grupo Popular y Grupo Socialista en mayo de 2005. Aquellos acuerdos parlamentarios y la voluntad del anterior Gobierno hicieron que se avanzara en el estudio del origen, el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad que hasta el año 1989 no fue reconocida por la OMS como enfermedad reumática. Algo más tarde, en 1990, el American College of Rheumatology señaló las condiciones clínicas para el diagnóstico de la fibromialgia, que, como sabemos, son: dolor generalizado y duradero de más de tres meses, con mayor afectación en los llamados puntos gatillo o *tigger points*, de los cuales deben dar positivo al menos 11 de los 18. Cumpliendo estas condiciones, podemos hablar de un paciente con fibromialgia. Es además una enfermedad de diagnóstico tardío, lo que demora el inicio del tratamiento; es un proceso largo y penoso, que afecta al 3,5% de las mujeres y al 0,5% de los hombres, y es además la principal causa del dolor crónico generalizado. Hasta hace pocos años, los enfermos de fibromialgia tenían que demostrar su enfermedad. Todos hemos conocido casos en los que a las mujeres enfermas se las tachaba de histéricas, de depresivas y de algunas lindezas más, en muchos casos por desconocimiento o falta de información de los profesionales sobre la corte sintomatológica que presentaban, y luchaban para que se abordase de una manera multidisciplinar y coordinada la problemática y el manejo de esta enfermedad. Todos hemos tenido reuniones con las asociaciones que tanto han peleado y pelean por conseguir esto. Su lucha de hoy no es solo ese buen diagnóstico y tratamiento precoz y coordinado, sino reclamar un paso más, y no menos importante, como es que les sea reconocida por fin su incapacidad para trabajar. Algunos estudios aseguran que el 67% de los enfermos de fibromialgia se ven obligados a dejar su empleo, por lo que además de enfrentarse a los variados y dolorosos síntomas y a la incapacidad que conllevan, lo han de hacer al problema laboral, porque un enfermo de fibromialgia no puede realizar una vida normal, ni desde el punto de vista personal ni desde el laboral, ya

que los síntomas que presenta le impiden actuar con la necesaria continuidad, dedicación, eficacia y profesionalidad exigible a todo trabajador.

Si tenemos que valorar la discapacidad de una persona en relación con el Real Decreto 1971/99, de 23 diciembre, de procedimientos para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía —hoy hablaríamos de discapacidad—, no encontraremos nada sobre la fibromialgia como enfermedad discapacitante. Sin embargo, sí se pueden valorar por separado cada una de las discapacidades que provocan las diferentes localizaciones fibromiálgicas, como son las que producen los déficits articulares, es decir los síntomas de la fibromialgia, o el dolor crónico por las neuropatías o bien las radiculopatías entre otras sintomatologías. Si hacemos la suma de las discapacidades parciales aplicando la tabla de valores combinados, obtendremos la discapacidad que presentan los o las pacientes.

Para terminar, señor presidente, nuestro grupo cree que debemos dar un paso más y encaminarnos a que la fibromialgia tenga reconocimiento y valoración como patología productiva de discapacidad —lo he expresado exactamente con la misma fórmula que utilizó el Partido Popular en una proposición no de ley presentada con el mismo objetivo en abril del año 2005— y además, como se solicita en el primer punto de esta iniciativa, a que se definan los mecanismos de valoración para aplicarlos en las calificaciones de discapacidad. Mi grupo ha presentado una enmienda que, sin cambiar el objeto del texto del grupo proponente, parte de lo ya recorrido en estos últimos años, utilizando lo avanzado en la investigación, diagnóstico y tratamiento, así como la difusión entre los sectores sanitarios y la coordinación entre los diferentes planos asistenciales, y avanza en la consecución de que la fibromialgia sea reconocida como enfermedad invalidante. No solo es un paso más —y con esto termino— en este difícil recorrido de los enfermos de fibromialgia, sino que además sería un buen motivo en torno al que conmemorar con mayor esperanza el próximo día 12 de mayo, dentro de cuatro días, el Día internacional de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica. Creo que se lo debemos, señorías, y por eso mi grupo va a apoyar esta proposición no de ley, esperando que el grupo proponente nos acepte la enmienda. Por lo que hemos escuchado a la proponente y tras hablar con la representante del Grupo Popular, creo que vamos a conseguir una transaccional —sería una buena noticia— que, por supuesto, mi grupo apoyaría.

El señor **PRESIDENTE**: Turno de fijación de posición. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario de UPyD, tiene la palabra don Antonio Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Para nosotros el problema fundamental es valorar de forma objetiva síntomas como el dolor y especialmente la fatiga. Esta limitación hace que el reconocimiento de incapacidades laborales en los pacientes de fibromialgia

sea más difícil. Compartimos con los ponentes la preocupación por esta situación, pero no creemos que la solución sea considerar que el simple diagnóstico de esta enfermedad signifique de forma automática el reconocimiento de incapacidad laboral, entre otras cosas porque, tal y como se reconoce en la propia propuesta, no todos los casos sufren con la misma intensidad los síntomas ni todos los casos impiden absolutamente una actividad laboral. Además es notorio que pronunciamientos similares sobre este mismo tema no han conseguido mejorar la situación de los afectados.

Señorías, el reconocimiento de la incapacidad, como la minusvalía, no depende de un diagnóstico sino de la repercusión funcional. Ahí es donde nos gustaría que se pusiera el acento. Por tanto, consideramos que es necesario avanzar en la incorporación de herramientas a los equipos de valoración de incapacidades, que permitan medir de forma adecuada la fatiga que sufren los pacientes con fibromialgia y su repercusión sociolaboral. Además, este tipo de actuaciones beneficiaría a personas con otras patologías, como la esclerosis múltiple o el síndrome de fatiga crónica, que también sufren una intensa fatiga que interfiere con su trabajo.

El señor **PRESIDENTE**: En representación del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, tiene la palabra doña Conchita Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Quiero expresar nuestro acuerdo con esta proposición no de ley, más aún si se llega a un acuerdo con el Grupo Socialista, añadiendo el síndrome químico múltiple y la electrohipersensibilidad. Nos parece un acierto traer hoy aquí esta proposición no de ley a debate y votación. Es un reconocimiento que debe hacerse a todas las personas que padecen fibromialgia y que han recorrido un largo camino para que esto fuera así.

Queremos aprovechar para reconocer que si se hubiera aplicado bien el protocolo que se elaboró en el año 2010, podríamos haber llegado al reconocimiento de esta enfermedad como incapacitante muchísimo antes. De todas maneras, nos queda mucho trayecto para cambiar baremos de valoración, no solo para la fibromialgia o el síndrome químico, sino también para otras muchas enfermedades que —como hemos repetido en esta Comisión— tienen que ser revisadas, entre ellas muchas neurológicas. Quiero agradecer al grupo proponente que haya traído esta proposición no de ley, que, por descontado, nuestro grupo votará favorablemente.

El señor **PRESIDENTE**: En representación del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra doña Carmen Quintanilla.

La señora **QUINTANILLA BARBA**: Señorías, esta mañana el Grupo Parlamentario Mixto se ha hecho eco de los miles de personas que sufren fibromialgia en España. A lo largo de las distintas legislaturas, todos los

grupos parlamentarios hemos tenido consciencia de que esta es, desgraciadamente, una enfermedad desconocida, lo que ha hecho que en muchas ocasiones los enfermos no hayan sido tratados con la dignidad que se merecían. Es una enfermedad que, como han dicho los portavoces de los distintos grupos, afecta mayoritariamente a mujeres, mujeres que viven, desgraciadamente, un rosario de bajas laborales, mujeres que son incomprendidas y a las que la enfermedad afecta no solamente en su profesión, sino también en su ámbito familiar. Es importante destacar también que esta enfermedad afecta a un número muy importante de mujeres del medio rural, un 4,1%, y que hay 14 millones de personas en los veintisiete países de la Unión Europea que padecen esta enfermedad. Por tanto, quiero sumarme a esta transaccional que vamos a acordar entre todos los grupos parlamentarios para que el próximo 12 de mayo, Día internacional contra la fibromialgia, demos un mensaje de esperanza a todas las personas que la padecen y les digamos que vamos a ponernos en marcha para trabajar para ellas.

Indiscutiblemente, mi grupo parlamentario tiene que destacar algunas cuestiones importantes. Como grupo que sustenta al Gobierno tenemos que ser conscientes de las necesidades de las personas que sufren estas enfermedades. El Gobierno del Reino de España ha elaborado un informe sobre la fibromialgia a través de diversos cuestionarios, con el objetivo de contribuir a un mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios. Dicho informe aborda, como no podía ser de otra manera, la fisiopatología, el diagnóstico, el diagnóstico diferencial y las diferentes estrategias terapéuticas para esta enfermedad e incorpora el tratamiento farmacológico y no farmacológico así como terapias alternativas. En este informe también se ha preocupado de realizar una valoración sobre el impacto de la fibromialgia en la salud de la persona que la padece y sobre sus familiares y sobre el impacto laboral y en el sistema sanitario. Del mismo modo, se plantea una estrategia de atención al paciente con fibromialgia, las necesidades detectadas, las recomendaciones para abordar esta enfermedad y la atención a las personas afectadas por ella. Como ha dicho perfectamente la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, en este informe se ha tenido en cuenta la elaboración de la estrategia de enfermedades reumáticas y músculo-esqueléticas, en la que en estos momentos se está trabajando con el fin de alcanzar el consenso con las comunidades autónomas. Es importante llegar a un consenso con las comunidades autónomas, con las sociedades científicas y con las asociaciones de pacientes para el manejo de esta enfermedad y, lo más importante, para mejorar en la medida de lo posible la atención de las personas que viven día a día las consecuencias de estas patologías.

Podría extenderme mucho más, hablando del Real Decreto 1971/99 y de la importancia que supone que hoy hablemos de la fibromialgia como una enfermedad que lleva aparejada una mayor limitación y una mayor difi-

cultad para la persona que la sufre, pero hoy, señorías, hemos llegado a un buen acuerdo, un acuerdo que valoramos y que puede ayudar a que las personas que la sufren tengan mayor esperanza de vida y de salud.

El señor **PRESIDENTE**: Ruego a los distintos grupos parlamentarios y en concreto al autor de la iniciativa que haga llegar a la Mesa la enmienda transaccional.

— **SOBRE LA EXTENSIÓN DE PROGRAMAS DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000515).**

El señor **PRESIDENTE**: Debate del punto segundo del orden del día: Proposición no de ley sobre la extensión de programas de mejora de la calidad asistencial en pacientes crónicos polimedificados. Para su defensa, en representación del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra doña Guadalupe Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Se entiende que un paciente está polimedificado cuando toma cinco o más medicamentos de forma continuada durante un periodo igual o superior a seis meses. Los servicios sanitarios de nuestro país afrontan desafíos permanentemente. Cada vez hay más pacientes polimedificados y crónicos y eso es debido tanto al envejecimiento de la población como al avance científico, que permite que se cronifiquen patologías que antes eran mortales, y a la disponibilidad de nuevas herramientas terapéuticas. Los pacientes polimedificados presentan con frecuencia problemas que requieren atención hospitalaria y en muchas ocasiones precisan atención urgente. La polimedificación, como todos sabemos, no está exenta de riesgos.

Desde el año 2009, el Gobierno socialista impulsó una estrategia conjunta con las comunidades autónomas para la atención y mejora de la calidad asistencial a pacientes crónicos polimedificados, garantizando así la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica, asegurando la coordinación de profesionales sanitarios de atención primaria y hospitalaria y de los profesionales de las oficinas de farmacia. Dentro de esta estrategia, el Gobierno socialista destinó cerca de 70 millones en diferentes ejercicios presupuestarios, desde 2009 hasta 2011, para que las comunidades autónomas desarrollaran sus programas con ese contenido. Se ha desarrollado una importante política de seguridad de los pacientes y de uso racional de los medicamentos, se ha dado prioridad a la atención a enfermos crónicos y polimedificados en un proyecto que ha combinado objetivos de mejora de la calidad asistencial, eficiencia en el uso de los recursos y generación de empleo de calidad con la contratación de profesionales sanitarios, muy especialmente profesionales de enfermería y farmacéuticos, para hacer labores de seguimiento. Los profesionales se

han comprometido, se han coordinado y han elaborado documentos de propuesta; los profesionales han mejorado el control y seguimiento de tratamientos; los profesionales han permitido un mejor cumplimiento posológico; los profesionales han mejorado el control de la eficacia y eficiencia de los tratamientos y la detección de efectos adversos y su registro, han mejorado la educación sanitaria de los pacientes y han mejorado también las acciones concretas para evitar la acumulación de medicamentos que no se usan. En la situación actual es especialmente necesario reforzar las medidas y acciones que mejoren la calidad y ayuden a un uso eficiente de los recursos. Se estima que con un adecuado seguimiento de los tratamientos a pacientes crónicos polimedificados podría generarse un ahorro potencial de un 5% del gasto en los medicamentos que utilizan estos pacientes. Estamos convencidos de que ha mejorado el consumo y de que, consiguiendo este ahorro, no harían falta algunas de las medidas de recorte que propone el Gobierno.

Nuestro grupo presenta esta proposición no de ley, en la que el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a seguir impulsando y apoyando económicamente a las comunidades autónomas para continuar con la aplicación del programa de mejora de la calidad de la atención a pacientes crónicos y polimedificados, consiguiendo mejoras en la salud y ahorros en el gasto en medicamentos. Hay una enmienda del Grupo Popular que propone que se mantenga el apoyo a las medidas que tienden a reducir el consumo, a desarrollar los programas de seguimiento a pacientes polimedificados y a apoyar la prescripción y la mejora de la información. Podríamos estar de acuerdo con ella, pero no podemos aceptarla por dos motivos. En primer lugar, porque han quitado el apoyo con financiación. Si quitan la financiación, no puede haber seguimiento, porque los recortes que ustedes proponen a programas y personal repercutirán también en los profesionales que desarrollan estos programas, fundamentalmente en los equipos de atención primaria. El segundo motivo es que su propuesta nos suscita una duda. El real decreto aprobado por ustedes nos induce a pensar que suspenden la tasa a los laboratorios, parte de la cual revertía en las comunidades autónomas para la mejora del uso de medicamentos. Si no se comprometen en la financiación y anulan la tasa de los laboratorios no hay garantía de ejecución de estos programas, por lo que la propuesta de impulsar, solo impulsar, no nos parece suficiente. Por estos motivos no podemos aceptar la enmienda, pero sí pedimos el apoyo del resto de los grupos.

El señor **PRESIDENTE**: Se ha presentado una enmienda por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra don Antonio Román.

El señor **ROMÁN JASANADA**: Voy a defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular a esta proposición no de ley del Grupo Socialista en cuya filosofía estamos básicamente de acuerdo; parece que es única-

mente una cuestión de matiz la que aleja al Grupo Socialista de la posibilidad de aprobar esta proposición no de ley. Como decía, compartimos la filosofía en todo aquello que nos lleve a mejorar la eficacia, la eficiencia y el uso racional de los medicamentos, lo que, siguiendo lo que dicen ustedes en la PNL, puede originar un ahorro potencial de hasta el 5% del gasto en medicamentos. Siendo importante el ahorro y la gestión eficiente y siempre necesaria, más aún cuando el Sistema Nacional de Salud en las comunidades autónomas tiene una deuda sanitaria acumulada de 16.000 millones de euros, a mi grupo le parece más importante actuar en beneficio de los pacientes, de aquellos pacientes que tienen enfermedades crónicas, de aquellos pacientes que reciben medicamentos muchas veces en exceso, lo que provoca que de manera no deseada esos medicamentos tengan efectos secundarios.

El Grupo Socialista habla de una estrategia impulsada desde el año 2009, una estrategia que bien saben ellos que ha tenido un seguimiento desigual por parte de las comunidades autónomas, incluso algunas de ellas, que no presentaron las cuentas del año 2010, no han podido recibir los fondos en el año 2011.

Coincido con ustedes en que los profesionales pueden llevar a cabo acciones de control y seguimiento de tratamientos. Los profesionales de la enfermería, los profesionales de la farmacia, los profesionales médicos pueden realizar acciones específicas ayudando al cumplimiento de los tratamientos, a la detección de efectos adversos, a la comunicación y a la educación sanitaria de los pacientes o a evitar la acumulación de fármacos en botiquines que muchos pacientes crónicos tienen en su casa. Todas estas son acciones que desarrollan los profesionales y que hay que seguir apoyando. Sin embargo, la reforma sanitaria que está impulsando el Gobierno contiene medidas de mayor calado, que permiten comparar los resultados de estas estrategias, de estas líneas de actuación entre las diferentes comunidades autónomas, para, a partir de esa evaluación, conseguir la modificación de las estrategias y conseguir al final el objetivo de un uso racional de los medicamentos. Estas medidas que el Partido Popular, el Gobierno de España está incluyendo en la reforma sanitaria, que pronto también defenderá la propia ministra aquí en este Parlamento, creo que son mucho más amplias y que denotan un claro impulso político a lo que es el uso racional de los medicamentos. Impulso político, reforma que va a ir sustentada en una financiación y un apoyo económico a todas las estrategias de salud que son necesarias para mejorar el uso racional de los medicamentos en nuestro país. Por eso me gustaría que reflexionaran y apoyaran la enmienda que ha presentado el Partido Popular a esta proposición no de ley para conseguir el apoyo unánime de esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: En turno de fijación de posiciones, tiene la palabra el señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Quiero decir que nuestro voto será afirmativo porque nuestro grupo considera que la mejora de la atención a los pacientes crónicos, no solo en la prescripción de fármacos sino en todos los aspectos, es uno de los campos en los que el Sistema Nacional de Salud debe empeñar un mayor esfuerzo. La atención de las enfermedades crónicas supone un reto para la atención sanitaria, ya que supone un porcentaje pequeño de pacientes pero precisa una gran cantidad de recursos. Además, hay un creciente interés en la comunidad médica por conocer y limitar los efectos adversos de los tratamientos farmacológicos, especialmente los debidos a la asociación de fármacos.

