



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

Año 2013

X LEGISLATURA

Núm. 316

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MARIO MINGO ZAPATERO

Sesión núm. 13

celebrada el miércoles 8 de mayo de 2013

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

- Sobre adecuación de los envases de los medicamentos a la duración de los tratamientos. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/000459) 2
- Sobre el nuevo Plan multisectorial VIH/SIDA 2013-2017. Presentada por el Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural. (Número de expediente 161/000804) 4
- Sobre medidas de impulso de la prevención del VIH/Sida y asistencia a los pacientes. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001623) 4
- Sobre elaboración de una estrategia estatal de prevención y erradicación del «sinhogarismo» y la exclusión residencial. Presentada por el Grupo Parlamentario de Unión Progreso y Democracia. (Número de expediente 161/000699) 9
- Relativa a la declaración de 2013 como Año de la Biotecnología en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/000925) 13
- Relativa a la aplicación de la evaluación comparativa en el Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001041) 15

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 2

- | | |
|--|----|
| — Sobre el reconocimiento y apoyo a las personas afectadas por la talidomida. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/001115) | 17 |
| — Relativa a la promoción de hábitos saludables en la población gitana. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001304) | 20 |
| — Para asegurar la prestación del servicio de teleasistencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001321) | 23 |
| — Sobre restablecimiento del servicio de enfermería y primeros auxilios en los aeropuertos de AENA. Presentadas por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/001412) | 27 |

Se abre la sesión a las seis y diez minutos de la tarde.

PROPOSICIONES NO DE LEY.

- **SOBRE ADECUACIÓN DE LOS ENVASES DE LOS MEDICAMENTOS A LA DURACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA.** (Número de expediente 161/000459).

El señor **PRESIDENTE**: Estamos en la sesión número 13 de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados y el orden del día lo vamos a desarrollar de la siguiente manera. Primero debatiremos la proposición no de ley que figura como punto 1.º del orden del día, después debatiremos en conjunto las que figuran como puntos 3.º y 10.º, y el resto en el orden numérico que tienen en el orden del día. Prevemos la votación para no antes de las ocho y espero que no sea después.

Empezamos a debatir la proposición sobre adecuación de los envases de los medicamentos a la duración de los tratamientos. El autor de la iniciativa es el Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa tiene la palabra el señor Martínez Olmos.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: El Grupo Parlamentario Socialista trae a debate a esta Comisión de Sanidad un elemento importante en la política sanitaria, en la política de calidad en la atención a los pacientes en nuestro Sistema Nacional de Salud: una propuesta concreta que pretende contribuir a la eficiencia en el uso de los recursos públicos y por tanto a conseguir en la medida de lo posible ahorros, que siempre son bienvenidos y especialmente en estos tiempos de crisis.

Esta es una iniciativa que registramos hace más de un año y que deriva de un planteamiento en el que viene trabajando desde hace tiempo el Sistema Nacional de Salud en relación con la eficiencia en el uso de los recursos públicos y especialmente en el uso racional de los medicamentos. Todos recordarán que el Real Decreto-ley 9/2011 contemplaba un conjunto de medidas que pretendían aportar ahorros y eficiencia en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y quiero subrayar aquí que ninguna de esas medidas afectó o perjudicó a los pacientes; todo lo contrario, fueron medidas de ahorro que centraron los esfuerzos en un menor gasto farmacéutico, en una disminución del precio de los medicamentos, en un fomento del uso racional de los medicamentos, de la prescripción por principio activo, pero en ningún caso recortaba derechos de los pacientes ni hacía que los pacientes tuvieran que pagar más de lo que antes pagaban. En este sentido, una de las medidas relevantes del Real Decreto-ley 9/2011 mandaba a la Agencia Española de Medicamentos para que en el plazo de un año culminase un trabajo técnico necesario para hacer posible que los formatos en los que se presentan los medicamentos y se dispensan a los pacientes se adecuaran a la duración estándar de los tratamientos, duración estándar que lógicamente se debe contemplar siempre sobre la base de los criterios de evidencia científica y de evidencia clínica. Esta tarea se encargó a la Agencia Española de Medicamentos para conseguir que todo el vademécum de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud cumpliera estos requisitos. Desgraciadamente, con el cambio de Gobierno cambió también la orientación de la política farmacéutica. Nosotros hemos criticado cargar sobre los pacientes las decisiones de ahorro, excluir medicamentos, incorporar copagos, especialmente los copagos de pensionistas y de otros colectivos de pacientes crónicos o de enfermedades

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 3

raras porque siempre hemos pensado que hay alternativas y esta es una de ellas. Es una alternativa que permite conseguir eficiencia —estimamos un ahorro potencial de 700 millones de euros— y una alternativa que no carga en las cuentas de las comunidades autónomas, porque sería una tarea a desarrollar por la Agencia Española de Medicamentos con las sociedades científicas, ni tampoco carga sobre los pacientes. Lo hacemos desde la mayor humildad posible y con voluntad de consenso para generar una línea de control del gasto farmacéutico y por tanto de control del gasto público sanitario que sea razonable, que sea racional, que mejore la calidad y que contribuya a hacer más eficiente el sistema sanitario. Esa es la iniciativa, señor presidente, señoras y señores diputados, y ese es el planteamiento que tenemos.

Termino, señor presidente. Como ha pasado tiempo, decidimos volver a traer aquí esta proposición no de ley. Después de incluir esta proposición no de ley en el orden del día, se ha producido el anuncio por parte del ministerio, y en concreto de la ministra, de que iba a comenzar pronto a operativizarse, aunque sea fuera del plazo previsto por el Real Decreto-ley 9/2011, esta cuestión. Hemos recibido también una enmienda del Grupo Parlamentario Popular que vemos con buenos ojos porque plantea un horizonte similar en relación con la adecuación de los formatos y quiero anunciarles, y terminó con esto, señor presidente, la disponibilidad de mi grupo parlamentario a tener en cuenta, a considerar la propuesta que hace el Grupo Parlamentario Popular en aras de un consenso concreto y real sobre una política que ya se había iniciado antes, que continúa este Gobierno y que consideramos que es buena. Por tanto, no nos duelen prendas en unir nuestras fuerzas con las del Grupo Parlamentario Popular, que sostiene al Gobierno, para que esta medida sea pronto realidad.

También quiero decir que no entregamos un cheque en blanco al Ministerio de Sanidad y que vamos a monitorizar y a valorar la puesta en marcha lo antes posible de esta iniciativa, que tan demanda es también en el sector sanitario.

El señor **PRESIDENTE**: Para defender la enmienda que ha presentado el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra doña Ana Vázquez.

La señora **VÁZQUEZ BLANCO**: Intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular para defender la enmienda a la proposición no de ley sobre la adecuación de los envases de los medicamentos a la duración de los tratamientos. Agradezco también la disponibilidad del señor Martínez Olmos, a quien en la legislatura pasada he conocido estando yo de vicepresidenta de la Comisión de Sanidad. En aquel momento yo vertí algunos elogios hacia su persona que hoy están más presentes que nunca.

Este tema lo conocemos porque lo hemos hablado en la legislatura pasada. En el año 2011 la ministra doña Leire Pajín puso sobre la mesa el tema de los envases. Con anterioridad la ministra Trinidad Jiménez también había hablado y ahora nos toca a nosotros coger el testigo y, en coordinación con las comunidades autónomas y con todos estos antecedentes, poner en marcha esto de una manera definitiva para todos los medicamentos. Sin lugar a dudas este testigo lo ha tomado la propia ministra Mato, como ha comentado el señor Martínez Olmos, y la propia secretaria general del ministerio, la señora Farjas, en su comparecencia de diciembre de 2012.