Nuestra postura, en este sentido, es favorable a la propuesta, aunque echamos de menos una mayor concreción en las medidas que se consideran necesarias para mejorar la situación. Me explico. Nuestro grupo quisiera hacer especial hincapié en la necesidad de incorporar herramientas informáticas a las historias clínicas que permitan establecer un sistema de alertas para los profesionales sanitarios cuando vayan a hacer una prescripción del fármaco, avisándole de la interacción con los que ya toma el paciente. El problema es la imposibilidad de acceder a las historias clínicas de diferentes centros. Quizá —eso espero— la implantación de una nueva tarjeta sanitaria nacional, como lleva pidiendo Unión Progreso y Democracia desde hace años, permita incorporar este tipo de mecanismos en lo que consideramos imprescindible que es la colaboración con las oficinas de farmacia. Sería fundamental para nosotros que esta nueva tarjeta sanitaria incluyera el registro de los fármacos que toma el paciente, así como los efectos indeseables que ha sufrido en otras ocasiones. Debemos insistir en la necesidad de construir una historia clínica electrónica única por paciente que permita el registro de la información clínica relevante y facilite la comunicación entre los profesionales en un entorno seguro, como se recoge en la Declaración de Sevilla del año 2011, sobre la atención a pacientes crónicos, incluyendo estas medidas en la estrategia nacional de pacientes crónicos.

Para terminar, señor presidente, diré que también es prioritario analizar qué rendimiento se ha obtenido con los programas implantados en la actualidad en las diferentes comunidades autónomas, analizando grado de cumplimiento de los objetivos planteados, así como el coste y efectividad de las medidas.

— **PARA LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE APOYO A LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN Y LA REPOSICIÓN DEL CALENDARIO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000522).**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley del Grupo Parlamentario Socialista, para la adopción de medidas de apoyo a las personas con síndrome de Down

y la reposición del calendario del sistema de atención a la dependencia.

Para su defensa, tiene la palabra doña Rosa Aguilar.

La señora **AGUILAR RIVERO**: Permítanme que, en primer lugar, exprese un deseo en voz alta, y es que a mi grupo parlamentario le gustaría que esta proposición no de ley pudiera ser objeto del conveniente y necesario consenso y acuerdo de los grupos parlamentarios. Para ello estamos dispuestos a realizar el máximo esfuerzo para que se haga realidad ese consenso, aunque mucho nos tememos que no va a poder ser posible, porque, lógicamente, no vamos a renunciar a lo esencial y a lo fundamental que plantea esta proposición no de ley. Se trata de una proposición que tiene dos objetivos, dos aspectos primordiales en estos momentos. Por una parte, en el primero de ellos se insta al Gobierno para que, en colaboración con las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias y con la participación de las asociaciones que representan al colectivo de síndrome de Down, se adopten las medidas necesarias para asegurar una adecuada atención a las personas con síndrome de Down, impulsando la investigación y la innovación, así como la promoción de la normalización, la inclusión y la autonomía personal. El segundo de los objetivos es instar al Gobierno a derogar la disposición final decimocuarta del Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, y con ello recuperar y cumplir el calendario de implantación del sistema de dependencia que se fijaba en la propia Ley de la Dependencia, reponiendo así los derechos a los colectivos afectados, entre ellos, de manera muy directa, al colectivo de personas con síndrome de Down.

El primer objetivo que se fija esta proposición no de ley es buscar el compromiso expreso, claro y concreto de seguir prestando una adecuada atención a las personas con síndrome de Down. Hacemos esto porque estamos en un momento en el que los pilares de nuestro Estado del bienestar se están tambaleando debido a los recortes que están sufriendo los servicios públicos esenciales, como consecuencia de la apuesta política e ideológica del Partido Popular, del Gobierno de España. Además, este primer apartado guarda una estrecha relación con el contenido de la proposición no de ley que mi grupo parlamentario presentó en la Comisión para las Políticas Integrales de la Discapacidad, que fue aprobada por unanimidad.

El segundo objetivo al que hacía referencia al inicio de mi intervención tiene que ver con la preocupante situación en la que el Gobierno del Partido Popular está dejando la Ley de la Dependencia. Esta ley tenía fijado un calendario de ocho años, en el que de manera progresiva se iba incorporando a las personas dependientes, desde los grandes dependientes hasta el nivel moderado de la dependencia, el nivel 1. En este sentido me gustaría recordar algo que me parece especialmente importante, que es que el presidente de la Federación Española de Síndrome de Down, en la celebración de su 20.º aniversario,

pidió expresamente al presidente del Gobierno de España, del Partido Popular, que siguiera desarrollando la Ley de la Dependencia. La respuesta a esa petición fue el decreto del 30 de diciembre, mediante el que se hizo justamente lo contrario de lo que pedía la federación, porque en lugar de continuar con el calendario de la Ley de la Dependencia se paró en seco, lo que significó un varapalo serio para miles de ciudadanos que esperaban el calendario de la ley que fijaba la atención al nivel de dependencia moderada, tanto el nivel 1 como el nivel 2, en los años 2011, 2012, 2013 y 2014. Esa paralización del calendario de la Ley de la Dependencia significa que miles de ciudadanos, entre ellos todo el colectivo de síndrome de Down, ven aplazado el disfrute de un derecho, el reconocimiento expreso y hecho efectivo de un derecho subjetivo, que es justamente lo que plantea la Ley de la Dependencia. Hay que decir que la incertidumbre es plena y total en el espacio de la Ley de la Dependencia, porque después de este primer varapalo a la ley se le ha dado otro muy serio en los Presupuestos Generales del Estado, suprimiendo un nivel acordado de la de la dependencia y, además, excluyendo a personas que en el nivel 2, de dependencia moderada, iban a tener derecho a la prestación, al servicio y que ahora ya no lo tendrán como consecuencia de que se ha dado una vuelta de tuerca más en dichos presupuestos.

Concluyo diciendo que en España el colectivo de síndrome de Down es de 34.000 personas afectadas, buena parte de las cuales son valoradas con el grado I de dependencia moderada. Son personas que en este momento han sido abandonadas a su suerte como consecuencia de la supresión del calendario, de la paralización de la Ley de la Dependencia. Hay que decir que se les va a privar de servicios y prestaciones tan importantes como el de la promoción de la autonomía personal; el de la teleasistencia; el de la ayuda a domicilio; el de centros de día o de centros de noche; también se les va a privar de la posibilidad de tener la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar; de la prestación económica vinculada al servicio o de habilitación y terapia ocupacional; de la atención temprana; la estimulación cognitiva; la promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional; la habilitación psicosocial, etcétera. Es decir, servicios, prestaciones claves, esenciales y fundamentales para el avance en lo que es su autonomía personal, su vida diaria y cotidiana. Miles de personas con síndrome de Down que estaban a las puertas de acceder a un derecho ya no van a poder tenerlo. Parece de justicia que se reponga ese calendario para dar una respuesta clara y concreta al colectivo de personas con síndrome de Down, pero también a otros colectivos que han sido abandonados a su suerte como consecuencia de la decisión del Gobierno del Partido Popular de dar un frenazo en seco a una ley esencial y fundamental en el ámbito de lo social, porque tiende la mano a quienes necesitan más.

Espero de los grupos parlamentarios la sensibilidad social necesaria y suficiente para dar apoyo a esta pro-

posición no de ley y así poder dar la respuesta que necesita el colectivo de personas con síndrome de Down, pero también otros muchos colectivos que se han visto afectados como consecuencia de este tratamiento que se está dando a la Ley Dependencia por parte del Gobierno del Partido Popular, que lo que pone de manifiesto es que ni cree en esta ley ni la quiere.

El señor **PRESIDENTE**: El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda. Para su defensa, tiene la palabra doña Susana Camarero.

La señora **CAMARERO BENITEZ**: Señora Aguilar, en el consenso, en el acuerdo y en el pacto siempre nos encontrará. Es nuestro principio fundamental. Pero creemos que no se debe utilizar, como hacen ustedes, la dependencia para sacar un rédito político. **(El señor vicepresidente, Román Jasanada, ocupa la Presidencia)**.

Quiero iniciar mi intervención dejando las cosas claras, evitando engaños y también recordando y refrescando la memoria a algunos que han perdido su escasa capacidad de memoria reciente. La Ley de la Dependencia, señorías, establece tanto el carácter universal de las prestaciones como el acceso a ellas en condiciones de igualdad a todo ciudadano que se encuentre en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos en la misma. La oferta es lo suficientemente diversificada como para poder atender en el segmento de los servicios sociales a los diferentes colectivos que puedan estar en situación de dependencia, entre ellos, a las personas con síndrome de Down, para quienes se contemplan prestaciones y servicios adecuados como la atención temprana, la habilitación y terapia ocupacional; la estimulación cognitiva; la habilitación psicosocial; el acompañamiento activo; la ayuda a domicilio con atención y apoyo psicosocial o los centros de día de atención especializada. Además, en el marco del sistema para la autonomía y atención a la dependencia se viene colaborando en la mejora de la calidad del sistema a través del programa de formación especializada, programas de estudios e investigación, de I+D+i; programas de información, programas de documentación y publicaciones y programas de gestión de calidad, sin olvidar los centros de referencia estatal, que son un recurso de servicios sociales dedicados a la innovación y mejora de la amplia red de centros y servicios que trabajan para las personas en riesgo o en situación de dependencia en el marco del sistema de dependencia. También hay que recordar la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación de la normativa de la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, que asegura el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad. Creo, además, señorías, que es de justicia destacar que las asociaciones representativas del colectivo vienen trabajando con éxito y buenos resultados en la mejora

de la percepción de la sociedad de estas personas en cuanto a su normalización e inclusión.

Señorías del Grupo Socialista, señora Aguilar, les pido un poco más de pudor. El mayor recorte en la dependencia fue realizado por el Gobierno socialista. Se lo voy a recordar y les voy a refrescar la memoria. En junio de 2010 ustedes eliminaron la retroactividad en la percepción de las ayudas por parte de los beneficiarios. Tampoco hay que olvidar su incoherencia presupuestaria. **(Rumores)**. En el año 2011 el crédito transferido a las comunidades autónomas para financiar la dependencia se recortó en 235 millones de euros, lo que supuso un 13% menos que el año anterior, al tiempo que entraban nuevos beneficiarios en el sistema. **(Rumores)**. Pueden ustedes decir lo que quieran, usar la demagogia hasta el final, pero la realidad es que los Presupuestos Generales del Estado para 2012 dedican el 61% de su gasto a garantizar la Ley de la Dependencia y el 68% del total de su presupuesto a los mayores. Es un hecho objetivo que la partida de los servicios mínimos de la dependencia ha crecido un 18,7%, 203 millones de euros, mientras que ustedes rebajaron las dos partidas en el último ejercicio. Es un hecho que con ustedes los dependientes representaban el 56% del presupuesto y con el Partido Popular el 61%. Estos son datos objetivos, señora Aguilar, y no manipulaciones. **(Rumores)**.

En cuanto al segundo punto de la proposición no de ley, saben ustedes que el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, establece un nuevo calendario del SAD que ha tenido que ser aprobado, igual que el resto de las medidas adoptadas en estos pocos días que llevamos en el Gobierno, porque no ha habido más remedio. Han sido ustedes tan malos gestores, señores del Partido Socialista, que han dejado en peligro los servicios sociales. **(Rumores)**. Si alguien ha puesto en peligro los servicios sociales ha sido la mala gestión del Gobierno del Partido Socialista. Además, por muy dura que sea, esta medida ha tenido en cuenta que la mayoría de los grandes dependientes ya están incorporados al sistema y que según la ley son los que tienen prioridad para ser atendidos; por tanto, solo se ha realizado un aplazamiento de los dependientes moderados, que normalmente ya están atendidos —ustedes lo saben bien— por los servicios sociales. Le voy a dar las cifras. Los datos reales, y así figuran en la web, demuestran que a 31 de diciembre de 2011 las personas valoradas con grado I nivel 2 se estimaban inicialmente en 167.892; a 30 de abril de 2012, las personas que se incluyen, es decir, como el derecho reconocido de grado I nivel 2, son 156.388. Por tanto, resulta que solamente hay desplazadas o aplazadas unas 11.500 personas. Además, en esta misma fecha, los datos publicados demuestran que hay 229.721 personas valoradas con grado I nivel 1, que son los menos dependientes, esos que la ley establecía que se fuesen incorporando al sistema entre 2013 y 2014, siendo conscientes de que la consolidada cartera de servicios sociales de nuestro país ya viene realizando actuaciones de prevención y atención a estas situaciones

de dependencia. Señora Aguilar, no creemos alarmas innecesarias ni manipulemos los datos.

El Gobierno del Partido Popular, en el marco del futuro pacto por la sanidad y los servicios sociales, alcanzó en el Consejo Interterritorial del pasado 12 abril un principio de acuerdo por los servicios sociales y la dependencia con las comunidades autónomas; un acuerdo que va a permitir que los servicios sociales y la dependencia se centren, y más en estos momentos, en la atención que precisan los ciudadanos. Señora Aguilar, no vamos a admitir lecciones de quien ha llevado a este país a la ruina ni alarmismos malintencionados.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Señora Camarero, vaya concluyendo.

La señora **CAMARERO BENÍTEZ**: Voy terminando, señor presidente.

Vamos a lanzar un mensaje claro a los dependientes. Todos van a seguir siendo atendidos; todos van a seguir recibiendo ayuda y en cuanto el Gobierno del Partido Popular logre recuperar la economía el calendario se recuperará. ¡Ojalá que pudiera ser de otra forma! ¡Qué más quisiéramos nosotros que el Gobierno de Rubalcaba hubiese dejado las arcas llenas, como se las encontró! ¡Qué más quisiéramos! Pero de momento, y para garantizar la sostenibilidad del sistema, es necesario adoptar medidas difíciles y duras.

Desde nuestra voluntad —y termino como empecé— de llegar a acuerdos, de sumar voluntades y de encontrar puntos en común, hemos presentado una enmienda que recoge y amplía las pretensiones del Grupo Socialista en su punto primero, rechazando por motivos más que explicados el punto segundo, que esperamos que nos acepten y demuestren así que de verdad esta iniciativa no tiene más objetivo que mejorar la situación de las personas con síndrome de Down.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Para fijar su posición, en representación de Unión Progreso y Democracia, tiene la palabra don Antonio Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Ya tardábamos en asistir a otra de las peleas del Partido Popular y del Partido Socialista, para mí ambos responsables, entre otras cosas, de una Ley de la Dependencia que no ha sido suficientemente dotada, que no se ha sabido desarrollar como es debido y que tiene que ver con lo que vamos a hablar ahora.

Esta PNL me recuerda mucho a una que se presentó hace poquito en la Comisión para las Políticas Integrales de la Discapacidad y creo que voy a decir prácticamente lo mismo que dije entonces. Hay dos partes: en una, nos parece que la PNL es muy acertada pero poco concreta, y nos gustaría sintetizar lo que ya hicimos en su día. En primer lugar, propone una ayuda en el impulso a la investigación y a la innovación y nosotros quisiéramos concretar más, porque creemos que hay varios campos

de los que hay que hablar más especialmente. Empezaremos por la prevención en el diagnóstico prenatal. Aquí quiero citar a gente como la del Servicio Navarro de Salud que va a implementar un nuevo programa de cribado prenatal del síndrome de Down que permitirá detectar entre el 80 y el 90% de los casos durante la gestación, disminuyendo así considerablemente el número de amniocentesis. Después está la atención temprana, que también nos parece importante, porque uno de cada 800 niños nacidos padecen síndrome de Down; en España, como ya se ha dicho, hay más de 34.000 y nos parece que es fundamental ese tipo de atención, porque dependiendo de lo eficaz que sea mejoraremos mucho la calidad de vida de estas personas, sobre todo en lo que tiene que ver con lo último que voy a decir en este primer aspecto, que es lo relativo al envejecimiento, ya que es un colectivo especialmente sensible a esto y nos parece que hay que poner atención a esta cuestión. La PNL propone, asimismo, promoción, normalización, inclusión y autonomía de personas con síndrome de Down. No podemos más que estar de acuerdo con eso. Nos parece importante mencionar el acceso a la atención de la salud, a los programas de intervención temprana y a la enseñanza inclusiva, así como una investigación adecuada, cuestiones vitales para el crecimiento y el desarrollo de la persona.

Quisiera hablar también de todo lo que tiene que ver con autonomía, dentro de los derechos de la Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad, porque, en primer lugar, quizá el más importante y más inesperado del que se habla es el que se refiere a su libertad para tomar las propias decisiones. Creemos que es necesaria una mayor inserción en el mundo laboral, porque según la Asociación Down en España tienen un paro de un 95%. Esto está muy ligado a la educación inclusiva, de la que ya hablamos en su día, ya que solo 21 de los centros de nuestro país tiene algún niño con síndrome de Down. También nos parece importante hablar y destacar que no hay centros de atención integral en España, aunque hay un caso puntual, que es el que ha creado Down Madrid en la Comunidad Autónoma de Madrid para adultos con discapacidad intelectual.

También iba a hablar de dinero, de presupuestos, pero me temo que ahí casi ni siquiera se puede hablar, porque iba a comentar lo que teníamos hasta ahora, pero después de leer durante estos días lo que nos traen los nuevos Presupuestos Generales del Estado, simplemente me gustaría transmitir que me parece que es una tragedia como se trata en ellos a este y a otros colectivos, lo que hacemos con las políticas sociales. Quisiera manifestar mi queja. Esta es una Ley de la Dependencia con la que se atizan el Partido Popular o el Partido Socialista, como acabamos de ver, pero que ninguno de los dos ha sabido dotar económicamente ni hacerla funcionar. Votaremos afirmativamente a lo que ha traído aquí hoy el Grupo Socialista.

— **PARA LA REALIZACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2012-2015. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000527).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos al punto quinto del orden del día, ya que el cuarto se debatió con anterioridad, relativo a la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular para la realización de un plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2012-2015.

Tiene la palabra doña Susana Camarero.

La señora **CAMARERO BENÍTEZ**: Para el Gobierno del Partido Popular y para el Grupo Popular los menores van a ser en esta legislatura una prioridad y su bienestar, la mejora de las condiciones y calidad de vida, nuestro objetivo, porque invertir en la infancia supone apostar por sociedades presentes y futuras más prósperas, justas y pacíficas.

La ministra Mato anunció en su primera comparecencia ante esta Comisión que trabajaría en todos los ámbitos posibles, y anunció varias leyes a favor de los menores, no solo la modificación de las leyes para mejorar la protección del menor que sufre violencia por parte de otros menores y la ley de responsabilidad penal del menor agresor sino también un plan integral de apoyo a la familia que contemplará medidas de conciliación de la vida familiar y laboral, racionalización y flexibilización de los horarios laborales, algo que, sin duda, influirá en los menores que conviven en las familias. Hablaba la ministra entonces de la obligación de todos los poderes públicos de trabajar a favor de los niños y los más jóvenes, ofreciéndoles una educación de calidad, una formación pensada para facilitar su inserción laboral y alternativas de ocio responsable que les permitan disfrutar de esta parte de la vida de manera adecuada. Es prioritario actuar en la prevención de adicciones, especialmente el consumo de alcohol en menores, y propiciar la protección de los menores respecto a las redes sociales, Internet y los medios audiovisuales, luchando de manera decidida contra el acoso que pueden sufrir en la red, sin olvidar, señorías, la lucha contra la obesidad infantil, además del objetivo irrenunciable e imprescindible de luchar contra la pobreza infantil y la exclusión social, en cumplimiento de la estrategia europea 2020, porque las tasas de pobreza infantil permanecen altas especialmente en estos últimos años de crisis económica. Según el último dato provisional de la encuesta del INE de condiciones de vida 2011, la tasa de pobreza de menores de 16 años está en el 26,5%, habiendo aumentado en casi 3 puntos porcentuales respecto a 2009. Así, se hace necesario abordar una mejora en la efectividad y eficacia de las políticas públicas en esta materia que se han venido aplicando en los últimos años, con objeto de

mejorar los datos actuales y contribuir a la ruptura del círculo intergeneracional de la pobreza.

Señorías, son muchas las medidas que es necesario seguir desarrollando y mejorando durante los próximos años a través de este marco de cooperación que representa un nuevo plan estratégico nacional de la infancia y adolescencia. El objetivo de este segundo plan, igual que en el anterior, debe centrarse en conocer la realidad de la infancia y adolescencia e impulsar la sensibilización social sobre el cumplimiento de sus derechos, tanto de la población en general como especialmente de los agentes implicados. El principio del interés superior del menor ha de continuar siendo la directriz de los poderes públicos en colaboración con las familias, los propios niños y los agentes e instituciones implicadas en el desempeño de políticas y actuaciones integrales y transversales. En momentos de crisis económica y financiera como los actuales es aún más necesario reflexionar sobre la importancia que tiene la inversión en la infancia con equidad. Esta es la que representa mayores efectos positivos no solo en el desarrollo económico de una sociedad sino también en su desarrollo integral. Invertir en infancia es fundamental para romper el círculo de la pobreza y reducir las desigualdades existentes en una sociedad. Por ello, los primeros pasos del Gobierno se encaminan al reconocimiento y apoyo que prestan las familias, ya que estas son la fuente de confianza y solidaridad en una sociedad cohesionada y tienen la función social de garantizar el bienestar de los niños y las niñas.

La lucha contra la pobreza infantil y la exclusión social constituye otra de las prioridades del Gobierno para los próximos años, por lo que también es necesario establecer una acción coordinada, complementaria y eficaz de todas las administraciones públicas y demás actores relevantes en este campo. En este sentido, la pobreza y exclusión social de la infancia es un tema especialmente sensible y complejo, ya que dada la naturaleza multidimensional del problema no puede abordarse únicamente desde la perspectiva económica sino de forma integrada, reconociendo la necesidad de apoyar a las familias con hijos, fomentando el acceso al mercado laboral de los padres y madres, adoptando medidas de conciliación, respaldando a los hogares con bajos ingresos, facilitando el acceso a los servicios de calidad y fomentando la participación de los niños en las políticas que les afectan. Solo con este enfoque global se conseguirá reducir la tasa de pobreza y exclusión social de los niños y se favorecerá su bienestar.

La aprobación del I Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2006-2009, prorrogado a 2010, ha constituido el marco de cooperación necesaria de todas las administraciones públicas, general, autonómica y local, además de otros agentes sociales implicados en los derechos de la infancia, ONG y expertos universitarios. Su evaluación constata que ha contribuido a mejorar el ejercicio de los derechos de infancia y que ha resultado un instrumento útil para la participación infantil, según ha reconocido el Comité de derechos del niño.

Transcurridos tres años desde la finalización del primer plan, y teniendo en cuenta que aún quedan numerosos retos por alcanzar, se hace necesario abordar la presentación de un nuevo plan que se adecue a la realidad actual. Por ello, en la conferencia sectorial del pasado 18 abril de 2012 se aprobó la puesta en marcha del proyecto del II Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2012-2015; un plan, señorías, que se encuentra en una primera fase de borrador y que servirá de base y análisis por parte de las comunidades autónomas; un plan que imprescindiblemente debe nacer del consenso y la colaboración, en el que se impliquen todos los agentes sociales involucrados en la defensa de la infancia y adolescencia.

Señorías, por estas razones hemos presentado esta proposición no de ley, que pretende servir de impulso a la aprobación de este plan y donde solicitamos al Gobierno que el Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2012-2015 se apruebe en el menor plazo posible y en colaboración con las comunidades autónomas. A esta iniciativa se han presentado dos enmiendas, una del grupo de Convergència i Unió y otra del Grupo Socialista, por lo que hemos propuesto una enmienda transaccional en la que recogemos las pretensiones de los tres grupos. Quiero agradecer sinceramente la actitud y la buena acogida que ha tenido esta enmienda transaccional por parte del portavoz del Grupo Socialista. Creemos que es una buena oportunidad para dar un empuje a este nuevo plan estratégico nacional, una iniciativa que favorecerá, sin duda, el futuro de nuestros niños y jóvenes.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Como bien ha dicho, se han presentado dos enmiendas por parte de los Grupos de Convergència i Unió y Socialista.

En nombre del Grupo de Convergència i Unió, tiene la palabra su portavoz, doña Lourdes Ciuró i Buldó.

La señora **CIURÓ I BULDÓ**: El Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió ha presentado una enmienda. Recordaba que en la pasada sesión de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del 7 de marzo presentamos una iniciativa, que fue aprobada, instando al Gobierno, a la vista del empeoramiento de la situación económica y del aumento de la pobreza y exclusión social, a que, de acuerdo con las comunidades autónomas, se adoptasen medidas de reducción de la pobreza infantil, poniendo el foco de forma especial en los niños que sufren pobreza extrema. Nuestra enmienda va en este mismo sentido, puesto que, derivada de la actual situación de crisis económica, esta dura realidad económica afecta al 24% de los menores de 18 años en nuestro país, teniendo en cuenta que en España el 17% de la población son niños. Por tanto, el 24% de esta 17% de población está afectado por la pobreza. Este país es uno de los más perjudicados por la pobreza infantil, según todos los organismos internacionales. Entendemos

que tenemos aquí un foco al que prestar atención. Un foco en el que se tiene que trabajar para que existan medidas de priorización y de racionalización de esfuerzos para concretar acciones específicas que tiendan a erradicar esta crisis en los menores de edad, en los niños y en las niñas, que son seguro los que no la han causado y que la están pagando en demasía a nuestro entender. Habíamos puesto el foco en el hecho de trabajar un plan de erradicación de la pobreza, puesto que dadas las circunstancias y posiblemente la escasez de recursos que estamos viendo que diferentes políticas sociales están viéndose afectadas por causa de esta necesidad de austeridad impuesta por las finanzas actuales, no abarquemos mucho y apretemos poco, por lo que intentando cubrir muchos frentes con un plan integral para la infancia no recubramos, es decir, cubramos dos veces, acciones que o bien el Código Penal está cubriendo o bien el plan integral de apoyo a la familia, que ha anunciado la portavoz del Grupo Popular, cubra o bien mediante el impulso de diversas reformas legislativas, que se han ido anunciando por el Partido Popular, no vayamos con este plan a cubrir dos veces lo que ya cubrimos por otros flancos, sin descuidar, por supuesto, la competencia que en algunas materias de las propuestas en el plan tienen las comunidades autónomas. Quiero reiterar que deberíamos de poner el acento en lo que es la pobreza infantil, puesto que afecta enormemente a nuestros menores y entenderíamos que sería una buena acción centrarnos y priorizar y racionalizar nuestras acciones.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por parte del Grupo Socialista, tiene la palabra don Luis Carlos Sahuquillo.

El señor **SAHUQUILLO GARCÍA**: En enero de 2011, el Grupo Parlamentario Popular presentó una proposición no de ley en esta misma línea, que debatimos el 22 de febrero de 2011, aprobando todos los grupos políticos una enmienda transaccional por la que hoy, mediante nuestra propuesta, ampliamos esta proposición no de ley para adaptarla a lo que decidimos que era lo más adecuado en aquel entonces. En aquel momento se habló de elaborar, en el plazo de tres meses, un nuevo plan estratégico de infancia y adolescencia; que la propuesta que fuera a hacerse contara con el consenso de los agentes sociales, las comunidades autónomas, las entidades locales y los grupos políticos y que se diera prioridad a la adopción de medidas de lucha contra la pobreza infantil y el fracaso escolar. Como creemos que se le ha olvidado al Grupo Parlamentario Popular incorporarlo a su PNL de hoy, lo añadimos en nuestra enmienda. De lo contrario parecería —cosa que estamos seguros que no lo es— que el Grupo Parlamentario Popular cambia su planteamiento dependiendo de si está en la posición o de si está en el Gobierno. ¿Por qué? En primer lugar, porque el pasado año se instaba al Gobierno socialista a elaborar un nuevo plan en el plazo de tres

meses y, sin embargo, ahora en esta proposición no de ley que debatimos no se señala plazo alguno. En segundo lugar, el pasado año se reclamaba que el nuevo plan se consensuara con los agentes sociales, comunidades autónomas, entidades locales y grupos políticos y nada de esto se dice ahora en esta proposición no de ley que estamos debatiendo, tan solo se incluye la expresión en colaboración con las comunidades autónomas. En tercer lugar, el Grupo Parlamentario Popular ahora en esta PNL ignora por completo lo que tanto y con tanto interés se pedía —y así aceptamos todos— que se diese prioridad a la adopción de medidas de lucha contra la pobreza infantil y el fracaso escolar.

Presentamos una enmienda que viene a decir que se elabore, en el plazo de tres meses, una propuesta para consensuar con agentes sociales, comunidades autónomas, entidades locales y grupos políticos un nuevo plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2012-2015, donde se dé prioridad a la adopción de medidas de lucha contra la pobreza infantil y el fracaso escolar, la protección de la salud y el acceso a los servicios sanitarios, así como a la violencia sufrida por los niños y niñas que se encuentran dentro del sistema de protección en España, que se convierta en un eficaz instrumento integrador de las políticas de infancia respetando el marco competencial. En segundo lugar —y es muy importante—, dotar el nuevo plan con los recursos necesarios para garantizar su aplicación efectiva. Además ahora es más fácil cumplir este mandato, no hay elecciones regionales a la vista, como las hubo en mayo de 2011, ni se prevé adelanto electoral y disolución de las Cortes, como ocurrió en septiembre de 2011, que impidió que el anterior Gobierno cumpliera esa PNL aprobada a finales de febrero del pasado año. También se da la circunstancia de que el plan quedó prácticamente elaborado, por lo que el nuevo Gobierno lo que debe hacer es presentarlo.

Señorías, en España viven casi 8.200.000 niños y niñas, lo que representa, como decía la compañera de Convergència i Unió, más del 17% de la población. En el actual contexto económico y financiero mundial aún es más necesario mantener y reforzar el compromiso con la protección de sus derechos, pensar que existen otras prioridades en este momento es un grave error. Los niños y las niñas son más vulnerables a sufrir las consecuencias de la crisis económica global y no deben ser los más perjudicados por una situación de la que no son responsables. Es precisamente en este momento cuando la infancia necesita más protección, invertir en la infancia supone apostar por sociedades presentes y futuras más prósperas, justas y pacíficas. Los recortes en sanidad y en educación van a perjudicar con especial intensidad a los niños y niñas y, entre ellos, a los más desfavorecidos, a los que tienen discapacidad, necesidades educativas especiales o pertenecen a familias azotadas por el desempleo. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).** Les recomiendo que lean —si no lo han hecho— un estudio de don Mariano Hernán García, profesor de la

Escuela Andaluza de Salud Pública, que analiza el efecto de los recortes en la salud de los niños, los que menos renta tienen y por tanto están más expuestos a su efecto.

Las asignaciones de recursos destinados a servicios sociales, y especialmente los dirigidos a la infancia, han experimentado también un retroceso que va a afectar de manera directa a los miles de niños y niñas. En el proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para 2012, la dotación del programa 231.G de la sección 26, denominado Atención a la infancia y a las familias, se reduce en nada más y nada menos que en un 42,6%, destacando fundamentalmente tres partidas. Una de ellas, el programa para menores en situación de dificultad social y maltrato, se reduce con respecto al 2011 casi 806.000 euros, a pesar de que la situación de vulnerabilidad infantil va en aumento. Otro programa fundamental, el programa de ejecución de medidas para menores infractores, se reduce en más de 2 millones de euros con respecto al 2011. Parecería —y se podría pensar— que el Gobierno de España les da la espalda a los menores que en algún momento hayan cometido alguna infracción. Otro programa, aunque en menor cuantía, se reduce en 166.000 euros, programas específicos de familia e infancia. Les recuerdo además que se ha eliminado la partida económica de 100 millones de euros, que tenía prevista el Gobierno de España en los presupuestos de 2011, del programa Educa 3, que es fundamental para el desarrollo del niño y para facilitar la conciliación. Dicho esto, les recuerdo que el Comité de derechos del niño hizo en septiembre de 2010 observaciones finales al tercer y cuarto informe periódico remitido por España y hacía una serie de recomendaciones para mejorar el cumplimiento de la Convención sobre los derechos del niño en diferentes ámbitos relativos a la infancia. Primero, el comité reconocía el avance que representa el Plan estratégico finalizado en 2010 y valoraba su proceso de preparación, que incluyó una amplia participación de instituciones y organizaciones sociales. En segundo lugar, el comité recomendaba que los siguientes planes estratégicos nacionales de infancia y adolescencia —este que hoy proponemos— incluyan los recursos necesarios, tanto humanos como materiales, para mejorar la aplicación efectiva del plan —de ahí el punto segundo de nuestra enmienda que el Grupo Popular elude en su proposición no de ley que presenta— y también decía que se comprenda una selección más estratégica de propósitos y medidas, definición de objetivos e indicadores de los efectos sujetos a plazos y mejores procesos para la participación de los niños y la sociedad civil en la elaboración, supervisión y evaluación última del plan. Todo este trabajo está prácticamente realizado, como le decía, queda presentarlo y cumplirlo, aunque con los recortes mencionados lo vemos muy complicado.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? **(Pausa)**. Señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Votaremos afirmativamente. Nos parece algo necesario, ya que es un grupo social al que debemos cuidar especialmente porque estamos hablando de nuestro futuro y además estamos hablando de alguien que es especialmente vulnerable. Nos gustaría simplemente recordar un decálogo que se nos presentó hace poco y que sin duda puede que haya ayudado a crear lo que nos presenta hoy aquí el Grupo Popular, porque es una buena línea en cuya dirección deberíamos trabajar durante esta legislatura. Eso es lo que nos pide la gente de *Save the children*, que se acercaron aquí al Parlamento para entregarnos este decálogo. Ellos hablaban de que había que aprobar una ley orgánica de medidas integrales para combatir la violencia contra la infancia; que había que incrementar el porcentaje de gasto público destinado a familias y la infancia hasta alcanzar al menos la media europea, que es de un 2,3%; que había que aprobar un plan de acción contra la pobreza infantil; que había que reformar la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor; que debíamos ampliar la duración de las bajas por maternidad y paternidad; que debíamos prohibir expresamente en el Código Civil el castigo físico y humillante como método de educar o corregir a los hijos; que debíamos crear la figura del defensor de la infancia; aumentar a dieciséis años la edad de consentimiento para las relaciones sexuales mediante la reforma del Código Penal; revisar los procedimientos judiciales y administrativos para garantizar el derecho del niño a ser escuchado y promover la participación infantil y, por último, incluir la infancia como una prioridad horizontal en el próximo plan director de la cooperación española. Nos gustaría que todos nos pongamos de acuerdo para trabajar en esta dirección. Apoyamos la iniciativa.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Doña Susana hay alguna aceptación de enmienda, hay enmienda transaccional? **(Pausa)**.

La señora **CAMARERO BENÍTEZ**: Sí, hemos elaborado una transaccional que entregaremos a la Mesa en cuanto la tengamos redactada completamente.