En la situación de crisis actual de nuestro país, en que nuestros recursos son escasos, es importante aumentar la eficiencia en la gestión del Sistema Nacional de Salud y entre las varias medidas del Real Decreto 16/2012 está el adecuar los envases de medicamentos a pautas y tiempos de tratamiento. Hay que recordar que en 2011 se depositaron 3.700.000 kilos de medicamentos en puestos de reciclado para después ser eliminados en los puntos Sigre y en el último barómetro sanitario los españoles reconocen haber desechado 45 millones de envases. Esta medida, que supone un mejor ajuste del número de unidades de los envases a las necesidades de los pacientes, debe contribuir a que los pacientes completen sus tratamientos con antibióticos y que no sobren unidades de los mismos, lo cual tendrá un impacto relevante sobre la salud pública y sobre la racionalización en el uso de los medicamentos. A lo largo de este año se proseguirá con la evaluación de los formatos de otros grupos terapéuticos, además de los antibióticos, para proceder con ellos de la misma manera que se ha procedido con los antibióticos. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios continuará evaluando, junto con los grupos de expertos creados *ad hoc*, los formatos de otros medicamentos no antibióticos al objeto de seguir adecuando los formatos de aquellos más antiguos a la práctica clínica habitual.

Agradecemos la disponibilidad del Grupo Socialista a que se vote nuestra enmienda que, como digo, es la continuidad de algo que ha comenzado el Gobierno socialista y que nosotros continuamos por creer que es bueno. Ojalá que este consenso lo haya también en otros temas.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 4

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que deseen fijar posición? (**Pausa**).
Tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Intervengo simplemente para informar de que nosotros votaremos afirmativamente esta proposición no de ley. No podemos seguir recogiendo 300 toneladas mensuales de medicamentos en el programa Sigre. Como ha explicado muy bien el proponente del Grupo Socialista, el Real Decreto 9/2011 ya preveía que al cabo de un año tenía que hacerse la evaluación de todos estos medicamentos. Quiero recordar que actualmente, además del grupo de los antibióticos, existen trece medicamentos unidos que ya están en el mercado, como son antiinflamatorios, analgésicos, protectores gástricos y antidepresivos, pero debe seguir realizándose ese esfuerzo. Además, nos gustaría que se hiciera una evaluación continuada, que cada seis meses se pudiera hacer ese informe al consejo del Sistema Nacional de Salud para poder llevar a cabo este seguimiento y que pudiera haber un auténtico ahorro para el Sistema Nacional de Salud.

El señor **PRESIDENTE**: Don José, ¿acepta usted la enmienda?

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Sí, señor presidente, aceptamos la enmienda del Grupo Parlamentario Popular para que se someta a votación.

— **SOBRE EL NUEVO PLAN MULTISECTORIAL VIH/SIDA 2013-2017. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IU, ICV-EUiA, CHA: LA IZQUIERDA PLURAL. (Número de expediente 161/000804).**

— **SOBRE MEDIDAS DE IMPULSO DE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y ASISTENCIA A LOS PACIENTES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001623).**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar al debate de los puntos 3.º y 10.º En primer lugar tiene la palabra don Gaspar Llamazares para debatir sobre el nuevo Plan multisectorial VIH/sida.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: La iniciativa de nuestro grupo, La Izquierda Plural —también hay una iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, aunque la nuestra data del 12 de julio de 2012—, entonces era una iniciativa que pretendía la reactivación del Plan nacional del sida en torno al Plan multisectorial 2013-2017. Hoy tengo que constatar con tristeza que el Plan nacional del sida no existe. Ha sido derogado en la práctica por parte del Gobierno y ha sido derogado sobre la base de tres premisas fundamentales, que han supuesto un daño muy difícil de revertir al Plan nacional del sida. En primer lugar, el prejuicio. Lo diga o no lo diga, el Gobierno ha actuado en esta materia, uno de los pocos planes que le quedan al Estado en relación a la gestión sanitaria, con prejuicio. En ese sentido, suprimió la secretaría del plan nacional. Entonces, cuando le criticamos, nos dijo que éramos alarmistas. Hoy se constata que sin secretaría del plan nacional no hay plan nacional; no hay plan nacional con su incorporación a Salud pública y epidemiología. Y además el Gobierno suprimió algo muy importante, el convenio con el Carlos III para garantizar la infraestructura, inteligencia y tecnología del Plan nacional del sida. Es decir, el prejuicio acabó con la estructura del plan. Podemos decirlo claramente.

El segundo factor ha sido la extinción presupuestaria. No se puede llamar de otra manera. Alguien podría decir el recorte presupuestario, pero en este caso es una tala, señorías. Se ha recortado el 80% del personal dedicado al Plan nacional del sida; el 80% del ministerio, que se basaba en el convenio con el Carlos III. Y el recorte presupuestario del Plan nacional del sida es del 76%. Así están, señorías, medidas tan importantes como las que tienen que ver con la prevención y la detección precoz, que en estos momentos es determinante de la evolución del tratamiento del sida, y así están también la investigación y la colaboración con las organizaciones no gubernamentales. Podríamos decir que el Plan nacional del sida está en coma. En mi opinión, tal y como está ha sido derogado.

En tercer lugar, señorías, se ha producido un cambio de modelo que ha afectado a muchos ámbitos en materia sanitaria, pero que ha afectado también al Plan nacional del sida con la exclusión ya no de 300.000 inmigrantes sin papeles, porque hoy sabemos que son más de 800.000 inmigrantes sin papeles, y aumentando, señorías, aumentando con casos lacerantes en los últimos días de enfermos infecciosos que además ponen en peligro no solamente su salud sino también su vida.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 5

Señorías, esos son los factores determinantes de lo que he dicho antes. Un Plan nacional del sida que, en la época en que presentamos la iniciativa, pretendíamos reactivar pero que hoy tendremos que resucitar, porque esta debe ser una maniobra de resucitación. El plan ha muerto y es necesario que se resucite si queremos enfrentar el sida en nuestro país y sus consecuencias. Por lo tanto, se trata de una maniobra de resucitación que incluye todos los aspectos que he dicho antes. Hay que recuperar la estructura orgánica que permite que el plan tenga credibilidad; credibilidad técnica y credibilidad en la evaluación del plan que ahora termina. Y, mucho más, credibilidad en la elaboración del plan 2013-2017.

En nuestra opinión hay que recuperar también el presupuesto. Las enmiendas de los grupos parlamentarios en algunos casos respaldan la elaboración del nuevo plan pero le dejan sin presupuesto. ¿Para qué vamos a elaborar un nuevo plan con un recorte del 76% del presupuesto o del 80% de la infraestructura técnica? Realmente será un plan únicamente en el papel; un plan sin contenido. Por otra parte, también planteamos en esta iniciativa que, además de la estructura técnica y del presupuesto, tiene que recuperarse el marco de diálogo, el marco de colaboración con las organizaciones no gubernamentales. La Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida en nuestra opinión ha sido totalmente orillada, ha languidecido a lo largo de este tiempo y tan solo se ha convocado en los últimos días para una primera impresión sobre la evaluación, evaluación que todavía no está terminada. Por lo tanto, mucho menos el Plan 2013-2017. Por otra parte pedimos en relación con el Real Decreto 16/2012 que todo lo que está dificultando la aplicación del plan, y en particular la exclusión del colectivo inmigrantes sin papeles de la atención sanitaria primaria, se derogue de manera clara.

Termino, señorías, diciendo que es una urgencia derogar el Decreto 16/2012. Es un desbarajuste lo que está provocando; todas esas denuncias que aparecen todos los días en los medios de comunicación, donde al excluido ya no solamente no se le atiende en atención primaria es que no se le atiende en el hospital, no se le atiende en urgencias, tiene problemas con el tema de la medicación. Señorías, un país que tenía un buen sistema de salud corre el peligro de sustituirlo por un desbarajuste. Alerto sobre este tema y pido a los grupos parlamentarios que reconsideren su posición y que apoyen la resucitación del Plan nacional del sida, porque el Plan nacional del sida ha muerto.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra doña Guadalupe para defender su proposición no de ley.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado esta proposición no de ley recogiendo la preocupación por los recortes aplicados a los programas de seguimiento y prevención del sida hasta su desaparición. Una preocupación que nos han trasladado los ciudadanos, los profesionales, los investigadores y expertos, los ciudadanos comprometidos con los programas sociales dirigidos a los colectivos de afectados y, por supuesto, los propios pacientes que sufren sida. Como figura en la exposición de motivos, durante el año 2012 se han aplicado recortes de tal magnitud que empiezan a tener serias consecuencias sobre la población afectada por sida. No son argumentos alarmistas, es la realidad de lo que ustedes están haciendo —el partido del Gobierno— con los presupuestos destinados a estos programas, completados con las graves consecuencias que causa la aplicación del Real Decreto 16/2012. En el caso de VIH/sida todos estos recortes están poniendo en peligro los avances logrados en los últimos treinta años. Ponen en peligro los compromisos internacionales asumidos por el programa conjunto de las Naciones Unidas —Onusida—, la Organización Internacional del Trabajo y el Parlamento Europeo para alcanzar el objetivo cero.