— **SOBRE EL RECORTE ADICIONAL DE 7.000 MILLONES DE EUROS EN LA SANIDAD PÚBLICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IU, IC-EUIA, CHA: LA IZQUIERDA PLURAL. (Número de expediente 161/000548).**

El señor **PRESIDENTE**: Punto 6 del orden del día, sobre el recorte adicional de 7.000 millones de euros en la sanidad pública. Para su defensa tiene la palabra, en representación del Grupo de La Izquierda Plural, el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: El Grupo Parlamentario de La Izquierda Plural ha presentado esta ini-

ciativa con la intención de debatir en esta Comisión una materia que nos parece fundamental. Nos parece incomprensible que antes de la votación del decreto en el Congreso de los Diputados el día 17, no se haya producido ninguna comparecencia ni ninguna información por parte del ministerio en esta Comisión. En relación con una reciente información de un medio de comunicación creemos que no solamente el presidente del Gobierno es el que selecciona sus presencias ante el Congreso de los Diputados, nos da la impresión de que también son los propios ministros y no sabemos muy bien quién va a dar cuenta de una materia tan importante ante una Comisión que nos parece fundamental como es la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales en la que estamos. Sobre todo, teniendo en cuenta que en esta Comisión también se va a proponer la creación de una subcomisión para el Pacto por la sanidad con el pie forzado. En esa opinión con un pie forzado muy grave, de un decreto que ni siquiera se va a tramitar como proyecto de ley. En nuestra opinión, esta iniciativa pretende que se debata en esta comisión un tema que nos ha hurtado el Gobierno y que solamente podrá ser debatido finalmente en una sesión plenaria del Congreso de los Diputados. Nos parece insuficiente a todas luces por el calado de este decreto. En primer lugar, por el calado constitucional. En nuestra opinión, el Real Decreto-ley 16/2012 es un decreto inconstitucional. Aborda una materia del título I, el artículo 43 sobre la protección de la salud, mediante un decreto, por una vía como es esta vía urgente en el Congreso de los Diputados, cuando estas materias le están vetadas a los decretos. Esta es una materia que no es susceptible de modificación a través de este procedimiento.

En segundo lugar, frente al escándalo público que se ha producido como consecuencia de la aparición de repagos, de la aparición de impuestos a la enfermedad, si bien con modulaciones de renta, nosotros queremos poner encima de la mesa que más allá de esta medida de repago, este decreto es una profunda contrarreforma de nuestro sistema sanitario. Una profunda contrarreforma, sin debate, sin diálogo y sin negociación del sistema sanitario. Difícilmente puede existir una Comisión del tipo del Pacto de Toledo cuando se alteran los compromisos fundamentales, los pilares del sistema sanitario público. Señorías, el sistema sanitario público se basa, por una parte, en la financiación con cargo a impuestos y, por otra parte, en la orientación universal del sistema. Es verdad que falta un colectivo pequeño para esa protección universal, pero no es menos incierto que nuestro sistema, desde la Ley General de Sanidad, se orienta en un sentido de dar cobertura a los ciudadanos y a los residentes por el hecho de serlo. Este decreto altera radicalmente esta posición, tanto universal, desde el punto de vista de la cobertura, como también de financiación, a través de impuestos, y nos propone volver al sistema de seguro social. Volver al sistema de seguro social, porque ya no se reconoce la cobertura al ciudadano, se une la cobertura al cotizante directamente, en

el artículo 3 de este Real Decreto-ley 16/2012. En ese sentido hay una involución. También hay una involución en la financiación, porque se monta un sistema de gestión y recaudación del repago o impuesto a la enfermedad que supone prácticamente un camino de financiación mixta de nuestro sistema de salud. La orientación sería como malgastáis y utilizáis mal el sistema sanitario, cada uno se paga también el sistema sanitario para disuadirle de esa mala utilización de los servicios sanitarios. Se rompe con el principio de necesidad y se antepone otro principio, en este caso no sabemos muy bien cuál establecer, pero desde luego no es el principio de necesidad sanitaria, sino que es el principio de pago u otros principios como plantea el propio Gobierno en su documento. Nos preocupa la involución que se produce en nuestra sanidad, nos preocupa este pie forzado al acuerdo. En estos momentos es imposible el acuerdo, desde el punto de vista de mi grupo parlamentario, sobre todo si esta medida va a través de la vía que el Gobierno ha decidido.

En materias concretas llama la atención el ensañamiento del Gobierno con los sectores más débiles. El impuesto a la enfermedad no se reduce con modulaciones de renta, porque además del impuesto a la enfermedad, el Gobierno introduce un elemento que nos parece que debería modificar, para eso creemos que es imprescindible la tramitación como proyecto de ley, que es convertir al pensionista en una especie de banca de pensiones. Un pensionista no puede adelantar al Gobierno parte importante, tanto de sus fármacos como de sus prótesis como de su transporte sanitario, en algunos casos es inviable, y va a producir efectos perversos en el sistema de farmacias en España. Porque habrá farmacias que podrán ejercer de intermediario de pago y habrá otras farmacias que no podrán hacerlo, lo digo claramente. A lo largo de seis meses no es posible ese adelanto de pago por parte de los pensionistas. Por otra parte, como consecuencia de esa vinculación al cotizante, se producen exclusiones incomprensibles: mayores de veintiséis años sin cobertura sanitaria, divorciadas mayoritariamente sin cobertura sanitaria y también inmigrantes sin papeles sin cobertura sanitaria. Cuando la dinámica de la legislatura pasada fue dar cobertura a aquellos que no la tenían, ahora establecemos nuevas excepciones, nuevas exclusiones en la cobertura sanitaria, en nuestra opinión no solamente es inaceptable, sino que es escandaloso para buscar cualquier tipo de acuerdo en esta materia.

Señorías, también en nuestra opinión —y voy terminando—, en este decreto se abren las bases de la privatización del sistema sanitario. Se da un paso atrás hacia un seguro sanitario vinculado a la cotización, pero al mismo tiempo con la creación de este sistema de repago, de gestión y de recaudación, se abre también la posibilidad de una competencia entre seguros públicos y privados que, en nuestra opinión, no es el mejor camino para el futuro del sector sanitario, porque se lanza un mensaje sobre todo a las clases medias. Si a las clases

medias de este país se les ponen repagos en el sistema sanitario, además de los impuestos que ya pagan fundamentalmente las clases medias de este país, tendrán finalmente que optar entre el sistema público o se les empujará a optar desde el sistema público por un sistema privado, que es lo que se pretende en buena parte de las bases materiales de este decreto.

Por último, señorías, ninguno de los planteamientos que hace el decreto se consigue: sostenibilidad, calidad y seguridad. Díganme ustedes qué medidas en el decreto apuntan en ese sentido, porque la sostenibilidad depende fundamentalmente de la organización y la responsabilidad de la Administración. Nada hay en esa materia, por ejemplo, en la relación de la Administración con la farmacia o en la relación de la Administración con las nuevas tecnologías o, por ejemplo, también con distintos modelos de aseguramiento dentro de la propia Administración sanitaria. Nada hay tampoco por parte del Gobierno en relación con las compañías innovadoras, que son las que más influyen, en nuestra opinión, en la ineficiencia en materia de gasto farmacéutico. En definitiva, sobre todo, son medidas de involución y mucho maquillaje, porque decir que el conjunto de la red de calidad es un NICE modelo británico, es mucho decir por decir algo.

El señor **PRESIDENTE**: Le ruego que vaya concluyendo.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Señorías, en definitiva, nuestro grupo parlamentario propone que en esta materia se produzca un debate en esta Comisión. Queremos dirigirnos al Grupo Parlamentario Popular para evitar que se produzca una salida fallida de la subcomisión del Pacto de Estado, así sería si finalmente el trámite es el de decreto sin tramitar como proyecto de ley y queremos también llamar la atención sobre que este decreto es una mirada atrás y no mira realmente los problemas y las ventajas de nuestro sistema sanitario público.

El señor **PRESIDENTE**: Hay dos enmiendas, la primera del Grupo Parlamentario Popular, para su defensa tiene la palabra su portavoz, don Manuel Cervera.

El señor **CERVERA TAULET**: La proposición no de ley del Grupo de Izquierda Unida es una proposición no de ley centrada en un real decreto-ley que presentó el Gobierno hace tres viernes. Sobre mezclar el real decreto, que son medidas, que me gustaría recordar a los miembros de esta Comisión, centradas en la voluntad que tienen las comunidades autónomas y el Gobierno de España en hacer viable el sistema sanitario que en estos momentos, lamentándolo y dada la situación económica que tiene el país, con la disminución de ingresos y los 5.300.000 parados lo hace insostenible, entre otras cosas porque hay 16.000 millones de euros aproximadamente que las comunidades autónomas no han podido

hacer frente al pago a proveedores, y las comunidades autónomas necesitaban una serie de medidas e instrumentos legales para poder ejercer los presupuestos de forma real y no de forma ficticia. Este real decreto que presenta este tipo de medidas estructurales e instrumentos legales van a ayudar a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, van a ayudar a hacer un sistema sanitario igual para los españoles y no diferente dependiendo de la comunidad autónoma en la que uno resida y va a hacerlo más eficiente, va a hacerlo homogéneo y va a permitir al Gobierno de España coordinar a las comunidades autónomas que, a través del Ministerio de Sanidad, es la obligación que tiene como Gobierno de España. Son una serie de puntos que han pedido las comunidades autónomas, no voy a ayudar a romper en ningún momento el consenso y la voluntad de pacto y la voluntad de hacer una subcomisión, que lo trataremos en el punto siguiente, y no me gustaría que se mezclara con la proposición no de ley, sino que voy a intentar sumar en todo momento. No sirve de nada utilizar sustantivos que suenan fuertes y estridentes como impuesto de la enfermedad y repetir lo social o la privatización o la exclusión, cuando en ningún momento se excluye absolutamente a nadie. Se garantiza el tratamiento a todos los españoles, independientemente de su condición social, económica y de aseguramiento y además se ayuda a las comunidades autónomas a llevar los presupuestos a final de término. No se privatiza en absoluto, no se pide a ningún ciudadano español ninguna tarjeta que no sea la tarjeta sanitaria y se ayuda a ser más eficientes en el control del gasto farmacéutico a través del valor que tenga la evidencia científica y el valor que tenga el coste beneficio en la aceptación o no de los productos sanitarios.

He entendido que usted decía, señor Llamazares, que la innovación en el sinónimo de la ineficiencia. **(El señor Llamazares Trigo: No)**. Pues lo he entendido mal y le pido disculpas si lo he entendido así. En estos momentos las medidas que ha tomado el real decreto son medidas que venían demandando las comunidades autónomas y que ayudarán a cumplir con la premisa que este Gobierno quiere cumplir que es gastemos lo que tengamos y no gastemos más de lo que tenemos. En este momento actual, las comunidades autónomas no son capaces de asumir 16.000 millones de euros, porque no han tenido ingresos suficientes y porque además en los crecimientos previstos por el anterior Gobierno de España se les decía una cosa y después ha sido otra, como usted sabe, muy diferente, y queremos hacer un sistema sanitario público, universal y gratuito.

Ante esa serie de sustantivos altisonantes que usted utiliza, también me gustaría decirle que si usted examina los sistemas sanitarios públicos de los países del entorno europeo, nosotros tenemos en estos momentos el sistema sanitario público más social de toda Europa. Eso conviene, no decírselo a los ciudadanos, porque los ciudadanos lo saben, porque cada ciudadano sabe que tiene en estos momentos los mejores servicios sanita-

rios, médicos y quirúrgicos que tiene cualquier país de Europa, con las menores aportaciones, que lo sepa usted, para que ayudemos a seguir sumando ese pacto necesario que demandan los ciudadanos. Los ciudadanos no van a entender en ningún momento que las tendencias políticas rompan ese pacto. El Partido Popular ayudó en la moción de hace pocos meses a presentar su subcomisión y también ayuda a las comunidades autónomas a presentar estas medidas que son, como dijo el ministro de Hacienda, instrumentos legales para que las comunidades autónomas puedan hacer reflejo en sus presupuestos. Vamos a seguir sumando a todo el mundo, aquí no se rompe ninguna baraja. No se quita la universalidad, sino que se refuerza. No hay ningún tipo de impuesto a la enfermedad. Seguimos teniendo los mejores instrumentos, entre ellos los profesionales, para seguir tratando y convertir este sistema sanitario en uno de las grandes referencias de Europa y en esa línea seguiremos tratando de sumar. Nuestra enmienda, que es un ejemplo de sumar, no puede estar de acuerdo en alguno de los puntos de la proposición de Izquierda Unida, como no puede ser de otra manera, pero sí que está a favor de seguir tratando de llegar a esos acuerdos que se consiguieron en el sistema de pensiones y que debería de conseguirse por obligación también en el sistema sanitario público.

El señor **PRESIDENTE**: Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra su portavoz don José Martínez Olmos.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Estamos abordando una cuestión que tiene una enorme trascendencia para la ciudadanía. El Gobierno del señor Rajoy ha tomado una decisión que es, en nuestra opinión, extremadamente grave, porque ha cambiado el modelo sanitario. Ha roto un acuerdo que había en esta sociedad y a nivel político, no puedo decirlo de otra manera y solamente se puede ver comprobando como el primer artículo del Real Decreto-ley que aprobó el Consejo de Ministros hace tres viernes lo que hace es cambiar el artículo que nosotros, como Grupo Parlamentario Socialista, acordamos con el Gobierno del señor Aznar, con la ministra Ana Pastor, en el que se establecía que los derechos para la atención sanitaria eran para todos los españoles. Ese cambio es un cambio que expresa gráficamente, no hay más que leerlo, la ruptura de un acuerdo, de un consenso, que deja en el aire la cobertura sanitaria universal para determinadas personas, para determinados colectivos en nuestro país, y eso pone en riesgo derechos fundamentales y, sobre todo, pone en riesgo que seamos capaces de hacer un pacto de Estado como pretende el Gobierno contradiciéndose luego con este tipo de decisiones.

La decisión que ha adoptado el Gobierno es además una decisión que afecta a todos los españoles. El Gobierno tiene ante sí una enorme responsabilidad para solucionar agujeros jurídicos que genera este Real Decreto-ley, a los pacientes crónicos, a los pensionistas,

a las personas que reciben atención sanitaria mediante medicamentos de dispensación hospitalaria, que ahora están sujetos a copago o a las personas que, en las islas Canarias, en Baleares, en Ceuta o en Melilla, tienen que utilizar el transporte sanitario no urgente aéreo por decisión médica, cuando no pueden recibir los servicios sanitarios en el propio domicilio en el que están. Ahí hay una tarea enormemente compleja del Gobierno para poner a salvaguarda la calidad asistencial y el derecho de la atención sanitaria de mucha gente. Por eso creemos que es interesante, conveniente y necesario que el Gobierno acepte la tramitación de su Real Decreto-ley como proyecto de ley que permita, no solamente un debate político para un tema de enorme importancia, sino para solucionar algunos agujeros jurídicos, como acabo de comentar.

Esta es una iniciativa en la que me he dedicado a buscar qué colectivos profesionales, qué colectivos ciudadanos, qué colectivos de pacientes están apoyando esta iniciativa del Gobierno y no los he encontrado. Todas las manifestaciones públicas son contrarias a las consecuencias que trae el cambio que ha hecho el Gobierno con este recorte y con este cambio de modelo. Hasta ahora me he dedicado a hablar de lo que es el cambio de modelo, porque el Gobierno podía haber adoptado una decisión exclusivamente centrada en buscar la sostenibilidad de las cuentas públicas, que son un conjunto de medidas que están incluidas en el Real Decreto-ley, pero ha cambiado el modelo y eso no tiene que ver con la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, salvo que fuera consecuencia de un debate entre todas las fuerzas políticas y un acuerdo de todas las fuerzas políticas. En lo que se refiere a las medidas de control del gasto público que originan este Real Decreto-ley, claramente dirigido desde el área económica del Gobierno, lo cual es un enorme problema para el ámbito sanitario, les tengo que decir que desgraciadamente no nos salen las cuentas. Los recortes que plantea este real decreto-ley probablemente no consigan el objetivo para el déficit público y vengan más medidas en el futuro. Además no contribuyen a la sostenibilidad del sistema sanitario, por eso presentamos enmiendas a la propuesta de Izquierda Unida, que nosotros vamos a apoyar, con la idea de ratificar que para que haya sostenibilidad de las cuentas públicas y del Sistema Nacional de Salud, cuando se adoptan medidas de ingresos, vía en este caso copagos, que nosotros rechazamos, y de ahorro, con las diferentes medidas de control del gasto que establece el Gobierno, queden en los presupuestos sanitarios, porque si no quedan en los presupuestos sanitarios, si ninguno de los euros que se ingresen y ninguno de los euros que se ahorren quedan en los presupuestos sanitarios, señores del Grupo Popular, señores del Gobierno, ustedes no garantizan la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, sistema que ya cambian con ese cambio de modelo que antes comentaba.

Me parece importante la llamada a la reflexión al Grupo Popular y al Gobierno. Si quieren un acuerdo

político, si quieren un pacto para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud no pueden venirnos con esta decisión adoptada de cambio de modelo y después decir o están ustedes de acuerdo o esto es lo que hay, porque rompemos elementos del consenso que se habían trabajado después de muchísimos años en este país. Fíjense, ustedes han utilizado como cortina de humo la cuestión de los inmigrantes irregulares, pero incluso aquí se han equivocado; es una cortina de humo, porque afecta a todos los españoles. Retirar la tarjeta sanitaria el 1 de septiembre a personas que hoy tienen legalmente atención sanitaria y tienen tratamientos para enfermedades crónicas, algunas de ellas graves, deja a estas personas en una situación enormemente difícil para su salud, hasta el punto de que pensamos que no van a encontrar apoyo entre los profesionales sanitarios; desde luego, no lo tienen de nuestro grupo parlamentario. No creo que haya ninguna ética política ni ninguna ética social que justifique que haya personas en nuestro país que, teniendo enfermedades que pueden perjudicar seriamente su salud e incluso afectar a su pronóstico vital, puedan quedarse sin atención sanitaria regular con la decisión que ustedes han tomado para tapar lo que realmente trae tras de sí esta iniciativa.

Señor presidente, termino. Apoyaremos la iniciativa del Grupo de La Izquierda Plural. Proponemos estas enmiendas para asegurar que los recursos que se ahorren y se generen se queden en los presupuestos del Sistema Nacional de Salud. Esperamos que el Grupo de La Izquierda Plural las acepte.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición?

Señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Nosotros nos abstendremos, porque, aunque no estamos de acuerdo —y lo hemos manifestado reiteradamente— con las medidas tomadas por los diferentes Gobiernos, fundamentalmente por el partido Popular o por el Partido Socialista, nos parece que falta la propuesta. Como hemos manifestado en varias ocasiones, es preciso abordar una reforma en profundidad de la Administración que evite duplicidades, que evite ineficiencias y que libere recursos que impidan que tengamos que llevar a cabo este tipo de recortes. Apoyamos buena parte del planteamiento que hace la propuesta, pero nos parece que está un poquito vacía de contenido y que quizá busca un poquito de eco mediático.