Ha finalizado el Plan multisectorial 2008-2012. Sabemos o creemos que se está evaluando. No sabemos si se está preparando un nuevo plan 2013-2017, lo que sí sabemos son los fuertes recortes de los presupuestos de 2012 y 2013, lo hemos visto en los trámites parlamentarios de los Presupuestos Generales del Estado. Hemos visto cómo se han eliminado las transferencias a las comunidades autónomas. Hemos visto que se han eliminado las transferencias a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Hemos visto la desaparición absoluta de las campañas de sensibilización y estamos viendo todos los días cómo está repercutiendo la aplicación del Real Decreto 16/2012, que impide la atención igualitaria y universal a los ciudadanos españoles y con mayor repercusión a la población inmigrante en situación irregular. Se han introducido nuevas medidas de copago de fármacos hasta ahora gratuitos, incluyendo los fármacos de dispensación ambulatoria en las farmacias de los hospitales. Y sí, señorías, naturalmente nos preocupan de forma muy especial las personas privadas de libertad que se encuentran en centros penitenciarios. No creo que a ustedes, señores diputados del Partido Popular, no les preocupen. Ellos tienen más complicado aún el acceso a las terapias. Y otra gota que colma el vaso es el recorte drástico que han aplicado ustedes a la investigación. Ha quedado demostrada de forma

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 6

sobrada la falta de compromiso del Gobierno. Y, señorías, todo esto va a tener graves repercusiones personales, sociales, sanitarias y económicas; de hecho, ya tiene repercusiones. Hemos elaborado un texto unificando las propuestas de la proposición no de ley de La Izquierda Plural y del Grupo Socialista. Espero que el resto de los grupos también lo aprueben porque hemos incorporado las propuestas que han hecho en sus enmiendas, por lo que pedimos el apoyo de todos los grupos.

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

Dos grupos han presentado enmiendas. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra doña Felicidad Rodríguez.

La señora **RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**: Señorías, aunque tras implantarse el TARG la morbimortalidad descendió enormemente, la infección por sida sigue representando un reto. En la actualidad la infección por VIH en España es sobre todo una infección de transmisión sexual y es especialmente preocupante el DT, de hecho más del 40% de los nuevos diagnósticos tenían menos de 350 CDA, como también lo es de las patologías asociadas, sobre todo las hepatopatías crónicas. Es un motivo de preocupación y quiero recordar en este sentido que en octubre se aprobó una moción en el Senado firmada por todos los grupos instando a la adopción de medidas.

Puesto que los retos permanecen, una de las prioridades del ministerio para este año, una vez finalizado el Plan multisectorial en diciembre de 2012, es la elaboración de un Plan estratégico 2013-2016 de prevención y control del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Un plan que responda a los datos de elaboración, que adapte los objetivos y prioridades a la situación actual de la epidemia, incorporando las mejores evidencias científicas y las estrategias de Onusida y de la OMS, que priorice las actividades en los grupos más vulnerables y que incluya la eficiencia y la equidad; un plan en el que debe destacar la prevención y que debe incluir la no discriminación por el sida. Lógicamente ese plan estratégico debe contar con la participación de comunidades autónomas, sociedades científicas, profesionales y ONG, y de hecho ya se está trabajando en él. Se ha presentado su estructura y objetivos tanto a las comunidades como a la sociedad civil, y próximamente se nombrarán los miembros de los comités, de los grupos, en los que deben estar todos los agentes.

En cuanto a las actuaciones en el campo de la cooperación internacional, se sigue trabajando en ese ámbito y así lo demuestra el Plan director de cooperación. Hace escasas fechas, en la Comisión de Cooperación Internacional se aprobó por unanimidad una proposición de Convergència i Unió que incorporaba aportaciones del Grupo Popular, pero también del Grupo Socialista, y que se dirigía a la consecución de todos los objetivos en la lucha mundial contra el sida, incluyendo las estrategias Onusida y de la OMS, la IAVI y la IPM.

Sobre el funcionamiento de la comisión nacional solo cabe decir que, siguiendo lo establecido en el Real Decreto 592/1993, la comisión sigue con sus funciones y su presidente procederá a convocar este año 2013 el pleno, por lo que no cabe hablar de retomar sino de impulsar el trabajo de esa comisión.

Y sobre la secretaría del Plan nacional sobre sida, es bastante complicado desde el punto de vista físico y biológico restituir algo que no ha desaparecido. Para comprobarlo basta leer el Real Decreto 200/2012, que recoge en su artículo 11.9 específicamente la existencia de la secretaría.

Por lo que se refiere a materia presupuestaria, la financiación a las comunidades autónomas se ha realizado a través del Ministerio de Hacienda, clarificando y evitando duplicidades porque tan importantes son los fondos como la eficiente utilización de los mismos y es competencia de cada comunidad establecer las líneas prioritarias de sus gastos sanitarios. Es cierto que estamos viviendo momentos difíciles, que se van a superar; no obstante, a pesar de esa situación difícil sí se han destinado fondos, pero por un motivo de eficiencia se ha optado por integrar esas partidas presupuestarias finalistas en una bolsa común en la Dirección General de Salud Pública, y entre ellas figura un capítulo específico para las actividades relativas a la lucha contra el sida y otro para financiar las estrategias de salud por instituciones de cualquier titularidad.

Con respecto al último punto de la PNL que representa el Grupo Socialista sobre el Real Decreto 16/2012, entiendo que se desvía la atención del tema específico que nos ocupa porque identifica — aunque existen personas que estén afectadas por el sida— población inmigrante con sida, lo cual es cuando menos arriesgado. Es evidente que en este tema nuestros grupos no coinciden en algunas cuestiones, y no coinciden en la interpretación de la universalidad. Para el Grupo Popular esa universalidad afecta a todos y cada uno de los españoles y residentes en España, al tiempo que también plantea la atención fundamental de otros colectivos sin residencia legal, y para el Grupo Socialista la universalidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 7

incluye a las personas sin residencia legal, aun cuando queden fuera determinados colectivos de españoles. Tampoco coincidimos en el sistema de aportación farmacéutica. Para el Grupo Popular la aportación —o si ustedes lo prefieren el copago—, que existía desde hace muchos años, era injusta porque hacía pagar un 40% a los parados sin subsidio de desempleo, a las personas con pensiones no contributivas, a los perceptores de rentas de integración social y a otros colectivos. Por el contrario, el Grupo Socialista prefiere continuar como antes, de manera que estos colectivos sigan pagando un 40%, mientras personas con rentas altas, aunque sean pensionistas, no deben pagar nada. Son puntos de vista diferentes pero, al margen de esas diferencias, seguro que tanto ustedes como nosotros tenemos puntos comunes de preocupación. Ya sabemos que a pesar de todas las proclamas alarmistas los últimos barómetros indican que la sanidad no es un tema que preocupe excesivamente a los españoles, sin embargo a todos nosotros sí nos debería preocupar la sostenibilidad del sistema, una preocupación que no es nueva, que no ha venido con la crisis ni con los ajustes. Por eso, ahora que por parte del Grupo Socialista se está en fase de aportaciones semanales, les rogaría que ocupasen el lugar que les corresponde en la subcomisión porque, al margen de todas esas diferencias que tenemos, seguro que podemos encontrar puntos de encuentro para ese gran reto que es la sostenibilidad del sistema. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: En defensa de las enmiendas a las dos proposiciones no de ley, por parte del grupo parlamentario de Convergència i Unió tiene la palabra el señor Campuzano.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Efectivamente, hemos presentado la misma enmienda a estas dos proposiciones no de ley, una enmienda que recoge el texto de una proposición no de ley que hace unas cuantas semanas Convergència i Unió registró en la Cámara en relación con las mismas cuestiones de fondo que plantean estas iniciativas de La Izquierda Plural y del Grupo Socialista. Constatamos que las medidas que el Gobierno ha tomado en lo que llevamos de legislatura en esta materia han producido en la práctica un enorme debilitamiento de la política pública española en relación con la prevención, detección y atención a las personas que padecen la infección del VIH/sida. Nos lo traslada el Gobierno de la Generalitat en nuestro caso y nos lo trasladan las organizaciones de la sociedad civil, que llevan más de veinte años trabajando en esta materia. El Plan nacional del sida efectivamente, incluso desde la perspectiva técnica, ha sido prácticamente desmontado, existen enormes dificultades para que el plan pueda continuar realizando su actividad. Las subvenciones que el Ministerio de Sanidad trasladaba a las organizaciones que trabajan en esta materia se han reducido drásticamente, y las transferencias que se producían a las comunidades autónomas para financiar acciones en el territorio en esta misma dirección, fundamentalmente en materia de prevención y atención, han desaparecido totalmente. Por ejemplo, en el caso de Cataluña, que es la única comunidad que tiene las competencias en materia de prisiones, han desaparecido las transferencias de recursos para trabajar en las prisiones en prevención del VIH/sida. Podrían decirnos que se gastaba mucho en esta cuestión y que afectaba a la sostenibilidad del sistema. Lo que tenía un gasto que no es menor es el tratamiento farmacéutico prescrito a estas personas, pero aquello que estaba vinculado a las políticas de prevención y de detección precoz de las posibles personas infectadas representaba cuantías extremadamente pequeñas. Por ejemplo, en subvenciones a ONG que trabajaban en esta dirección —y hablo de memoria— el Ministerio de Sanidad destinaba unos 14 millones de euros, y esto se ha reducido a un millón de euros. Tengamos claro que aquello que evita la enfermedad, la infección y, si me permiten, desde un punto de vista materialista y utilitarista, aquello que evita el gasto caro de la medicación que supone la atención de una persona infectada, es precisamente la política de prevención, por lo que cada euro invertido en prevención es un euro que evitamos en gasto de atención posterior. Por tanto, ha existido una política equivocada. Es cierto que en estas últimas semanas y días —no sé si nuestras proposiciones no de ley han contribuido a eso—, sin ir más lejos esta mañana, el Ministerio de Sanidad ha mantenido una reunión con las ONG que trabajan en esta materia y ha presentado lo que ya no va a ser el plan multisectorial sino esta estrategia de la que habla la enmienda que plantea el Grupo Popular, una estrategia que está en una fase muy embrionaria —hasta donde mi grupo sabe lo que existe es un *power point*— y hay un plazo muy escaso para ponerla de nuevo en marcha, sin resolver esas dos cuestiones que les decía al principio: los medios materiales con los que el Plan nacional del sida pueda implementar esa estrategia y un presupuesto prácticamente desaparecido. Quizás dentro de unos meses tengamos una nueva estrategia, pero sin medios personales para implementarla y sin recursos para aplicarla va a quedar en el terreno de las buenas intenciones. Todo ello, señorías, va en el contexto de ese real decreto-ley que ha restringido el acceso a la salud a cientos de miles de personas, que Convergència i Unió rechazó en la Cámara y que está obligando, por ejemplo en el caso del Gobierno de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 8

la Generalitat, a mantener esa protección universal de nuestro sistema y a procurar que ninguna persona infectada por VIH/sida quede excluida de la atención sanitaria, pero bajo el riesgo financiero e incluso legal —si me permiten— del Gobierno de la Generalitat, que pretende evitar que nadie quede sin cobertura por razón de ese real decreto que el Gobierno aprobó.

Señorías, nosotros discrepamos por tanto sobre la posición que tiene el Gobierno en esta materia y sobre la política que ha hecho hasta ahora. Nos parece que es un error, que tiene consecuencias en la salud pública en el corto plazo y que las puede tener más graves en el largo plazo, porque, señor presidente —y termino—, en los últimos años hemos vivido, especialmente entre el colectivo de hombres que practican sexo con hombres, un relajamiento en las actitudes frente al riesgo de contraer el sida. Eso te lo cuenta cualquier persona que trabaja en este ámbito, especialmente entre gente joven. Por este motivo las políticas de prevención son fundamentales para volver a inculcar, especialmente entre el colectivo de hombres, la necesidad de tener conductas responsables en sus relaciones sexuales. Eso exige esa movilización y exigiría un compromiso político de fondo en esta Comisión para volver a situar en sus justos términos —no como sucedía en los años ochenta y noventa, no estamos en ese dramatismo— que necesitamos un compromiso para continuar combatiendo una epidemia que ha sido terrible y que lo puede volver a ser. Ojalá hoy avanzásemos en esa dirección.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo político quiere fijar posición? (**Pausa**).
Señora Sánchez Robles.

La señora **SÁNCHEZ ROBLES**: Señor presidente, intervengo para fijar nuestra posición brevemente. En primer lugar, compartimos al cien por cien la transaccional consensuada por los grupos proponentes, creo que han sido exposiciones muy completas y acertadas. Le decía que intervendré brevemente, pero queremos reiterar nuestra oposición frontal a la interpretación del Partido Popular del principio de universalidad, haciéndolo pivotar sobre la cotización a la Seguridad Social y no sobre el concepto de ciudadanía, y por supuesto al copago, del que ya se ha hablado en esta Comisión.

Con relación al Plan nacional del sida constatamos, como ha señalado el señor Campuzano, su práctica desaparición. A mí me gustaría comentar cuál es la situación actual de las nuevas infecciones por VIH y al hilo de lo que él también comentaba hay que reiterar que en el momento actual la infección por sida se ha convertido en una infección de transmisión sexual, ya que más del 90% de las nuevas infecciones se transmite a través de las relaciones sexuales. ¿Y qué debemos hacer ante esto? Así como en los años noventa nuestro objetivo diana fueron los consumidores de drogas por vía intravenosa, la epidemia actual nos obliga a centrar nuestros esfuerzos en la transmisión sexual en general, pero más específicamente en el colectivo HSH.

Es importantísimo desarrollar tareas de prevención a través de los distintos canales de comunicación, que también se deben de adaptar a la nueva realidad. Tanto el colectivo HSH como los adolescentes, los jóvenes heterosexuales de ambos sexos utilizan Internet, las nuevas tecnologías y las redes sociales para comunicarse y para establecer relaciones sexuales y sociales. Por ello, en el momento actual los esfuerzos de las administraciones deben ir también por este camino de forma prioritaria. Hay que seguir potenciando el trabajo con las ONG, puesto que son ellas además las que tienen principal acceso a los colectivos afectados en mayor medida.

Quisiera finalizar trasladándoles mi pensamiento más sincero. Me preocupa y nos preocupa profundamente que en materia de prevención del virus del sida y otras infecciones de transmisión sexual, las políticas desarrolladas por el Partido Popular —por decirlo finamente— prácticamente inexistentes no lo sean por razones ideológicas. Estaríamos contaminando de alguna manera la solución a este problema. En este sentido, como les decía, las exposiciones han sido amplias y muy completas.

Por último, quiero reiterar el voto favorable del Grupo Vasco a esta iniciativa.

El señor **PRESIDENTE**: Los autores de las proposiciones no de ley, ¿van a aceptar alguna enmienda, existe alguna transaccional? Señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Vamos a presentar ante la Mesa una transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Martín.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Señor presidente, lo he dicho durante la intervención. Hemos hecho una transaccional con las propuestas de los grupos y esperamos el apoyo de todos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 9

— SOBRE ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA ESTATAL DE PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL «SINHOGARISMO» Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE UNIÓN PROGRESO Y DEMOCRACIA. (Número de expediente 161/000699).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto 2.º, proposición no de ley sobre la elaboración de una estrategia estatal de prevención y erradicación del «sinhogarismo» y la exclusión residencial. Su autor es el Grupo Parlamentario de Unión Progreso y Democracia. Para su defensa tiene la palabra la señora doña Rosa Díez.