No estamos tampoco de acuerdo con que nuestro Sistema Nacional de Salud no tenga tacha alguna y tenemos que hacer un trabajo intenso para diagnosticarlo. Es evidente que tiene muchos aspectos positivos que deben ser defendidos y protegidos, pero no compartimos la idea de que sea un sistema altamente eficaz, como si no fuera necesario modificar nada; antes al contrario, es necesario descubrir y corregir ineficacias que existen para así mejorar el rendimiento y evitar

políticas de recorte como las que estamos viviendo hoy en día. Necesitamos un diagnóstico —repito— en profundidad de los desequilibrios del Sistema Nacional de Salud y de las múltiples ineficiencias, y aunque compartimos buena parte de la orientación de la PNL, nos parece que no aporta nada nuevo ni ayuda a establecer un consenso sobre un asunto fundamental, que necesita análisis y debate sosegado. Además, tenemos mucha curiosidad, tenemos muchas ganas de saber qué propuestas y, sobre todo, qué prácticas va a llevar a cabo el partido que propone esto junto con otro partido en algunas comunidades autónomas, porque nos parece que ellos, los grupos mayoritarios, han sido también responsables de que el Sistema Nacional de Salud no haya mejorado como debía haber mejorado y de que se encuentre con algunos de los problemas con los que se encuentra hoy en día.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Voy a seguir prácticamente con la dinámica de los grupos que han intervenido hasta ahora y voy a manifestar nuestro no al real decreto, a las medidas sanitarias para este supuesto ahorro adicional de 7.000 millones de euros en sanidad. No nos salen las cuentas. Hemos leído de arriba abajo el real decreto y no nos salen las cuentas y además nos parece que produce una gran desigualdad social. No nos gusta el real decreto. Como han dicho otros portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, pido al grupo que da soporte al Gobierno y, por tanto, al Gobierno que lo tramite como proyecto de ley y que dé una muestra de diálogo para que entre todos podamos mejorar muchos de sus aspectos, porque nos parece que dañan muchísimo a la sociedad. Es inaceptable pasar de un Sistema Nacional de Salud a un sistema de Seguridad Social, como hace este real decreto, sin que haya un diálogo y un consenso y sin que hayamos podido intervenir para mejorar muchos de sus aspectos.

Dicho esto —dejo para después el tema del pacto y del diálogo, ya que tenemos el otro punto y el pacto está centrado en la sostenibilidad; el decreto toca parte de sostenibilidad, pero va mucho más allá—, algunas de las propuestas de La Izquierda Plural tampoco nos gustan en demasía. Vamos a esperar para ver qué enmiendas se aceptan y cómo va a ser la votación final para anunciar definitivamente nuestro voto. Eso sí, queremos que conste que no será porque estemos de acuerdo con los 7.000 millones ni porque estemos de acuerdo con el real decreto, que nos parece que tendríamos que modificar no solamente en uno, dos o tres artículos, sino mucho más profundamente, sobre todo para ahorrarnos la gran desigualdad social que va a provocar si se aplica tal como está.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Llamazares, ¿va a aceptar alguna enmienda?

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Sí, señor presidente, acepto las enmiendas a los puntos 2 y 4 del Grupo Parlamentario Socialista.

— **RELATIVA A LA COORDINACIÓN INTERAUTONÓMICA DE LOS CRIBADOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000551).**

El señor **PRESIDENTE**: Punto séptimo del orden del día: Proposición no de ley relativa a la coordinación interautonómica de los cribados. Es una propuesta del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra doña Felicidad Rodríguez.

La señora **RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**: Señorías, como todos ustedes saben, el cribado es una herramienta de salud pública, una práctica de prevención secundaria que se centra en el examen de personas asintomáticas para clasificarlas como probables o improbables enfermos de una enfermedad determinada que sea objeto de *screening*. Hoy en día no se entiende el cribado sino como un programa integral, una actuación que debe incluir no solo el proceso de cribado en sí, sino también la confirmación diagnóstica y el tratamiento. El cribado es una actividad sanitaria plenamente aceptada en la actualidad, que representa una herramienta importantísima para disminuir el impacto en la población de determinadas enfermedades y problemas de salud. No obstante, su aplicación exige una serie de condiciones que tienen que ver, entre otras, con las características de la enfermedad, con las características de la población, con las características de las pruebas disponibles, su sensibilidad, su especificidad o con los recursos y la disponibilidad diagnóstica y terapéutica para las personas que resulten positivas en el *screening* del que se trate. Su aplicación exige también una evaluación rigurosa, sistemática y profunda, para lo que es imprescindible disponer de un buen sistema de información, así como llevar a cabo la valoración de indicadores: mortalidad, supervivencia media, valoración de parámetros de utilidad o calidad de vida, grado de aceptabilidad o la respuesta de la población entre muchos otros.

Por otro lado, aunque la detección precoz en la mayoría de los casos supone efectos positivos y para muchas enfermedades implica la mejora del pronóstico de la enfermedad, una menor agresividad terapéutica o un efecto tranquilizador ante un resultado negativo, en otras ocasiones un cribado plantea desventajas —tratamientos innecesarios de lesiones dudosas, riesgos potenciales, ansiedad de los falsos positivos o efectos falsamente tranquilizadores en los falsos negativos, complicaciones en las pruebas diagnósticas, mayor morbilidad en casos en los que no se mejora el pronóstico, entre otros—, ello por no hablar de los cribados oportunistas, con escasa capacidad de evaluación, sin especificación de beneficios en términos de prevención

de la carga de la enfermedad, sin suficiente respaldo científico, sin garantías ciertas de calidad, con un cuestionable impacto sobre la salud y con un sobre coste para el sistema; incluso en ocasiones, aunque un cribado poblacional esté inicialmente bien planteado y disponga de los recursos suficientes, puede no conducir al beneficio deseado por deficiencias en la calidad del proceso y siempre, siempre es importante en este tipo de programas que los beneficios superen a los posibles efectos adversos. De hecho, en las más recientes definiciones a nivel internacional del concepto de cribado se incluye el concepto clave de equilibrio entre beneficios y riesgos. Por ello, es necesario disponer de una serie de criterios y requisitos, criterios cuya valoración y análisis es imprescindible antes de proceder a la introducción de un cribado específico en el sistema sanitario. **(El señor vicepresidente, Román Jasanada, ocupa la Presidencia).**

La Ley General de Salud Pública ya contempla algunas recomendaciones sobre el cribado que han de ser desarrolladas en todo el Estado. A este respecto, el grupo de trabajo de la ponencia de cribado de la Comisión de Salud Pública elaboró un informe sobre criterios para el abordaje del cribado en el Sistema Nacional de Salud, unos criterios sobre los que se debe seguir trabajando para que puedan servir de guía en la toma de decisiones estratégicas y para establecer los requisitos claves para la implantación de estos programas, porque la decisión de la implantación de programas de cribado poblacional exige disponer de criterios relevantes para la toma de decisiones, criterios en consonancia con los aspectos aceptados a nivel internacional y relativos al problema de salud del que se trate, a la prueba inicial de cribado, al diagnóstico de confirmación y al tratamiento o criterios relativos al propio programa, como evidencia de eficacia, beneficios que superen los riesgos potenciales, definición de la población diana, coste equilibrado, sistema de evaluación y calidad, programa factible dentro del Sistema Nacional de Salud, entre otros, y otras cuestiones importantes que tienen que ver con los requisitos para la implantación, cuestiones que tienen que ver con la cobertura y la equidad, con la planificación y coordinación, con los sistemas de información del programa del que se trate, con la confidencialidad y protección de datos, con la decisión informada, con la formación de los profesionales implicados o con el Plan de evaluación y calidad. De hecho, como han puesto de manifiesto relevantes expertos a nivel internacional, previamente a la toma de decisiones estratégicas sobre un programa de cribado y a su implantación, debe existir un proceso sistemático, explícito y transparente de evaluación de la evidencia, de la eficacia del cribado y de las características locales que ayuden a determinar su factibilidad, algo que también está en consonancia con nuestra propia legislación, que establece que habrá que garantizar que ninguna nueva técnica, tecnología o procedimiento clínico relevante pueda generalizarse en el

sistema sin una evaluación pública previa sobre su seguridad, utilidad, eficacia y coste.

Por ello, debido a la trascendencia del cribado, nuestro grupo presenta esta proposición no de ley, proposición que tiene en mente los objetivos claves y su actualización; objetivos que se plantean en el informe sobre cribado en Europa, realizado por el Observatorio europeo sobre políticas y sistemas de salud, iniciativa conjunta de la Comisión Europea y de la Región Europea de la OMS; objetivos y su adaptación y actualización que inciden especialmente en los ítems contenidos en nuestra propuesta, esto es, coordinación para recomendación y evaluación de los programas, establecimiento de registros fiables, investigación de calidad que soporte las recomendaciones que hayan de hacerse para estos *screenings*, cumplimiento de los criterios que deben regir los programas de cribado así como criterios de equidad.

Quiero agradecer al Grupo Socialista y al Grupo de Convergència i Unió la aportación de datos que permiten hacer una propuesta transaccional, enriqueciendo el preámbulo, al introducir el respeto y la coordinación interautonómica, asegurando las competencias respectivas y eliminando de los ítems el punto 4 y el punto 1, puesto que ya estarían definidos en el propio preámbulo de la PNL. Estamos redactando la propuesta transaccional que trasladaremos inmediatamente a la Mesa.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): A esta proposición se han presentado dos enmiendas por el Grupo Catalán y por el Grupo Socialista. Para defender la enmienda del Grupo Catalán, tiene la palabra la señora Ciuró.

La señora **CIURÓ I BULDÓ**: Intervengo muy brevemente para informar que la enmienda que ha presentado el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) va dirigida al ámbito competencial y a la preservación de las competencias. Hemos presentado una redacción en el sentido de que el Congreso de los Diputados inste al Gobierno a que en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se establezcan criterios de coordinación interautonómica de los programas de cribado. Asimismo, habíamos planteado la posibilidad de que en el texto de la ley, en el cuerpo del *petitum* de la proposición, se eliminaran los puntos 1 y 4, puesto que no benefician nada el respeto a las comunidades autónomas y a sus competencias. Entendemos que establecer las uniformidades y la evaluación de cribados nacionales no ayuda al desarrollo de las competencias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Gallego, para la defensa de la enmienda.

La señora **GALLEGO ARRIOLA**: Efectivamente, la Ley General de Salud Pública aprobada en octubre de 2011 por el Gobierno socialista y a la que ha estado

aludiendo el Grupo Popular tiene por objeto alcanzar el máximo nivel de salud pública en la población, tratando de que los poderes públicos aseguren y mejoren la salud de la población, tanto la actual como la futura, entendiendo la inversión en salud como una contribución decisiva al bienestar social. Estamos hablando de inversión y no de gasto, por eso en estos días de presentación de los presupuestos generales por parte del Gobierno, el Grupo Socialista no puede aceptar un recorte de hasta un 45% en las partidas de salud pública, que afectará de manera indudable a las técnicas de cribado de las que trata esta proposición no de ley; de hecho, esto está afectando ya a algunas comunidades, como Castilla-La Mancha, donde el Gobierno popular que preside la señora Cospedal ha recortado las patologías a detectar con la prueba del talón. Son recortes y restricciones para los que no ha pedido opinión ni al Colegio de Médicos ni a pediatras, siendo además el ahorro insignificante comparado con las graves consecuencias que esto puede conllevar. No es el caso de otras comunidades, como Andalucía, donde se realiza el mayor cribado y que sigue la tendencia de países europeos de nuestro entorno.

El cribado, como actividad sanitaria, ha calado rápidamente en la sociedad y es una importante herramienta para disminuir el impacto en la población de determinadas enfermedades o problemas de salud. Efectivamente, existe un documento marco sobre cribado poblacional, que fue elaborado por un grupo de trabajo de todas las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo. Es un documento técnico, que establece unos criterios que pueden servir de guía a las comunidades autónomas, a los sistemas de salud, para la toma de decisiones estratégicas sobre cribado, así como para establecer requisitos clave para la implantación de estos programas. Es por tanto una guía para las comunidades autónomas. Está en la página 9 del estudio de esa ponencia y establece los objetivos clave a alcanzar, que son los cinco puntos de la propuesta del Partido Popular. En la página 18 establece los requisitos clave para la implantación de los programas de cribado, que son la cobertura poblacional, la equidad, la planificación operativa, la coordinación, el sistema de información, la decisión informada, la protección de datos, la confidencialidad, el programa de evaluación y calidad y la formación —esto es importantísimo— a los profesionales, la educación social a los mismos. En este informe están tanto los objetivos como los requisitos y el Grupo Socialista los acepta. El Grupo Socialista respeta esos objetivos clave, pero sobre todo respeta las competencias de las comunidades autónomas. Por ello, hemos propuesto una enmienda de sustitución para que en esta proposición se respeten esas competencias. Ha sido transaccionada por el Grupo Popular y por eso vamos a apoyarla.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Para fijar posición, por el Grupo de Unión Progreso y Democracia, tiene la palabra don Antonio Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Nuestro voto será afirmativo. Unión Progreso y Democracia siempre se ha mostrado partidario de mantener equidad en el acceso a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Hemos planteado en numerosas ocasiones que esta cartera de servicios debe ser única para todas las comunidades autónomas, por lo que no podemos dejar de mostrarnos favorables a esta propuesta, aunque creemos que la coordinación que se pide para este tipo de pruebas debería alcanzar al conjunto de pruebas y procedimientos financiados por el Sistema Nacional de Salud. Por decirlo de una forma más gráfica, estamos de acuerdo con esta coordinación, pero nos hubiese gustado que la propuesta hubiera sido bastante más ambiciosa.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por el Grupo de La Izquierda Plural, tiene la palabra don Gaspar Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Votaremos favorablemente esta iniciativa, porque estamos convencidos de la necesidad de coordinación de los cribados. Ahora bien, quiero recordar a sus señorías, porque parece que en esta materia hay muchas lagunas, que existe una ley recientemente aprobada, la Ley de Salud Pública, que avanza de forma clara y plantea objetivos y métodos para lograr no solo que estos cribados tengan un carácter coordinado, sino también que se hagan con criterios de calidad y seguridad.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Ruego a la proponente que haga llegar a la Mesa la enmienda transaccional.

— **RELATIVA A LA PROMOCIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LOS SUPUESTOS EN LOS QUE RESULTE RECOMENDABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO Y SOCIAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000554).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos al punto octavo del orden del día: Proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, relativa a la promoción de la hospitalización domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud en los supuestos en los que resulte recomendable desde el punto de vista sanitario y social. Tiene la palabra su portavoz, doña Andrea Fabra.

La señora **FABRA FERNÁNDEZ**: Señor presidente, señorías, tengo el honor de defender en nombre de mi grupo esta proposición no de ley relativa a la promoción de la hospitalización domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud en los supuestos en los que resulte recomen-

dable desde el punto de vista sanitario y social. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

Señorías, el Sistema Nacional de Salud tiene ante sí el extraordinario desafío de garantizar la sostenibilidad de una sanidad de la mejor calidad y accesible a todos en un contexto de extraordinarias dificultades presupuestarias. Pero más allá de las dificultades derivadas de la coyuntura económica, el Sistema Nacional de Salud debe seguir adaptándose a un cambio que quizás no despierte la misma sensación de urgencia que la crisis económica y sus consecuencias financieras y presupuestarias, pero que sin duda es de mucho mayor alcance: el envejecimiento de la población. Envejecer no es una enfermedad, pero enfermamos fundamentalmente porque envejecemos o, si prefieren sus señorías, enfermamos más cuando envejecemos y nuestro sistema de salud debe adaptarse a ese cambio demográfico mucho más predecible e inevitable que los cambios de coyuntura económica, pero al que también nuestra atención suele ser más esquiva. Entre los numerosos esfuerzos para afrontar la adecuada atención y manejo de los pacientes en este contexto, destaca sin duda la proliferación de iniciativas y proyectos para promover la atención hospitalaria domiciliaria, aunque se viene haciendo de manera desigual en las distintas comunidades autónomas del territorio nacional.

Señor presidente, el aumento de personas en su mayoría ancianas que presentan enfermedades crónicas y degenerativas supone, entre otros factores, que cada día se incremente la necesidad de atenciones tanto sanitarias como sociales en el domicilio. Por otra parte, tanto desde el punto de vista terapéutico como de las preferencias sociales, hay que resaltar la importancia de favorecer al máximo la permanencia de los enfermos en su entorno habitual de vida y potenciar la integración de la familia en el proceso curativo. Los resultados de las encuestas realizadas a los enfermos acogidos en este tipo de programas son altamente satisfactorios y esto se verá favorecido también por la clara apuesta, entre las medidas del Gobierno, por homogeneizar el uso y el desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación aplicadas a la salud, como se viene haciendo con la tarjeta sanitaria, la telemedicina, etcétera. Al mismo tiempo, los hospitales evolucionan hacia centros de alta tecnología diagnóstica y terapéutica, con estancias cada vez más reducidas para todo tipo de procesos, y desarrollan con este fin nuevas fórmulas asistenciales —unidades de corta estancia, cirugía ambulatoria, consultas de alta resolución— que acaban generando un volumen creciente de enfermos que permanecen en su entorno familiar con más carga de enfermedad y de cuidados. La conjunción de estos factores, entre otros, genera una creciente presión sobre los recursos sanitarios y sociales que trabajan en el entorno domiciliario, así como para los propios cuidadores. La atención domiciliaria proporciona y garantiza una atención sanitaria segura y de excelencia, posibilita la rentabilidad social al paciente y a la familia, de modo que se le acerca el hospital a la

casa, fomentando la atención integral y conservando el entorno sociofamiliar, al tiempo que se disminuyen los costes económicos propios de la estancia hospitalaria. Por tanto, se mejora la calidad asistencial. Las unidades de hospitalización domiciliaria se engloban en las alternativas de hospitalización tradicional; son dispositivos asistenciales capaces de proporcionar atención integral con rango hospitalario en el domicilio a pacientes del departamento de salud que de otra manera hubieran precisado la atención de un hospital de agudos. Todas las administraciones autonómicas, así como Ingesa, han desplegado acciones en este ámbito con resultados generalmente satisfactorios, tanto desde el punto de vista de la calidad de la atención sanitaria como de su contribución a la optimización del uso de los recursos del sistema.