La señora **DÍEZ GONZÁLEZ**: Señor presidente, traigo a debate y posterior votación una propuesta para la elaboración de una estrategia de prevención y erradicación del «sinhogarismo» que se enmarca no solamente en la estrategia Europa 2020, sino particularmente en las resoluciones del Parlamento Europeo de 16 de diciembre de 2010 y de 6 de septiembre de 2011. Europa 2020 como sus señorías conocen sin duda es la estrategia de crecimiento de la Unión Europea para la próxima década, aprobada por el Consejo Europeo el 17 de junio de 2010. En un mundo en transformación se trata de conseguir que la Unión Europea posea una economía inteligente, sostenible e integradora. Estas tres prioridades, que se refuerzan mutuamente, contribuirán a que la Unión Europea y sus Estados miembros, cada uno de ellos y todos juntos, generen altos niveles de empleo, de productividad y de cohesión social. La Unión ha establecido para 2020 cinco ambiciosos objetivos en materia de empleo, innovación, educación, integración social y clima-energía. Dentro de la estrategia de integración social es en la que se enmarca esta iniciativa que traigo a debate. **(El señor vicepresidente, Román Jasanada, ocupa la Presidencia).**

En el apartado de integración social, el objetivo nacional, el objetivo para España de 2020 es conseguir que 1.400.000 personas menos estén en riesgo de pobreza y exclusión social. Sin embargo, los datos socioeconómicos por el momento señalan que dicho objetivo no va a cumplirse. El concepto de riesgo de pobreza o exclusión social se amplía para considerar no solo los términos monetarios, nivel de renta, sino también la carencia material severa de bienes y los hogares que presentan muy baja intensidad de trabajo. Las personas se encuentran solo una vez en el caso de estar incluidas en más de un indicador de riesgo de pobreza o exclusión social. Según la estrategia europea 2020 se considera personas de riesgo de pobreza o exclusión social a la población que se encuentra en alguna de las tres situaciones que se definen a continuación —lo haré breve y sintéticamente, no me alargaré en todos los detalles—. En caso de estar incluidos en dos de estas tres condiciones, las personas se contabilizan solo una vez en riesgo de exclusión, por tanto, con que solamente estén en dos de las tres ya están contabilizadas. El primer componente son personas en riesgo de pobreza después de transferencias sociales, esto es, personas cuyos ingresos son inferiores al 60% de la renta mediana disponible equivalente y poseen carencias materiales graves. El segundo componente es la carencia material severa. Es la proporción de la población que vive en hogares que carecen al menos de cuatro conceptos de los nueve, que son no tener retraso en el pago del alquiler, mantener la vivienda, hacer frente a gastos imprevistos, una comida de carne, pollo o pescado cada dos días; ir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año; un coche, una lavadora, una televisión a color y un teléfono, tres de esos nuevos para considerarse en riesgo de exclusión. El tercer componente son personas que viven en hogares con muy baja intensidad de trabajo, esto es, personas de cero a cincuenta y nueve años que viven en hogares en los que los adultos han trabajado menos del 20% de su potencial total de trabajo en el año anterior.

Según se puede observar en la tabla del INE que todos ustedes conocen y que creo que hemos aportado, la tasa de riesgo de pobreza de acuerdo con la estrategia europea 2020 ha aumentado de manera significativa desde el inicio de la crisis, pasando de un 22,9% de la población española en 2008 a un 26,8% el año pasado, aumentando en todos los rangos de edad, a excepción de los mayores de sesenta y cinco años. La crisis económica en España continúa agravando la situación general y a día de hoy la mayoría de familias están de una manera u otra en un riesgo de exclusión.

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística desprendidos de la última encuesta de condiciones de vida para el año 2012, el 21,1% de la población residente en España está por debajo del umbral de riesgo de la pobreza. El siguiente cuadro también del INE, que, insisto, creo que hemos aportado, muestra la evolución de tasa de riesgo de pobreza por edad y sexo, de la que se desprende que el riesgo de pobreza total ha disminuido en relación con el año anterior, pero que el riesgo de pobreza en el rango de edad de dieciséis a sesenta y cuatro años se incrementa, manteniéndose el resto de edades en unos niveles que están en torno al 20%, una cifra que a nuestro juicio es algo verdaderamente insoportable.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 10

No hace falta que entre en detalles de lo que es el «sinhogarismo», estoy en la Comisión adecuada para que todos conozcamos este tema y en más de una ocasión, y por iniciativas de otros grupos, también hemos hablado aquí de esta cuestión y nos hemos comprometido o hemos tratado de comprometernos a poner en marcha iniciativas que lo combatan. Son personas sin techo, sin vivienda, con vivienda insegura o con una vivienda inadecuada. La realidad de exclusión residencial que España arrastra viene desde hace muchos años como consecuencia de diversos factores, pero fundamentalmente por el diseño de la política habitacional y de suelo que han tenido en conjunto distintas administraciones o muchas de ellas, y en paralelo a la no correlación entre el crecimiento económico y la intervención social, que me parece que es un dato clave sobre todo en las últimas décadas. En 2010 la cifra de personas sin hogar rondaban las 13.700, mientras que en 2012, según el mismo Instituto Nacional de Estadística, esta cifra ascendía a 22.938. Son unas cifras que aumentan significativamente y que, señorías, creo que a juicio de todos nosotros son insoportables desde todo punto de vista. De estas casi 23.000 personas sin hogar existentes en 2012 el 80,3% son hombres. Casi el 60% posee menos de cuarenta y cinco años —en relación con esa imagen de las personas sin hogar como personas mayores, se trata de menores de cuarenta y cinco años— y otro 40% está entre cuarenta y cinco y sesenta y cuatro años, siendo el 54,2% del total de personas sin hogar de nacionalidad española. También la idea de que son personas que vienen de fuera los que finalmente terminan durmiendo en las calles es una idea que las cifras y los hechos bien estudiados desmontan absolutamente.

Me importa, a la hora de ir concluyendo, demostrar que esto tampoco es una epidemia que uno no pueda combatir, una cosa que ha ocurrido, con la que sin más nos hemos encontrado y que no hay políticas de prevención y de corrección posibles. Tenemos la experiencia de países europeos que ya han adoptado estrategias en el marco de estas resoluciones del Parlamento Europeo que les cité anteriormente para luchar contra el «sinhogarismo» y la exclusión residencial como Irlanda, Reino Unido, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Francia y Portugal. Lo que ha ocurrido en esos países y las consecuencias que ha tenido han sido muy favorable, o sea que las diferentes estrategias han tenido un efecto muy positivo.

España no tiene una estrategia específica hasta el momento presente. Eso hace que cada vez estemos en peor situación y no hay a nuestro juicio ninguna disculpa para no iniciar inmediatamente una tarea en esta materia en el marco de esas dos resoluciones europeas y del programa Europa 2020. Por eso, desde nuestro grupo parlamentario, desde Unión Progreso y Democracia, les proponemos entre otras medidas la elaboración, en un plazo de seis meses, de una estrategia de prevención y erradicación del «sinhogarismo» que detecte los procesos de exclusión antes de que las personas se vean en la calle, que cree un sistema estadístico claro que permita evaluar claramente, insisto, la evolución y características del «sinhogarismo» en España, que garantice la posibilidad de empadronamiento de las personas afectadas por el «sinhogarismo» como medio de acceder a derechos básicos, a prestaciones básicas, la creación de un protocolo de coordinación entre diferentes administraciones, avanzar en la unificación de criterios de acceso a los recursos de personas sin hogar en todas las comunidades autónomas y la creación de un fondo extraordinario de 20 millones de euros para luchar contra la exclusión social y el «sinhogarismo».

Me han sido presentadas dos enmiendas —concluyo con esto, presidente— una del Grupo Popular y otra de Convergència i Unió. Respecto de la enmienda de Convergència i Unió, sinceramente la consideramos incluida dentro de nuestra iniciativa. Se corresponde con una iniciativa que ellos mismos defendieron hace algunas fechas, que tuvo también el voto positivo de este grupo parlamentario. Consideramos que está incluida, lo que pasa es que nosotros vamos un poquito más allá porque han seguido ocurriendo sucesos y nos parecía que había que avanzar más. Respecto a la enmienda del Grupo Popular, que también agradezco, lamentablemente no la podemos aceptar, porque es una simple declaración de buenas intenciones. Creo que estamos ante un drama humano y social que requiere de algo más que declaraciones de buenas intenciones.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): A esta proposición no de ley se han presentado dos enmiendas. En primer lugar, por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Torrado.