Permítanme, señorías, referirme aquí, por mi condición de castellanense, a la experiencia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, donde se ha priorizado la atención hospitalaria domiciliaria como una fórmula por la que se presta una atención segura y de excelencia a los pacientes en su entorno habitual. En la actualidad, la Comunidad Valenciana cuenta con 24 unidades de hospitalización domiciliaria, que desarrollan el 44% de la actividad de las unidades de hospitalización a domicilio de España, según los datos del Ministerio de Sanidad de 2010. Dichas unidades de hospitalización domiciliaria gestionan 1.424 plazas, lo que se traduce en 277.000 episodios/año. Por tanto, podemos considerar que la hospitalización domiciliaria es el mayor hospital valenciano. Durante 2011 se han producido 35.666 altas y desde la creación de las primeras unidades, en el año 1990, hasta finales de 2010 se han generado 327.603 altas, un volumen de actividad que supone un sólido cimiento sobre el que se fundamenta la legitimidad de esta modalidad asistencial. No en vano en 2011 se ha llegado a una cobertura del 90% de la población. Señorías, la experiencia de la Comunidad Valenciana y del conjunto de Sistema Nacional de Salud pone de manifiesto que se trata de una modalidad asistencial que proporciona una atención de calidad a pacientes para que su domicilio sea su mejor hábitat terapéutico. No en vano diversos estudios llevados a cabo, entre otros, por la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio, evidencian que los resultados clínicos conseguidos en los hogares de los enfermos seleccionados son similares a los obtenidos en los hospitales y que se han logrado importantes progresos en la calidad de la atención recibida por los pacientes. Por todo ello, mi grupo considera que ha llegado el momento de que el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, a través del Consejo Interterritorial de Salud, se implique en la expansión de la atención hospitalaria domiciliaria y se somete a consideración de sus señorías la presente proposición no de ley, por la que proponemos instar al Gobierno de la nación a impulsar la hospitalización en las comunidades autónomas desde dicho consejo interterritorial.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias por su capacidad de síntesis.

Se han presentado dos enmiendas. Una de ellas ha sido presentada por el Grupo de Convergència i Unió. Para su defensa, tiene la palabra doña Conchita Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señor presidente, mi capacidad de síntesis va a ser todavía mayor, porque simplemente voy a anunciar que compartimos la exposición que ha hecho la portavoz del Grupo Popular. Nuestra enmienda pretende simplemente que se impulse la hospitalización domiciliaria, pero que se respeten todas las iniciativas y los programas que ya están en funcionamiento en las comunidades autónomas. En Cataluña existe un programa que está funcionando desde hace tiempo, que está dando muy buenos resultados y del cual nos sentimos muy orgullosos. Se trata de impulsar la hospitalización —compartimos la base de lo que se ha expuesto—, pero respetando lo que ya está en marcha y sabemos que funciona.

El señor **PRESIDENTE**: Para defender la enmienda del Grupo Socialista, tiene la palabra don José Martínez Olmos.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Esta es una iniciativa que tiene importancia y agradecemos al Grupo Popular que la haya presentado. La calidad de vida, la capacidad del servicio sanitario de atender patologías crónicas y la disponibilidad de nuevas tecnologías hacen que en todos los servicios sanitarios modernos, también en España —muchas comunidades autónomas lo están haciendo—, sea realidad una iniciativa de desarrollo de hospitalización domiciliaria, que a veces es una buena salida para una atención de calidad y eficiente. En ese sentido, compartimos una parte de la iniciativa que presenta el Grupo Popular.

Por otro lado, es necesario considerar una serie de cuestiones que, si no se tienen en cuenta, pueden poner en riesgo la calidad de la respuesta que se tiene que dar a las personas susceptibles de hospitalización domiciliaria. En primer lugar, los pacientes o las pacientes que tengan la posibilidad de seguir su tratamiento en hospitalización domiciliaria tienen que tener asegurado que hay recursos suficientes desde el punto de vista asistencial para poder dar respuesta en el ámbito domiciliario a las necesidades derivadas del problema de salud que les aqueja. En segundo lugar, como en ocasiones es necesaria una atención social, estas personas tienen que tener asegurado que los recursos del ámbito de la atención social estén disponibles para ser puestos a disposición de los pacientes y de las familias en el propio domicilio. Y tan importante como esto es asegurar la coordinación entre las dos redes de atención, coordinación fundamentalmente entre los profesionales, que son los que atienden a las personas y los que pueden encontrar elementos que ayuden a una mejor asistencia sanitaria en unos casos o a una mejor asistencia social en

otros. Estos son elementos fundamentales, son requisitos que tienen que darse cuando las comunidades autónomas, los servicios de salud se plantean el desarrollo de iniciativas de hospitalización domiciliaria.

También hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones tener en casa a una persona que tiene problemas de salud que pueden ser atendidos en hospitalización domiciliaria sobrecarga el trabajo de las familias, que tienen que atender una situación que hasta ese momento estaba resuelta en el ámbito institucional sanitario. No es conveniente plantearse una iniciativa de esta naturaleza sin contemplar que cuando se den esas circunstancias tiene que haber un apoyo institucional a las personas que cuidan al paciente, que suelen ser mujeres. En ese sentido planteamos nuestra enmienda. Es una enmienda que pretende reforzar, por un lado, la parte institucional, la parte profesional, la parte asistencial y de atención social, y por otro lado, atender el apoyo a las personas cuidadoras, fundamentalmente mujeres, y a las familias, lo que tiene que ver con el desarrollo de la Ley de la Dependencia. Una iniciativa de esta naturaleza que no asegure estas cuestiones puede tener como consecuencia un perjuicio a la calidad asistencial, si no se garantiza la atención profesional en equipos multidisciplinares como corresponde, y un perjuicio para las familias, si no se garantiza el apoyo que la Ley de la Dependencia permite cuando se dan estas circunstancias. Este es el tenor de nuestra enmienda. Hemos intentado que el Grupo Popular la acepte, porque su intención no es otra que dar una enorme garantía a su iniciativa, que creemos que es positiva, pero puede quedarse corta y puede perjudicar la calidad asistencial y sobrecargar a las familias.

El señor **PRESIDENTE**: Para fijar su posición, tiene la palabra el señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Quiero señalar que nuestro voto será afirmativo. La hospitalización a domicilio ha demostrado ser una alternativa adecuada a la hospitalización tradicional; ha mejorado la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios, disminuyendo, además, el coste y obteniendo los mismos resultados. Es evidente que no todos los ingresos hospitalarios pueden ser realizados en el domicilio del paciente, pero sí que hay un gran número de procesos que son susceptibles de hacerlo. La implantación en el Servicio Nacional de Salud es muy irregular; no hay una estrategia coordinada y las medidas se aplican de forma desigual, dependiendo, además, de la voluntad o de la sensibilidad del gerente o director médico de turno. Además, como la información entre los servicios sanitarios es muy escasa, no es posible compartir el éxito de determinadas medidas. UPyD apoya la implantación de la hospitalización a domicilio, pero es preciso que se extienda a todo el conjunto del Estado, estableciendo una cartera de servicios de estas unidades, de forma que se mantenga la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Por último, pediríamos que no se limitara a

pacientes crónicos, ya que este tipo de recursos es igualmente adecuado para algunos pacientes con procesos agudos. Consideramos que si bien la estrategia de atención a pacientes crónicos debe incluir una referencia a la hospitalización a domicilio, es preciso que el consejo interterritorial se plantee un plan para mejorar su implantación en todo el territorio.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Fabra para aceptación o rechazo de las enmiendas.

La señora **FABRA FERNÁNDEZ**: Como recordaba, a esta proposición no de ley se han presentado dos enmiendas. Respecto de la del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió, mi grupo acepta el texto que se propone porque refuerza algo que ya viene recogido en nuestra exposición de motivos, que es la necesaria coordinación y el respeto al trabajo que vienen desarrollando las comunidades autónomas. De ahí que insistamos en el necesario papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Queremos agradecer, por tanto, el apoyo y la disposición del Grupo de Convergencia i Unió, a través de su portavoz, la señora Tarruella.

Respecto de la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, señor Martínez Olmos, estando de acuerdo en lo de la coordinación sanitaria y social y, por tanto, con la primera parte de su enmienda, expuesta por usted en su intervención, no lo estamos con la segunda, porque la importancia de la cuestión que hoy debatimos, la hospitalización domiciliaria, tiene entidad suficiente como para que nos circunscribamos a este tema. Por ello hemos propuesto —usted lo sabe— al Grupo Socialista un texto alternativo aceptando la primera parte de esta enmienda y sustituyendo la segunda por —entre comillas—: y para ello se impulsarán medidas para una adecuada coordinación entre la atención primaria y la especializada, tal y como sugería usted en su intervención, pero no ha sido aceptado porque no hemos admitido la segunda parte de su enmienda. Lamentamos profundamente que el Grupo Socialista se parapete en el debate de la dependencia, que sin duda es muy importante pero que es distinto de la cuestión que abordamos hoy, para no apoyar una iniciativa de tanto calado como es el impulso de la atención hospitalaria a domicilio, máxime cuando en las filas de su grupo parlamentario, señor Martínez Olmos, hay férreos defensores de esta práctica asistencial que entenderán el alcance de su contradicción. Por tanto, deberán explicarla incluso en sus propias filas.

Agradezco al Grupo de Unión Progreso y Democracia, y a su portavoz, don Antonio Cantó, así como a todos los grupos que lo han hecho, su apoyo a esta iniciativa.

El señor **PRESIDENTE**: Si no se modifica de aquí a la votación y hay una transaccional, votaremos, señora Fabra, la propuesta del Grupo Parlamentario Popular a

la que se añade la enmienda de CiU. (**Asentimiento**). Todavía queda casi una hora para votar.

— **SOBRE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/000277).**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley sobre la universalización de la asistencia sanitaria pública, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa, tiene la palabra el señor Martínez Olmos.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Traemos esta proposición no de ley a la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados con la máxima solemnidad, porque entendemos que estamos hablando de una cuestión de enorme trascendencia para la ciudadanía y para el sistema sanitario. Recordarán sus señorías que para cerrar formalmente la universalización del Sistema Nacional de Salud los diferentes grupos parlamentarios han recorrido una larga trayectoria en esta casa. Algunos colectivos quedaban excluidos de la posibilidad de recibir atención sanitaria por parte del Sistema Nacional de Salud, lo que conllevó numerosas iniciativas parlamentarias de los Grupos Popular, Izquierda Unida, Socialista; en general, de todos los grupos. Como consecuencia de esa sensibilidad, en la legislatura pasada se contempló una fórmula en la Ley General de Salud Pública, que contó con el apoyo de todos los grupos parlamentarios, para cerrar este proceso de universalización, para lo que se establecía en la disposición adicional sexta la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en el territorio nacional a los que en el momento de la aprobación y promulgación de esta ley no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico. En esta nueva Ley General de Salud Pública quedamos en que la extensión sería efectiva a partir del 1 de enero de 2012 para las personas que hubiesen agotado la prestación o el subsidio de desempleo y que, por ejemplo, para colectivos profesionales especialmente significados, como los abogados, los arquitectos, etcétera, tendríamos un plazo de seis meses para que el Gobierno determinara reglamentariamente los términos y condiciones de la extensión de este derecho a quienes ejercen su actividad por cuenta propia y que no tienen cobertura por parte del Sistema Nacional de Salud. Este plazo acababa en el mes de abril del año 2012.

Cuando se presentó esta proposición no de ley pretendía instar al Gobierno a culminar este mandato de la Ley General de Salud Pública. Pero en este momento cobra actualidad —y quiero llamar la atención de todos los grupos parlamentarios sobre lo que voy a plantear a continuación—, porque con la aprobación por parte del Gobierno hace tres semanas del Real Decreto-ley para la

sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se produce una honda preocupación en nuestro grupo parlamentario y también en los sectores afectados —disponemos de informes jurídicos al respecto— por que se haya dejado sin efecto la universalización de la sanidad que establece la Ley General de Salud Pública. Sería muy importante que el Grupo Popular y el Gobierno dieran garantías jurídicas sobre esta cuestión, más allá de declaraciones de intenciones. Esta realidad que se concreta en la Ley General de Salud Pública de octubre del año pasado expresa una voluntad de todos los grupos parlamentarios de cerrar definitivamente los derechos de los ciudadanos a la hora de tener garantizada la asistencia sanitaria pública. El cambio que hace el Gobierno con el Real Decreto-ley 16/2012 pone en cuestión, en nuestra opinión, este modelo de universalización. Por tanto, sería conveniente que si no es esa su intención el Gobierno y el Grupo Parlamentario Popular lo revisaran y dieran garantías jurídicas al respecto. Es más, pensamos que sería conveniente una acción jurídica decidida y es por eso por lo que reivindicamos, fuera y dentro de la Cámara, la conveniencia de que ese real decreto ley se tramite como proyecto de ley y poder permitir así las modificaciones necesarias para ofrecer estas garantías jurídicas, en el caso al que nos estamos refiriendo, sobre la universalización de la sanidad. Los ciudadanos, los colectivos que nos han enviado a los grupos parlamentarios sus reivindicaciones sobre las garantías jurídicas de universalización, no entenderían que no diéramos ese paso y que no les pudiéramos asegurar que como ciudadanos españoles tienen derecho a la atención sanitaria. Este es el sentido de nuestra iniciativa, pero en la actualidad cobra sentido político fundamentalmente por la decisión del Gobierno, que entendemos que tiene importantes lagunas jurídicas en lo que se refiere a la universalización de los servicios sanitarios.

Si el Grupo Popular considera que esto no es así, le pediríamos que solicitara al Gobierno, a los servicios jurídicos de la Administración, a la Abogacía del Estado un informe jurídico que dejara claro que todos los españoles tienen derecho a la atención sanitaria. Probablemente encontremos la respuesta para darles garantías jurídicas. En cualquier caso, creemos que es mucho más adecuado políticamente abrir la posibilidad de debate tramitando el Real Decreto-ley como proyecto de ley para hacer posible ofrecer esas garantías públicas jurídicas, lo que seguro que cuenta con el apoyo de todos los grupos parlamentarios.

El señor **PRESIDENTE**: Se han presentado dos enmiendas. La primera, de La Izquierda Plural. Para su defensa, tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Tenemos la misma preocupación que el Grupo Parlamentario Socialista y la convicción de que el Real Decreto 16/2012, aunque no lo dice explícitamente, deroga la disposición adicional de la Ley de Salud Pública que tiene que ver

con la orientación universal del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, planteamos una enmienda de mejora del texto, pero a nosotros nos vale perfectamente cualquier texto que aclare la situación de estos colectivos, sobre todo de los de profesionales que confiaron en los grupos parlamentarios de esta Cámara, que vieron cómo en el Congreso y en el Senado llegamos a un acuerdo transitorio que permitía al cabo de unos meses la elaboración de un reglamento para su incorporación al Sistema Nacional de Salud, y que ahora ven estupefactos cómo hemos incumplido nuestros compromisos y nuestra palabra. Señorías hago un llamamiento al Grupo Parlamentario Popular y al resto de los grupos para que cumplamos esa palabra y podamos recuperar la orientación universal del Sistema Nacional de Salud. Soy escéptico en esta materia, a tenor del Decreto 16/2012, pero, en todo caso, no pierdo la esperanza.

El señor **PRESIDENTE**: Para la defensa de la segunda enmienda, del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don José María Alonso.

El señor **ALONSO RUIZ**: El Grupo Popular quiere transmitir un mensaje de tranquilidad al resto de los grupos que han expresado la sospecha de que con este Real Decreto-ley 16/2012 se va a quebrar esa universalización de la prestación sanitaria. Todo lo contrario, esa prestación universal la garantizan la Constitución, la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley 14/1986, y, cómo no, la disposición adicional sexta de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, que dice que habrá que desarrollar esas peculiaridades y esa normativa para ese colectivo de autónomos que hasta ahora quedan fuera de esta prestación.

Para el Grupo Popular este real decreto no solamente garantiza la universalización sino que la potencia y la reafirma. Una de las medidas es el cambio de que todos los españoles y los extranjeros pasan a ser titulares del servicio de prestación sanitaria, no beneficiarios. Lo de beneficiario queda reducido a menores de edad y dependientes de titulares. Esto se hace simplemente para aplicar la normativa europea, los convenios europeos, los tratados internacionales y poder estar en igualdad de tratamiento. ¿Para qué? Para evitar los abusos y los fraudes que han existido hasta ahora y que nos han llevado a la situación actual, en la que nos encontramos con una deuda de más de 15.000 millones de euros. Ese sí que es el peor enemigo para la universalización de la atención sanitaria. Solamente hay que leer la exposición de motivos del real decreto-ley para ver que se garantiza totalmente y que no ha cambiado nada en cuanto a la definición del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria; no ha cambiado nada en cuanto a la financiación pública, vía presupuestos, del Sistema Nacional de Salud; y lo más importante, la individualización. Por tanto, quiero transmitir esa tranquilidad. El ejemplo de que este real decreto es social y supone un hito en la prestación sanitaria, es el hecho de que más de

un millón y medio de familias, en las que ninguno de sus miembros reciben ningún ingreso, ninguna prestación económica, hasta ahora tenían que pagar el 40% de la prestación farmacéutica y gracias a este decreto-ley no van a pagar nada. Repito que esto es un hito dentro de lo que es la justicia social, guste o no guste. No lo he oído por ninguna parte; solamente oigo que tienen que pagar los pensionistas, pero no he escuchado a nadie decir esto. Esto es un logro del Partido Popular.