La señora **TORRADO DE CASTRO**: Señorías, es muy loable esta preocupación por las personas sin techo manifestada por el Grupo de UPyD a través de esta proposición no de ley, pero, cuidado, porque el tema del «sinhogarismo» es mucho más complicado de lo que aparenta y puede ser objeto de una injusta demagogia que los miembros de esta Comisión no deberíamos permitir escudándonos en la falta de conocimiento. La Federación Europea de Organizaciones que Trabajan con las Personas sin Hogar, Feantsa, considera que el problema del «sinhogarismo» se da en individuos incapaces de acceder y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 11

mantener un alojamiento personal adecuado, ni por sus propios medios ni con ayuda de los servicios sociales. Como esta misma organización considera, hay un camino para llegar a esta situación. No es un problema, son muchos, y no es una circunstancia económica sino una acumulación de circunstancias sociales, familiares, laborales, económicas, sanitarias, realidades que hay que abordar de forma integral y personalizada, deteniéndose detalladamente en cada caso concreto.

En ocasiones, entre el colectivo de las personas sin hogar, nos encontramos con mujeres y con hombres que han estado totalmente integrados en lo que llamamos normalidad: un abogado, una profesora, un padre o una madre de familia. La suma de adversidades como pueden ser la pérdida de un ser querido, una separación, el paro, la falta de recursos, una adicción, una enfermedad mental, a la que suele unirse la ausencia de una red familiar o social que sirvan de apoyo, ha provocado en muchos de ellos un estado de vulnerabilidad extrema con el triste final de la presencia de un sintecho más en nuestras calles. Todos los miembros de esta Comisión deberíamos tener muy claro que el problema de las personas sin hogar no es solo una cuestión de techo. Por tanto, la actuación más acuciante es fortalecer nuestro sistema para evitar al máximo la acumulación de este tipo de acontecimientos en un mismo individuo, en una misma persona. Por eso, este Gobierno quiere garantizar la viabilidad de los servicios públicos para hacerlos más eficientes, para que lleguen a los más necesitados y para que tengamos una sociedad en igualdad de oportunidades.

Asimismo debo decirles, señorías, que el problema de las personas que están sin hogar es una prioridad para este Gobierno. Sí hay una estrategia y es por eso por lo que el próximo plan de acción para la inclusión social, en el cual está trabajando el Gobierno y que está ultimando, contempla actuaciones dirigidas a este colectivo, tanto para la mejora en su calidad de vida como en relación con el acceso a la vivienda. Además, este Gobierno también apoya todas las iniciativas que en el ámbito europeo se están llevando a cabo sobre esta materia, en concreto, los principios orientadores de las políticas sobre personas sin hogar en Europa que se acordaron en la mesa redonda sobre «sinhogarismo», celebrada durante la Presidencia irlandesa de la Unión Europea y que contó con la presencia y la participación española.

Evidentemente, dada su complejidad y su carácter multidisciplinar, una estrategia integral destinada a las personas sin hogar debería elaborarse con la implicación de todas las administraciones públicas, y teniendo en cuenta que las competencias en materia de servicios sociales están actualmente en revisión con el proyecto de ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local, esta estrategia se tendría que abordar una vez que queden delimitadas las competencias, porque, señorías, he de insistir en que los miembros de esta Comisión no podemos confundir la pobreza con el «sinhogarismo», el respeto hacia estas personas así lo merece. Para un sintecho la solución no es únicamente una vivienda. Un sintecho debe recibir apoyo para que se puedan abordar problemas de desarraigo, de aislamiento, de soledad, probablemente también de adicción o de enfermedad mental, de paro, de falta de formación y, cómo no, de vivienda. Por eso, en esta línea el Grupo Parlamentario Popular ha presentado esta enmienda, donde instamos al Gobierno a abordar el problema de las personas sin hogar en el marco del plan nacional de inclusión social 2013-2016, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y el acceso a una vivienda en el marco de las medidas adoptadas en el ámbito europeo. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Tiene la palabra el señor Campuzano para la defensa de la enmienda del Grupo de Convergència i Unió.

El señor **CAMPUZANO I CANADÉS**: Doña Rosa Díez ha defendido una proposición no de ley en la que mandata al Gobierno a elaborar esta estrategia de prevención y erradicación del «sinhogarismo» y, como ella recordaba, existe una coincidencia en la cuestión de fondo con una de las primeras iniciativas que Convergència i Unió trajo a debate a esta Comisión: la problemática de las personas sin hogar. En este sentido, la señora Torrado tiene razón cuando afirma que estamos ante un fenómeno cargado de complejidad que va más allá de los problemas vinculados al incremento de la pobreza o al incremento de las desigualdades. Estamos hablando de un problema que afecta, según el INE —es de agradecer que este organismo efectúe desde los últimos años un informe sobre esta situación—, a un colectivo relativamente pequeño de personas en el conjunto del Estado. Se habla de cerca de 23.000 personas, por tanto un colectivo no imposible de abordar desde las políticas públicas por el número de personas a las que afectan, pero cuando uno tiene ocasión de intercambiar puntos de vista y conocer esta realidad de una manera más cercana con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan para atender a las personas sin hogar —inevitablemente me viene a la cabeza el trabajo de la Fundación Arrels en Barcelona—, uno asume que, a pesar de ser un colectivo pequeño, por su complejidad, el acercamiento

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 12

a estas personas es difícil, no es fácil acercarse a una persona que ha vivido una degradación personal que la ha llevado a vivir en la calle y que aún ha degradado más su propia situación en muchos términos, desde su autoestima hasta sus posibilidades de participar con normalidad en la vida de la ciudad o en la relación con sus propios familiares. Al mismo tiempo uno asume, conociendo —insisto— el trabajo de entidades como la Fundación Arrels, que ese trabajo permite a personas que habían llegado a ese punto salir de ese enorme agujero e iniciar un camino hacia su plena normalidad.

Ahora bien, organizaciones como la Fundación Arrels pueden trabajar, pueden desarrollar su actividad si detrás de ellas existen administraciones públicas que las apoyen y que las apoyen con recursos. De ahí que la insistencia en el debate de hace unos meses y en nuestra enmienda de hoy sea para que la Administración General del Estado, que tiene mayor capacidad de gasto en estos momentos que las administraciones autonómicas y locales, haga un esfuerzo —nosotros lo ciframos en una cuantía modesta, de alrededor de 20 millones de euros— para apoyar este tipo de políticas.

Lo que también constatan las cifras del Instituto Nacional de Estadística y la aproximación al terreno de entidades como Arrels es que en esta crisis está aumentando el número de personas que terminan viviendo en la calle y que hoy los perfiles de estas personas son distintos de los de los de 2008, 2009 o 2010. Buena parte de este incremento de personas sin hogar responde a perfiles de personas de clase media, con empleo, que hasta relativamente pocos meses antes de terminar en la calle nadie, ni ellos mismos, ni sus amigos, ni sus familiares, podrían pensar que acabasen en esa situación. El abordaje de esas situaciones exige mayor complejidad en la manera que esas organizaciones de la sociedad civil se acercan a esa realidad.

Lo que le estamos reclamando al Gobierno, a la Administración General del Estado viene motivado porque nos encontramos en un momento en que las comunidades autónomas y los ayuntamientos sufren un colapso financiero, por lo que no pueden atender obligaciones de carácter más general, especialmente en el ámbito de las políticas del Estado del bienestar. Ese colapso es fruto entre otras cosas de la política de ajustes que han tenido que poner en marcha para cumplir con los absurdos objetivos de déficit público que tenían marcados. Esa política repercute en menos recursos para poder desarrollar esas políticas sociales. Por tanto, cualquier estrategia que el Gobierno desarrolle en esta materia o tiene recursos o va a ser simplemente un brindis al sol. De ahí, señorías, que mi grupo insista en estos 20 millones de euros, junto con la Carta Social Europea, cuestión que también hemos reclamado y hay también una iniciativa del señor Olabarría en esa misma dirección.

Vamos a aceptar el texto de doña Rosa Díez tal como lo ha formulado, a pesar que en algún punto podríamos tener alguna discrepancia.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): ¿La Izquierda Plural va a hacer uso de la palabra? (**Asentimiento.**) Tiene la palabra la señora García Álvarez.