En cuanto a los términos de esta proposición no de ley, estamos totalmente de acuerdo con el Grupo Socialista en que hay que desarrollarlo y vamos a hacerlo. La ley que se aprobó en octubre daba un plazo de seis meses. A pesar del cambio de Gobierno y de que no consta que el Gobierno anterior haya hecho nada en este sentido, el Gobierno está trabajando para conseguir este desarrollo; de hecho, con nuestra enmienda garantizamos que en seis meses se va a instar al Gobierno para que lo cumpla, porque la proposición no de ley obliga a que en seis meses se tome este acuerdo. Espero que el Grupo Socialista acepte la enmienda que hemos presentado. Estamos dispuestos a aceptar que se añada ese párrafo de que el Gobierno se compromete a desarrollar esta legislación en el plazo de seis meses.

El señor **PRESIDENTE**: Para fijar su posición, tiene la palabra el señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Nuestro voto será afirmativo. Unión Progreso y Democracia propugna un sistema de atención sanitaria que cubra el conjunto de la población, por lo que apoyamos plenamente esta PNL, aunque haya que modificar la parte propositiva, ya que no nos parece un plazo realista. Desde nuestro punto de vista, la asistencia sanitaria gratuita y pública es uno de los pilares de la configuración de nuestro Estado y no debe ser modificado; consideramos que todos los españoles deben estar incluidos en él, sin volver a incorporar el concepto de asegurado, como pretende el Partido Popular. Apoyaremos al Gobierno en la aplicación de medidas de racionalización del gasto para evitar ineficiencias y duplicidades. Creemos que el Sistema Nacional de Salud tiene muchas posibilidades de mejorar en eficacia y en rendimiento, pero apostaremos por un sistema que cubra al conjunto de la población.

Por último, quiero decir que lamentamos que este tipo de disposiciones no hayan sido incorporadas antes y que se haya esperado a una situación de grave crisis económica y a estar en la oposición para plantearlas.

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

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Convergència i Unió quiere anunciar su apoyo a esta proposición no de ley. En la tramitación de la Ley de Salud Pública nuestro grupo se comprometió con esta iniciativa, la defendimos

en el Congreso y en el Senado y se aprobó por unanimidad. Nos gustaría que se diera cumplimiento, cuanto antes mejor, a lo que decía la Ley General de Salud Pública. Es cierto que este real decreto pone en un compromiso y en una gran dificultad a todos los profesionales liberales, arquitectos, abogados, así como otros muchos que trabajan por cuenta propia. Esta parte de la Ley de Salud Pública, sin que en el decreto se especifique, queda derogada en cierta forma, y nosotros no estamos de acuerdo.

Ya hemos dicho que debatiremos en el Pleno el real decreto el día que toque, pero hoy no puedo evitar, después de oír al representante del Grupo Popular hablar de justicia social, decir que desde mi punto de vista han querido arreglar una desigualdad que existía, una injusticia, como que gente con dificultades económicas, en paro, tuviera que pagar un 40% de los medicamentos, con otra, y eso tampoco es de recibo. La escala, las formas y las medidas en su conjunto no favorecen esa justicia social. Con un arreglo no se justifican los desarreglos que se producen en este real decreto. Nos sumamos una vez más —en esta Comisión lo hemos oído varias veces y lo vamos a volver a oír— a la petición de que se arregle, de que se subsanen estos errores. Repito que gustosamente daremos soporte a esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martínez Olmos, ¿acepta las enmiendas?

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: ¿Me permite un minuto, señor Presidente?

El señor **PRESIDENTE**: Adelante.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: El portavoz de UPyD, probablemente porque no estaba en la legislatura anterior, ha dicho algo a lo que quiero contestar. Fue precisamente el Gobierno socialista quien inició...

El señor **PRESIDENTE**: Le advierto que puede reabrir el debate.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Es que no es una iniciativa desde la oposición (**Rumores**), es una acción de Gobierno, con el mismo mérito que las del resto de grupos parlamentarios. (**Rumores.— El señor Cervera Taulat: Vete fuera y se lo aclaras.**) Por favor, señor portavoz del Grupo Popular, es el presidente el que ordena el debate. Ha quedado claro. Nosotros podemos aceptar la propuesta que hace el Grupo Popular, pero quiero que me deje explicar una cuestión. (**Rumores**). Tenemos serias dudas de que pueda tener soporte jurídico. Aceptamos que lo vayan a hacer en seis meses, pero vamos a solicitar un informe de la Abogacía del Estado que clarifique la inseguridad jurídica que, en nuestra opinión, tienen los colectivos que hasta ahora no están cubiertos por el Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martínez Olmos, ¿ha aceptado alguna enmienda?

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: He dicho que acepto la propuesta del Grupo Popular, haciendo constar que ha dicho que en seis meses estará resuelto.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo. Se votará la propuesta del Grupo Parlamentario Popular. (**Asentimiento**).

— **DEBATE Y VOTACIÓN DE SOLICITUD DE CREACIÓN DE SUBCOMISIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA SANITARIO Y DE LAS PRINCIPALES REFORMAS QUE DEBERÁN ACOMETERSE PARA GARANTIZAR SU SOSTENIBILIDAD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 158/000007).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al último punto del orden del día. Como no es proposición no de ley sino que se trata del debate sobre la solicitud de creación de la subcomisión, que es una propuesta del Grupo de Convergència i Unió, le voy a dar la palabra primero a la portavoz de este grupo, por un tiempo de siete minutos, y después al resto de grupos, de menor a mayor, por un tiempo de seis minutos.

Señora Tarruella, tiene la palabra.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Creo que durante la mañana de hoy ha salido varias veces la palabra pacto y ahora volverá a salir. Presentamos una interpelación, la primera de nuestro grupo en el Pleno, para pedir la creación de una subcomisión similar al Pacto de Toledo en la que cada grupo parlamentario apartara la discusión sobre la sanidad para encontrar los puntos que nos unen, más que los que nos separan, y buscar el consenso entre todas las fuerzas políticas para salvar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Debatimos una moción consecuencia de esa interpelación, que quiero recordar que fue aprobada por la Cámara con una sola abstención, y derivada de ella traemos hoy la petición de creación de esa subcomisión.

Quiero hacer constar que me hubiera gustado que esta votación para la creación de la subcomisión se hubiera realizado antes y ya pudiéramos estar trabajando, porque también soy consciente de que por parte de los grupos parlamentarios existe un antes y un después del Real Decreto de Medidas Sanitarias y de las dificultades que ello conlleva. A pesar de todo, mi grupo no quiere tirar la toalla. Queremos hablar de consenso, de buscar entre todos ese pacto que nos están pidiendo los profesionales, que nos están pidiendo en la calle: Por favor, entenderos y buscar las soluciones para que entre todos podamos salvar ese buen sistema sanitario que ahora tenemos. Por

esta razón nosotros sometemos a votación la creación de esta subcomisión, para ver si entre todos encontramos este consenso.

En primer lugar, quiero dirigirme al Grupo Parlamentario Popular; lo hemos hecho varios grupos a lo largo de esta mañana, pero lo quiero volver a repetir. Me gustaría que hubiera consenso y pido al Grupo Popular que nos ayuden pidiendo al Gobierno que se tramite como proyecto de ley este real decreto, que cambia radicalmente nuestro sistema sanitario, porque se ha hecho sin ningún diálogo, sin una sola palabra, sin ningún consenso, sin el conocimiento de las comunidades autónomas, porque no se informó en el consejo interterritorial de muchos de sus contenidos. Además, así se pueden recoger las recomendaciones que puedan salir de esta subcomisión. Si se crea esta subcomisión y seguimos adelante, estamos dispuestos a aceptar que no seamos los diputados los que hagamos ese trabajo preliminar sino que se encargue a un grupo de expertos y que nosotros después analicemos y apoyemos las conclusiones. Estamos dispuestos a dialogar como sea, sobre todo para forzar ese gran consenso —vuelvo a repetir— que nos piden desde todos los estamentos y que creo que sería bueno. Si hace años todos fuimos capaces de ponernos de acuerdo para buscar una solución al tema de las pensiones con el llamado Pacto de Toledo, sería también muy bueno —y pido al Grupo Popular que empiece a dar ejemplo de diálogo tramitando el real decreto como proyecto de ley— que sin ninguna premisa pudiéramos llegar a decir de qué adolece, que es lo que necesita nuestro sistema sanitario para continuar siendo sostenible. Ya sé que el real decreto no solo habla de sostenibilidad, pero por eso creo necesario continuar con la propuesta de la subcomisión. La sostenibilidad es importante, es amplísima, pero creemos que también lo es demostrar la voluntad de hablar, de dialogar entre todos los grupos y no hacer las cosas simplemente como una imposición.

Aquí queda nuestra propuesta. No voy a leer el texto porque lo tienen todos. Se han presentado enmiendas por parte de Izquierda Unida y le avanzo, señor presidente, que no las vamos a aceptar porque son a la exposición de motivos, aunque no son importantes en la parte resolutive, y son puntos de vista, concepciones distintas de los dos grupos parlamentarios. Tal como está redactado en la exposición de motivos para nuestro grupo es importante. Además, no podemos negar, como nos decían, que en Cataluña se han tomado medidas. Desde el punto de vista de los otros grupos parlamentarios serán acertadas o no, pero no se puede negar que ya se ha hecho algo. Además, lo que nosotros queremos es buscar las medidas entre todos con el mayor consenso posible.

Termino, señor presidente, con el ruego de que si es posible sea apoyado por todos y haya voluntad realmente de dialogar y de trabajar para conseguir ese Pacto de Toledo de la sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: Reclamo un momento de atención a los señores portavoces. Les hago una propuesta de mejora técnica en la redacción de la proposición de CiU. Decir en la letra a) que la composición de la subcomisión se ajustará a lo dispuesto en la Cámara para las ponencias. Si todos estamos de acuerdo en esta línea podremos acotar mejor y llevarlo al Pleno directamente. Si no hay inconveniente por parte de los distintos portavoces lo incorporaremos como mejora técnica.

Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Tardà.

El señor **TARDÀ I COMA**: La intervención de mi grupo parlamentario y de este diputado de Esquerra Republicana será breve; pero no por breve dejará de ser contundente. (**Risas**). Creo que han saltado todas las alarmas... No sé de quién se ríe ni por qué; debe estar bien de salud. Decía que han saltado todas las alarmas. Es más, creo que estamos en un escenario en el que hay una trampa brutal, porque el porrazo, el hachazo, lo que nos cae encima es de una magnitud extraordinaria. La suerte que tienen los diputados del Grupo Popular es que con la que está cayendo todavía no ha sido asumido ni socializado por la ciudadanía lo que pretenden. Creo que la media —y no formo parte de una familia mal informada— de los ciudadanos del Estado español no son conscientes todavía de lo que quieren hacer. Por eso entiendo que quieran matarlo todo el día 17 con media horita o tres cuartos de hora. Hay una voluntad perversa de origen al hacer un real decreto; luego, no atender a razones y pretender que no sea tramitado como proyecto de ley, para que de esa manera no podamos aspirar a vehicular enmiendas y posibilitar correcciones. Ciertamente, instalados como están en la mayoría absoluta no deberían sufrir por la correlación de fuerzas que hay en este Parlamento. A nuestro entender, ¿qué es lo que pretenden impedir? Que el debate llegue a la calle —esto condujo a la ministra, señora Mato, a comparecer en el Parlamento, con posterioridad a la convalidación del real decreto el día 17—; incluso pretenden que esta subcomisión se convierta, aunque no ha nacido del Grupo Popular sino de *Convergència i Unió*, en una especie de gran coartada para hacer ver que el Parlamento hace algo o tiene la posibilidad de hacer algo. Aquí todos nos hemos leído el real decreto y hemos consultado a las personas que saben todavía mucho más que nosotros y cada uno sabe cuáles son las conclusiones y lo que se avecina, unos al parecer para bien, otros, la izquierda, para mal. Pido lo siguiente: que el resto de grupos parlamentarios no votemos, que nos levantemos y nos marchemos de esta Comisión, si el grupo mayoritario no es capaz hoy de adquirir el compromiso de que se va a tramitar el real decreto como proyecto de ley, porque si no, nuestra responsabilidad, aun cuando es cierto que el real decreto contempla algo más allá y lo sabemos, pero nosotros pretendemos —y estamos en el derecho de pretenderlo— que la ciudadanía también sea corresponsable y conozca qué es lo que nos estamos jugando,

porque llevamos treinta años construyendo un modelo que ahora, a nuestro entender —es una opinión ciertamente subjetiva—, se va a desmoronar en cuatro días por cuatro días de agua. Pido al Grupo Socialista y al resto de los grupos parlamentarios y sobre todo al Grupo Popular que hoy diga aquí que no vamos a construir un paripé y que ciertamente la subcomisión tendrá sentido. ¿Por qué tendrá sentido? Porque trabajaremos. Podemos instarnos a trabajar deprisa y con diligencia, a fin y efecto de incorporar las conclusiones en el trámite parlamentario. Esto es lo razonable, tiene sentido común y hoy el Grupo Popular debería decir en esta Comisión que sí acepta que el día 17 se convalide y se tramite el real decreto como proyecto de ley, si no, al menos este diputado, humildemente, se va a levantar y les dirá que con su pan se lo coman.

El señor **PRESIDENTE**: En representación de UPyD, señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Nosotros votaremos a favor de la creación de esta subcomisión, porque queremos avanzar en el diagnóstico de los problemas de nuestro Sistema Nacional de Salud, que desde *Unión Progreso y Democracia* creemos que es ostensiblemente mejorable. Por una parte, evitando duplicidades e ineficacias por todos aquellos problemas que ha creado nuestro Estado autonómico. Un Estado que además para nosotros ha creado algo que es todavía más grave y es la desigualdad entre los españoles. Esto nos parece especialmente grave. Un Sistema Nacional de Salud que debe de ser mejorado para recortar allí donde no va a existir merma en los servicios para nuestros ciudadanos. Queremos hablar de estos diferentes sistemas, de un Sistema Nacional de Salud como el que acabo de mencionar y de otro sistema que parece que es el que propone, el Partido Popular coincidiendo con *Convergència i Unió*, en lugares como la Comunidad Valenciana o en Cataluña, donde se está cediendo al ámbito privado el tratamiento de nuestros ciudadanos, con la creación de un par de problemas que nos preocupan especialmente. Uno, para nosotros es urgente solucionar la opacidad que existe en estos hospitales, porque no hay manera de saber exactamente en qué se gasta el dinero, existe un derroche contra el que no podemos actuar, y otro, creemos que se está tratando y creando un problema de conflicto entre intereses privados y públicos, porque muchos o algunos de los gobernantes tienen intereses en esos hospitales. Estos son temas que nos parece importante tratar y de los que nos gustaría hablar en una subcomisión como esta, así que lo votaremos favorablemente.

El señor **PRESIDENTE**: En representación de La Izquierda Plural, don Gaspar Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Ya he comentado mi posición con anterioridad. Quiero lamentar que esta

propuesta llegue en estas condiciones a la Comisión. Todos creíamos necesario y hemos intentado, por ejemplo en la legislatura pasada, hacer una reflexión a fondo sobre el sistema sanitario. No porque pensemos que el sistema sanitario no es sostenible, no es cierto, es uno de los más sostenibles de Europa, eficaz y eficiente, sino porque pensamos que es mejorable. Porque pensamos que es mejorable creíamos que era conveniente un ámbito de reflexión y lo hicimos en la legislatura pasada y estábamos dispuestos a hacerlo en esta legislatura. Ahora bien, la medida adoptada por el Gobierno de manera unilateral rompe todas las bases del acuerdo. ¿Qué vamos a discutir, señorías? Vamos a discutir si el sistema es o no universal, si su financiación es o no pública. Vamos a discutir eso que nos parecían premisas ineludibles de cualquier debate y de cualquier diálogo. No, señorías, el Gobierno nos ha puesto en una situación muy difícil a esta Comisión y a la subcomisión que se cree, porque la subcomisión que se va a crear con ese pie forzado de las medidas del Gobierno, que además no tienen trámite parlamentario, si no es a través de un decreto, en nuestra opinión esa subcomisión está en una situación muy complicada. Porque o bien puede ser una subcomisión en el vacío, que no tenga materia porque el Gobierno haya adoptado y adopte las medidas junto con las comunidades autónomas en su caso, o bien sea únicamente una cortina de humo. Una Comisión que habla de pacto, mientras la neolengua significa otra cosa. Porque, señorías, en los últimos tiempos los términos están cambiando, no solamente los tiempos, sino los términos. Antes teníamos los eufemismos, efectos colaterales eran crímenes de guerra. Ahora ya no hay efectos colaterales, ahora es directamente neolengua y hablamos de pacto cuando hablamos de disenso. Pacto es disenso, pacto es desacuerdo. Mi grupo parlamentario no está de acuerdo en votar a favor de una Comisión de desacuerdo, porque es lo que nos propone encima de la mesa, o de una Comisión de imposición de la mayoría sobre la minoría, que es lo que está haciendo el Grupo Parlamentario Popular con sus iniciativas. Esta es una primera posición que nos llevaba a un voto negativo.

Un segundo aspecto son los argumentos que se utilizan en la propuesta de la subcomisión. Lo he dicho antes, el problema del sistema sanitario no es de sostenibilidad. Habrá otras partes de nuestro sistema social que tengan problemas de sostenibilidad, pero el sistema sanitario y el sistema de pensiones seguro que no y a cualquiera que le pregunten ustedes a nivel internacional les dirá que no, que no tiene problema de sostenibilidad. Tiene problemas de compromiso político, tiene problemas de calidad o de mejora, pero no tiene problemas de sostenibilidad. No estamos de acuerdo con asimilar reformas y recortes. Necesitamos reformas, pero no necesariamente esas reformas son recortes y mucho menos que dilatan la actividad, que empeoran la calidad, que en definitiva expulsan a las clases medias del Sistema Nacional de Salud, que es lo que se pretende, sacar a la clase media del Sistema Nacional de Salud. Porque

un Sistema Nacional de Salud de gente que no tiene capacidad adquisitiva es un sistema cada vez más pobre, cada vez de menor calidad, un Sistema Nacional de Salud asistencial, y eso es lo que se pretende. Nosotros no estamos de acuerdo en participar en ello.