La señora **GARCÍA ÁLVAREZ**: Señor presidente, vamos a apoyar el texto que se nos presenta y manifestamos que es interesante una de las partes que no se ha tocado por nadie pero que nos parece esencial, que es detectar la exclusión y hacer un seguimiento de la misma, porque, si no partimos de eso, estaremos probablemente dando vueltas sobre lo que aquí se ha comentado, la situación de esos individuos que son incapaces de sostenerse a sí mismos o cualquier otra cuestión que pudiéramos decir, que es una realidad, no vamos a decir que no lo sea, pero hay que evitar que se convierta en esa realidad.

Si ahora mismo nos diéramos un paseíto corto desde Sol hasta aquí, nos daríamos cuenta de que el número de personas que están sin hogar en la calle ha aumentado considerablemente en este corto trayecto y que no son personas que en un momento pudiéramos clasificar, con arreglo a lo que la portavoz del Grupo Popular ha manifestado, como individuos incapaces de sostenerse a sí mismos por diversas cuestiones que ella misma ha mencionado. Son otro tipo de personas, es otro tipo de características y si no hacemos este seguimiento, si no hacemos ese esfuerzo económico, podremos estar elaborando un plan *sine die*, pero serán eso, planes *sine die*, brindis al sol que no nos llevan a la solución que en este momento es absolutamente necesaria.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por el Grupo Socialista, señora Fernández Moya.

La señora **FERNÁNDEZ MOYA**: El Grupo Parlamentario Socialista comparte el diagnóstico que hace el grupo proponente, señalando que abordar el problema de las personas sin hogar debe de ser una prioridad en este momento. Según la EPA correspondiente al primer trimestre de 2013, tenemos 6.202.700

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 13

desempleados, una tasa de paro de 27,16%, el número de hogares con todos sus miembros activos en paro se sitúa en 8.143.900 y el porcentaje de personas en situación de pobreza y exclusión social está por encima del 26%. Según la encuesta de las personas sin hogar de 2012, esta población sin hogar atendida en los centros asistenciales —ya se ha comentado— de alojamiento y restauración fue de 22.938 personas, pero de estas el 45% se quedó sin hogar porque perdió el trabajo, el 26% por no poder pagar el alojamiento y el 12% por un desahucio. Es una realidad que solo se puede calificar de emergencia nacional. Efectivamente, la situación de crisis económica y las alarmantes cifras de desempleo, unidas a las políticas de recortes en los servicios públicos y en la red de protección social, han provocado un aumento del número de personas que carecen de una vivienda y se ven obligadas a residir en alojamientos en estado de ruina, en condiciones deficientes o incluso en la vía pública.

No compartimos todos los planteamientos de esta PNL, sin embargo no nos parece el momento de entrar en detalles. Creemos que lo que debemos hacer los grupos parlamentarios es aprovechar la ocasión que nos ofrece el debate de esta iniciativa para identificar el problema de las personas sin hogar como una cuestión que el Gobierno debe abordar de manera urgente y contundente. El número creciente de personas sin hogar es la punta del iceberg de una situación de pobreza y exclusión social. Consideramos que la estrategia debe ser más amplia, más ambiciosa, no focalizarla solo en las personas sin hogar, que es quizás una forma dramática de visualizar la situación, porque hay muchas personas que viven con sus familiares pero sin unos mínimos imprescindibles. Por eso, el Partido Socialista ha hecho un llamamiento para lograr un compromiso nacional contra la pobreza y la exclusión que implique a ayuntamientos, comunidades autónomas y al Gobierno central. Hemos propuesto crear un fondo de emergencia dotado con 1.000 millones de euros y destinado a la infancia, a los mayores y a las familias que no tengan recursos. No cabe duda de que una de las principales líneas de actuación de las medidas que se financiarían con este fondo coincide con los objetivos perseguidos en esta proposición no de ley.

Lamentablemente el Gobierno está haciendo caso omiso a este tipo de planteamientos. En un momento en el que crece la demanda por parte de la ciudadanía de apoyo y atención ante situaciones de pobreza y riesgo de exclusión social, es cuando se produce un mayor recorte en el sistema público de protección social. Como ejemplo significativo de ello podríamos hablar...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Concluya, señora diputada.

La señora **FERNÁNDEZ MOYA**: Voy concluyendo.

Podríamos hablar del Plan concertado de servicios sociales, que se ha reducido en un 66%. Por si fuera poco nos anuncian que se va dejar de financiar la parte del Gobierno. Nos supone también una amenaza la propuesta para la reforma de la Administración local, con la que se perderían todos los servicios de proximidad y de cercanía. Se pueden hacer las cosas de otra forma. Andalucía está marcando el camino con legislación para reconocer la vivienda como un derecho social, y con un plan para luchar contra la exclusión social o para paliar su impacto en los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad. Las situaciones extraordinarias requieren medidas extraordinarias. **(Varios señores diputados: Muy bien.—Aplausos).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Esta proposición no de ley se votará en sus justos términos.

— RELATIVA A LA DECLARACIÓN DE 2013 COMO AÑO DE LA BIOTECNOLOGÍA EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/000925).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos al punto 4.º del orden del día, que es la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular relativa a la declaración de 2013 como Año de la Biotecnología. Tiene la palabra para defender la proposición no de ley y la autoenmienda del Grupo Parlamentario Popular, la diputada señora Fabra.

La señora **FABRA FERNÁNDEZ**: Señores diputados, empezaré por lo obvio: justificando la enmienda que mi grupo ha presentado al texto inicial, trasladando el *petitum* de la iniciativa de la declaración de 2013 como Año de la Biotecnología en España al próximo, por motivos evidentes. El retraso a la hora de debatir la proposición no de ley que mi grupo trae hoy a la Comisión no resta importancia a la necesidad de que avancemos en reconocer e impulsar la labor que la biotecnología está prestando a la sociedad y a la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 14

economía española. Y lo está haciendo en un momento de extrema dificultad económica en el que el sector biotecnológico ha sabido seguir creciendo, incrementando incluso su protagonismo como modelo de competitividad e innovación —por lo que debería servir de modelo para otros sectores industriales—, y pudiendo incluso llegar a convertirse en uno de los motores fundamentales para recuperar la senda de crecimiento. Las posibilidades y las expectativas que ofrece la investigación biotecnológica son ilimitadas, y debemos ser capaces de transmitir las adecuadamente a los ciudadanos para eliminar posibles alarmas sociales y para dar a conocer los avances que se están produciendo en esta materia, así como los beneficios que arroja en las tres áreas principales de esta ciencia multidisciplinar: la roja, la verde y la blanca, conocidas como sanitaria, agroalimentaria e industrial.

La Seidi a través de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología viene apoyando la conmemoración de efemérides anuales similares a las que contempla esta proposición no de ley como un valioso instrumento para la necesaria divulgación de la ciencia, pues resultan muy eficaces a la hora de concienciar a la sociedad, logrando maximizar el impacto social que se genera, puesto que sirve de paraguas de todas las acciones que se celebran durante este año. Este es el fin último de esta iniciativa: enmarcar el conjunto de las actuaciones en una única que aporte una imagen de marca promocionable y reconocible.

Señorías, no es necesario que nos detengamos en las cifras que demuestran la importancia y el potencial del sector biotecnológico, tanto en España como a nivel mundial, pero sí en la necesidad de que para que el nuestro sea verdaderamente competitivo es necesario que tenga acceso al mercado exterior. Necesitamos aprovechar todas las oportunidades como acicate para promover e impulsar la internacionalización de nuestras empresas en otros mercados. El dinamismo del sector y su capacidad de crear riqueza y empleo están ligados al protagonismo de la iniciativa privada y a la capacidad de los emprendedores de transferir la tecnología al mercado, a través de la creación de empresas. Pero también es aquí imprescindible profundizar en el fortalecimiento de la industria de capital-riesgo, que es la principal fuente de financiación de este tipo de proyectos en todo el mundo. Las iniciativas que ha venido adoptando el Gobierno en el ámbito de la cofinanciación con inversores privados, así como las iniciativas sobre estimulación fiscal anunciadas por el Gobierno y contempladas en la actualización del programa nacional de reformas de 2013, recientemente remitido a la Comisión, van en este sentido. España cuenta con un gran potencial científico, innovador y emprendedor, que es especialmente destacable en el ámbito de la biotecnología, que merece seguir profundizando en medidas que impulsen su desarrollo como motor de creación de riqueza y de empleo, y que también merece el reconocimiento y el apoyo del Congreso de los Diputados. Es sin duda un sector en alza capaz de influir en muy diversas áreas de la economía, sin olvidar la importante función que desarrolla en la mejora de la calidad de vida de la sociedad. Esta disciplina es un buen ejemplo de tecnología horizontal, ya que no solo propicia la aparición de un nuevo y completo sector empresarial, sino que también está atrayendo la inversión de otros sectores industriales. No estamos, pues, ante un sector económico o una disciplina científica. La biotecnología representa un motor de cambio que puede contribuir notablemente a la modernización de nuestro país. Es por ello por lo que en esa importante labor de promoción a mi grupo parlamentario le gustaría encontrar el apoyo del resto de los grupos políticos, como muestra de la respuesta conjunta al esfuerzo que viene llevando a cabo, especialmente en los últimos años. **(Varios señores diputados: Muy bien.—Aplausos).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Hay una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra la señora Esteve para su defensa.