Pensábamos votar en contra de esta iniciativa, pero creemos que hay que dar una oportunidad, pero al mismo tiempo marcar una posición. No votaremos a favor de la creación de esta subcomisión, no la obstaculizaremos, porque siempre queda, como he dicho antes, la esperanza, pero no la votaremos a favor como ha dicho antes el señor Tardà.

El señor **PRESIDENTE**: Don José Martínez Olmos.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Objetivamente es casi imposible conseguir un pacto por la sanidad con la decisión que el Gobierno ha adoptado de cambiar el modelo sanitario por real decreto-ley. No podemos engañar a los ciudadanos. Porque ese real decreto-ley, como decía antes, no solamente plantea recortes, con los que se puede estar en desacuerdo, sino que cambia el modelo y lo cambia sin diálogo. Voy a hacer una afirmación muy solemne. El portavoz del Grupo Popular sabe que le hicimos en marzo una oferta de diálogo al Gobierno sin condiciones previas, cosa que no ha atendido. La ministra no ha dedicado ni un solo segundo a hablar con el Grupo Parlamentario Socialista. Es difícil establecer una política desde el Gobierno de pacto amplio en el ámbito parlamentario, si no se atiende a una oferta de diálogo tan generosa como la que hicimos desde el Grupo Socialista. Eso nos lleva a pensar que son decisiones prefijadas las que tiene el Gobierno de cambiar el modelo, que no es un error, que no hay errores jurídicos. Eso hace muy difícil poder decirle a la ciudadanía que podemos alcanzar un pacto sobre la sanidad con esa actitud del Gobierno que, en nuestra opinión, es profundamente equivocada.

No vamos a cerrar la puerta al diálogo, por eso es bien importante dejar sentada la posición del Grupo Socialista en el sentido de que exigimos al Gobierno de que tramite este real decreto-ley como proyecto de ley. Porque si no lo hace, probablemente en el Pleno no podamos apoyar la constitución de esta subcomisión del pacto. Las formas también son importantes. El próximo día 17, el real decreto-ley se va a ratificar en Pleno y después va a venir la ministra a explicarlo a esta Comisión. Sinceramente esto es difícilmente justificable desde el punto de vista político. Hurta el debate de verdad en profundidad de un tema tan relevante para la sanidad y para los españoles.

No obstante, también es bueno señalar que la solicitud que hoy vamos a adoptar aquí tiene unos planteamientos con los que nosotros tenemos algunas discrepancias. La propuesta que hace *Convergència i Unió*, al que quiero agradecer su iniciativa, no recoge exactamente el espíritu de la moción, porque la reflexión que se hace en su texto es absolutamente, en nuestra opinión, sesgada de que este sistema no es sostenible. Nosotros creemos que este

sistema es sostenible. Es un sistema que puede ser sostenible incluso en situaciones de dificultad económica, con mejoras en la gestión, con planteamientos de austeridad, sin duda, con esfuerzos importantes en los ahorros que se puedan realizar. Pero este es un Sistema Nacional de Salud, hasta el real decreto-ley que aprobó el Gobierno el otro día, que invierte, en términos porcentuales, menos que el resto de los países europeos para dar la mejor cartera de servicios que hemos tenido nunca los españoles. Por tanto, no hay un problema de sostenibilidad, porque el sistema tenga problemas estructurales. Hay la necesidad de adoptar reformas, porque tenemos un problema importante de crisis económica. Me parece importante fijar que nosotros creemos que la filosofía de la subcomisión no tiene que ser la de dar un planteamiento fatalista de que este sistema no es sostenible. Este es un sistema que puede ser sostenible adoptando las reformas necesarias, siempre que no se cambie la naturaleza fundamental de este sistema que tanto bienestar ha producido a los ciudadanos. Esta es una cuestión que queremos dejar clara. Reforma sí, pero no creemos que sea necesario un cambio de modelo para asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Es importante lo que estamos trabajando y haciendo en esta Comisión, porque los ciudadanos —hoy acaba de salir publicado el último barómetro del CIS— vuelven a poner la sanidad entre sus principales preocupaciones. Esto no estaba pasando antes. **(El señor Cervera Taulet: Sí).** No, nos vamos a la serie estadística y la sanidad estaba entre las últimas preocupaciones de la ciudadanía y hoy es la tercera preocupación de la gente. Por tanto, mucho cuidado con lo que hacemos y mucho cuidado con lo que vendemos en términos de avances para la sociedad. Nos estamos equivocando profundamente, señores del Gobierno, si creen que de esta manera estamos resolviendo los problemas de los ciudadanos. Por eso es importante dialogar de verdad, hablar con un diálogo abierto, dejar esa puerta abierta. Si no, vamos a tener que ratificar que hasta ahora en cuatro meses que se han dado tanta prisa en hacer tantos recortes, que además se basan en una presentación no sobre la verdad, no quiero decir que mientan, creo que hacen planteamientos que no son correctos, son falsos, con propuestas que son ineficaces para los objetivos que plantean. Les anticipo que probablemente no se consigan los objetivos de control del déficit público que quieren conseguir con el decreto que aprobaron hace pocos días para el Sistema Nacional de Salud. Son propuestas ineficaces y, sobre todo, no se queden solos, si no, van a dar pruebas de autoritarismo, de rodillo, y en un problema como este se necesita el diálogo, se necesita el consenso y se tienen que dar pruebas.

Es la primera vez en mi experiencia política que escucho a un miembro del Gobierno, a una ministra de Sanidad en este caso, ofrecer un pacto y cambiar el modelo, ofrecer un pacto y no atender la voluntad de diálogo del grupo mayoritario de la oposición, del Partido Socialista en este caso. Claramente desatienden una

obligación y les puedo decir que como esto no se arregle, la ciudadanía va a reprobar políticamente a la ministra, porque la ministra de Sanidad tiene la responsabilidad de asegurar que para los ciudadanos que están enfermos en el territorio español no pelagra su salud por las decisiones que adoptan. Estamos hablando de cuestiones muy importantes. Señores del Partido Popular, les pido la rectificación, dejen la puerta abierta al diálogo. Aunque creemos que es prácticamente imposible este acuerdo, la dejamos abierta, pero eso significa rectificar y en política a veces rectificar es acertar. Nosotros a veces hemos rectificado y hemos acertado. Háganlo ustedes también, porque los ciudadanos lo pueden agradecer.

Termino. Fíjense si es cierto en mi opinión lo que estamos argumentando, antes lo comentaba, que ni los profesionales de la sanidad ni los pacientes avalan las reformas que ustedes están desarrollando. Se puede producir una desafección de los profesionales respecto de la sanidad que convierta la sanidad pública en una de las peores del mundo desarrollado. Es bien importante corregir defectos. Es fácil perder la fama en el ámbito sanitario, muy fácil, y es difícil mantenerla, requiere grandes esfuerzos día a día. El foro de la profesión médica considera que esa reforma que ustedes han hecho cambia la naturaleza del Sistema Nacional de Salud, ya no lo decimos solo los grupos parlamentarios. Por eso la puerta abierta al diálogo tiene que permitir rectificar para conseguir ese consenso necesario.

El señor **PRESIDENTE:** Para finalizar, en representación del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra su portavoz, don Manuel Cervera.

El señor **CERVERA TAULET:** Gracias al resto de grupos parlamentarios y gracias a Convergència i Unió por llevar a cabo esta propuesta de subcomisión que fue aprobada en el Pleno del Congreso de los Diputados hace un par de meses. No voy a emplear ninguno de los minutos que me corresponde en hacer unos antecedentes que justifiquen esta subcomisión y voy a centrarme en lo positivo que es agradecer, incluso desde la discrepancia, el tono del resto de los grupos parlamentarios.

Esta subcomisión viene al dedillo más que nunca por la necesidad de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Señor Llamazares, creo que cualquier informe independiente externo que hable de sanidad en estos momentos certifica y diagnostica que la sanidad europea y más la sanidad española, si no se hacen las reformas necesarias, se hace insostenible. Eso no lo digo yo, lo dice cualquier experto externo desde el punto de vista sanitario. Utilizaría estos minutos para decirles a todos, pero me circunscribiría al señor Tardà, usted ha dicho textualmente que es una opinión subjetiva la suya y ahí me agarraría para pedirle que no hagamos frentismos en la búsqueda de todos de un pacto por una sanidad pública, universal y gratuita, donde ninguna cuestión pone en duda el modelo de sanidad que nos ha convertido

en patrimonio para el resto de europeos. Discrepando como discrepa usted de algunas de las medidas o del Real Decreto-ley que haya podido presentar el Gobierno, le pediría que ningún partido, y particularmente el suyo que lo ha anunciado, pudiera abandonar esta subcomisión que nos ayudará a todos a crecer y a solidificar el sistema sanitario. Esta subcomisión viene más que nunca a mejorar el futuro de nuestra sanidad. La subcomisión puede ayudar al Gobierno a tomar las medidas necesarias para hacer una sanidad sostenible en el tiempo, pero de calidad e igual para todos los españoles. Puede ayudar a mejorar las ineficiencias que tiene el sistema en recursos humanos, donde cada comunidad autónoma hacía de su capa un sayo, en la cartera de servicios, donde podemos, por una vez —y entre todos—, tener una red de agencias tecnológicas que permita aprobar procedimientos en un momento determinado. Además se puede hacer una política farmacéutica común para todos y que ayude a valorar el factor de valor terapéutico y de medicina basada en la evidencia más que en cualquier otro factor a la hora de poder prescribir o dispensar un medicamento, incluso estando en la primera línea de la innovación, del desarrollo y de la investigación de nuestro país en Europa.

Independientemente de que haya discrepancias políticas, independientemente de que cada uno tenga sus medidas, hay un diagnóstico que es evidente, que es que el sistema sanitario español como estaba funcionando hasta hace cuatro meses, según las propias comunidades autónomas era insostenible. No se estaba pagando lo que se estaba consumiendo y no se estaba presupuestando el presupuesto real, lo que ha hecho este decreto, que no tiene que ver nada con la subcomisión, es poner instrumentos y herramientas legales a las comunidades autónomas para poder ejecutar un presupuesto. Lo que está haciendo esta subcomisión, a la hora del planteamiento que hace Convergència i Unió y el apoyo del resto de los partidos, es buscar caminos y soluciones de encuentro entre todos para sacar a este sistema sanitario de la crisis de sostenibilidad que tiene. Europa nos pide fiabilidad y los ciudadanos nos piden unión para tratar de un sistema sanitario fuera del debate político.

Esta Comisión, en los cuatro o cinco meses que estamos trabajando, está dando muestras de coordinación, de sentido común, de propuestas diferentes, pero de búsqueda de encuentros y de soluciones y la subcomisión lo va a hacer. La subcomisión va a ayudar y va a apretar al Gobierno para que siga trabajando en ese camino de consenso que todos los grupos piden. Hoy más que nunca, creo que la subcomisión es necesaria y, hoy más que nunca, los ciudadanos nos piden ese consenso, ese sacar del debate político a la sanidad y ese trabajar conjuntamente. Por eso les pido a todos, pero fundamentalmente le pido al señor Tardà, que por favor siga trabajando en esta Comisión, porque estoy seguro que enriquecerá los trabajos y enriquecerá el futuro de la sanidad española.

El señor **TARDÀ I COMA**: Quizás no me ha entendido bien.

El señor **PRESIDENTE**: Sin intención de reabrir el debate, señor Tardà.

El señor **TARDÀ I COMA**: No, lo digo para que no se confundan los términos. No he dicho que abandonaba la Comisión de Sanidad. **(El señor Cervera Taulet: La subcomisión)**. Efectivamente, he pedido que se pronunciaran delante de una exigencia del resto de los grupos parlamentarios, que se creara la subcomisión atendiendo a la razón y al compromiso de tramitación del real decreto como proyecto de ley. He dicho esto, si no, no votaría la subcomisión. He dicho esto y no otra cosa.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Cervera.

El señor **CERVERA TAULET**: He entendido perfectamente lo que ha dicho el señor Tardà.

El señor **PRESIDENTE**: Habíamos quedado en que íbamos a votar a las dos de la tarde, y espero que sea así, pero como quedan exactamente nueve minutos, les agradezco a todas sus señorías lo bien que se han ajustado ustedes al horario en el día de hoy. Vamos por el buen camino y aprovechamos, como ha sido solicitado por algún grupo político, para leer las enmiendas transaccionales.

A la proposición no de ley número 4, que es sobre la fibromialgia, el texto que vamos a someter a votación es el siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a, uno, desarrollar el protocolo de actuación que se confeccionó para los médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social en febrero de 2010, para que en las unidades médicas puedan llevar a cabo una valoración funcional adecuada y homogénea de los pacientes de fibromialgia, a fin de poder definir los mecanismos pertinentes para que pueda ser reconocida la fibromialgia como una enfermedad incapacitante; dos, impulsar, en colaboración con las comunidades autónomas, las medidas sanitarias necesarias para otorgar una atención sanitaria más adecuada a los afectados y afectadas de fibromialgia, elaborando un protocolo común para su diagnóstico y tratamiento, y, tres, intensificar, en colaboración con las comunidades autónomas y las asociaciones de pacientes, programas de información y sensibilización dirigidos a la población en general, así como programas de formación especializada para los profesionales sanitarios y los pacientes en el manejo de su enfermedad.

La proposición no de ley número 5, que se refiere al plan estratégico nacional de infancia y adolescencia, tiene una enmienda transaccional en los siguientes términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a aprobar, en el menor tiempo posible, una propuesta en coordinación con todas las administraciones, nacional, autonómica y local y con los agentes e instituciones

implicados, de un nuevo plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2012-2015, donde se prioricen actuaciones destinadas a la lucha contra la pobreza infantil y la exclusión social, el fracaso escolar, la protección de la salud, el acceso a los servicios sanitarios y la prevención de adicciones, la protección frente al mal uso de las nuevas tecnologías, y todo tipo de violencia sufrida por niños y niñas, que se convierta en un instrumento integrador de las políticas de la infancia. El plan contará con los recursos necesarios de las administraciones competentes.

Enmienda transaccional a la proposición no de ley número 7, que se refiere a la coordinación interautonómica de los cribados. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a presentar, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, una propuesta que, respetando las competencias de las comunidades autónomas, permita la coordinación interautonómica de los cribados poblacionales y en concreto haga posible, uno, garantizar una adherencia estricta a los criterios que deben cumplir los programas de cribado poblacional; dos, asegurar la existencia de registros poblacionales fiables y, tres, impulsar la investigación científica de calidad en la que poder basar las recomendaciones sobre cribado, especialmente en lo relacionado con las nuevas tecnologías.

Última enmienda transaccional a la proposición no de ley número 8, que se refiere a la hospitalización domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud, y que firman tres grupos, que estipula: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar la hospitalización domiciliaria desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y respetando las iniciativas existentes en las comunidades autónomas.

¿Podemos proceder a la votación? (**Asentimiento**).  
¿Algún grupo se opone? (**Denegaciones**).

Vamos a ajustarnos al tiempo. Una información más que es bueno para la Comisión. Lo que vamos a aprobar en la subcomisión es que los representantes serán los de una ponencia, por lo que estarán presentes en esa subcomisión tres representantes del Grupo Parlamentario Popular, dos representantes del Grupo Parlamentario Socialista, un representante de Convergència i Unió, uno de La Izquierda Plural, uno de Unión Progreso y Democracia, uno del Grupo Parlamentario Vasco y uno del Grupo Parlamentario Mixto. Total diez personas formarán parte de esta subcomisión.

Agradeciéndoles una vez más el trabajo que han desarrollado a lo largo de la mañana, de lo cual la Mesa se siente muy satisfecha, pasamos a las votaciones.

Votación de la proposición no de ley, del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, para reforzar las políticas de inclusión social y mejorar la atención a las personas sin hogar. Se votará con la incorporación de la enmienda del Grupo de La Izquierda Plural.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 23.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos la proposición no de ley, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre la extensión de programas de mejora de la calidad asistencial en pacientes crónicos polimedificados. La votamos en sus propios términos.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 23.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votación de la proposición no de ley, del Grupo Parlamentario Socialista, para la adopción de medidas de apoyo a las personas con síndrome de Down y la reposición del calendario del sistema de atención a la dependencia. Vamos a hacer la votación en dos partes: primero el punto 1 y, en segundo lugar, el punto 2. Votamos, en primer lugar, el punto número 1.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Votamos a continuación el punto 2.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 23.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazado.

Proposición no de ley número 4, del Grupo Parlamentario Mixto, relativa a la consideración de la fibromialgia como enfermedad incapacitante. Lo hacemos con la transaccional que hemos leído.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Proposición no de ley número 5, para la realización de un plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2012-2015, a propuesta del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, a la que se ha aceptado una transaccional que ya hemos leído.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Proposición no de ley número 6, sobre el recorte adicional de 7.000 millones de euros en la sanidad pública. Votaremos la propuesta de La Izquierda Plural a la que añadimos la aceptación de la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 23; abstenciones, 3.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Proposición no de ley número 7, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, relativa a la coordinación interautonómica de los cribados. Votamos la enmienda transaccional que hemos leído.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Proposición no de ley número 8, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, relativa a la promoción de la hospitalización domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud en los supuestos en los que resulte recomendable desde el punto de vista sanitario y social. Hay una enmienda transaccional que ya hemos leído.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 29; abstenciones, 13.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley número 9, sobre la universalización de la asistencia sanitaria pública, cuyo autor es

el Grupo Parlamentario Socialista. Vamos a votar la enmienda de sustitución del Grupo Parlamentario Popular.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Por último, vamos a votar el punto número 10, cuyo autor es el Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, que no acepta la enmienda del Grupo de La Izquierda Plural, solicitud de creación de subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deberán acometerse para garantizar su sostenibilidad.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

**Eran las dos y cinco minutos de la tarde.**

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 902 365 303. <http://www.boe.es>

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**