La señora **ESTEVE ORTEGA**: Señora Fabra, nos parece una iniciativa pertinente, pero aun siendo pertinente, he estado escuchando su intervención en la que señalaba los recursos y esfuerzos fiscales que aparentemente está haciendo el Gobierno, y esto me sorprende. Espero que pueda aceptar nuestra enmienda, dado que va en esa línea que usted señalaba.

Comparto con usted el papel que está adquiriendo la biotecnología en nuestro marco científico y como elemento generador de riqueza. Nadie puede dudar de los avances que se están produciendo en este ámbito de conocimiento, porque además tiene una vocación integradora y experimental, colabora entre lo público y lo privado, y por tanto es un elemento fundamental. Pero sus avances —y lo digo desde la perspectiva de las personas que nos podemos ver beneficiadas con ellos en el ámbito molecular y en respuesta a diferentes sectores de la medicina— usted decía que quizá no eran tan importantes. Me parece que los avances en la terapia génica, en la farmacología o en la alimentación son esperanza para el futuro.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 15

Además en nuestro país la Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular, la Sebbm, cumple cincuenta años de existencia. Si me lo permite, presidente, hago un paréntesis aquí para felicitarles en este aniversario y desearles que continúen trabajando y avanzando en este campo científico. Han hecho un largo recorrido en España y fuera de ella con sus proyectos transnacionales y de transferencia de conocimiento al mundo empresarial y a las universidades. Destaco también su dedicación humana y personal. Por tanto —lo hago constar para que quede registrado— mi grupo queda a disposición de la Sebbm como siempre. Volviendo a la proposición no de ley reitero su oportunidad, pero critico afectuosamente que no señalen cómo van a apoyar esta declaración. Es una proposición no de ley en la que hacemos una proclamación del año 2014, que está bien, pero nos gustaría saber cómo lo van a apoyar más allá de este enunciado, teniendo en cuenta el descenso de los presupuestos de los últimos dos años en I+D+i —un 26%— y que ha afectado a otros recursos como las becas a los estudiantes y a los proyectos de investigación, que son apuestas para el futuro. No sabemos cómo van a colaborar, como he dicho antes, y esa es la razón de nuestra enmienda, que pensamos que es perfectamente asumible. Tanto si la aceptan como si no, nos parece que el evento vale la pena y vamos a votar afirmativamente, aunque de aquí a que se acabe la sesión puedan reconsiderar tomar en consideración esta enmienda. Pero les rogamos que hagan una mínima concreción en algún momento. Si no estaremos delante de un acto simbólico y de imagen —que también está bien—, pero vamos a ver si podemos ir un poco más allá en pro del desarrollo de este sector tan fundamental para nuestras vidas —sobre todo en el tema de la terapia génica— y para nuestro país. En esto estamos de acuerdo con ustedes.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Interviene ahora el Grupo Parlamentario Popular para decir si acepta o no acepta la enmienda.

La señora **FABRA FERNÁNDEZ**: Efectivamente el Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una enmienda, que valoramos muy positivamente, pero que no podemos aceptar porque consideramos que su contenido ya está incluido entre las acciones del Gobierno; más concretamente en el Plan nacional de reformas anunciado a finales de este mes de abril. Es más, este plan...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Señora Fabra, era simplemente para decir si se acepta o no se acepta la enmienda. No es para abrir un nuevo turno de palabra.

La señora **FABRA FERNÁNDEZ**: No se acepta.

— RELATIVA A LA APLICACIÓN DE LA EVALUACIÓN COMPARATIVA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001041).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos al punto 5.º del orden del día. Es la proposición no de ley relativa a la aplicación de la evaluación comparativa en el Sistema Nacional de Salud, del Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra su portavoz, el señor Cervera.

El señor **CERVERA TAULET**: Desde hace tiempo todos los que han sido y hemos sido gestores sanitarios, como cualquier otra organización que quiere tener una productividad y un trabajo bien hecho, creemos en apostar por las técnicas de *benchmarking*, es decir, las mejores prácticas, buscar comparadores y tratar de buscar el camino que encuentran primero unos y que los demás debemos de seguir, en un *benchmarking* de productos, de servicios y de procesos de trabajo, es decir, la evaluación comparada. Para mejorar hay que medir, y para medir nos hacen falta sistemas de información sanitarios potentes que nos permitan plantear indicadores potentes, y que eso permita la consecución de objetivos que nos hagan, como digo, tener cada día una mejor calidad del Sistema Nacional de Salud. Tenemos que tener indicadores que sean precisos, fiables, constatables y medibles, y para eso son necesarios sistemas de información. La labor que ha hecho el Ministerio de Sanidad en los últimos años, apostando por los servicios de información, ha sido loable, coordinándose con las comunidades autónomas, y viendo a aquellas comunidades autónomas que tenían sistemas de información más avanzados para entre todos conseguir ejemplo como una historia clínica electrónica única, o conseguir indicadores que nos permitan comparar cuáles son los servicios de referencia, unidades, centros, comunidades autónomas, e igualmente para poder comparar con el resto de Europa. En este caso cualquier técnica de evaluación comparada, de *benchmarking*, pasa por trabajar conjuntamente con las comunidades autónomas. Aquí la experiencia en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 16

la subcomisión de sistemas de información y el propio consejo interterritorial avalan a esos grupos de trabajo, apostando por sistemas de información potente. Esto no es nuevo, esta PNL trata de potenciar la evaluación comparada, de reconocer lo que se ha hecho hasta ahora, y de apostar por seguir avanzando en diseños de estrategia potentes, con planteamientos estratégicos que vayan desde el primero hasta el último, desde la unidad más pequeña hasta la comunidad autónoma o hasta la coordinación del propio ministerio.

He de recordar que tenemos ejemplos muy potentes de guías de buenas prácticas, por ejemplo la ONT, que ha trabajado con esa guía de buenas prácticas, ha visto los procesos sobre dónde podía mejorar los protocolos del servicio de donación, del servicio de desplante e implante. Eso ha ayudado a ser cada vez más eficiente y a tener un servicio de más calidad en la propia Organización Nacional de Trasplantes. También están aquellas comunidades autónomas que apuestan por los acuerdos de gestión, donde las estrategias son comunes para todos, desde la consejería a cualquier hospital, departamento, unidad o servicio, y cualquier profesional que se involucra. Por lo tanto en ese sentido pedimos al Gobierno apostar por ese diseño de estrategias de evaluación comparada, que utilice la red de evaluación de agencias tecnológicas como un ejemplo más de coordinación en esa evaluación, y que todo eso garantice una mayor equidad en el tratamiento a los españoles. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Hay una enmienda del Grupo Socialista. Para su defensa tiene la palabra la señora Gallego.

La señora **GALLEGO ARRIOLA**: La verdad es que desde el Grupo Socialista nos ha sorprendido el contenido de esta iniciativa presentada por el grupo que apoya al Gobierno, porque no sabíamos muy bien cuál era el contenido de esta propuesta, ya que parece que es algo como muy novedoso y en realidad no lo es tanto. Menos mal que creo que el final va a ser feliz. Veamos por qué decimos esto. Por un lado, en la exposición de motivos ponen como ejemplo representativo de esta evaluación a la Organización Nacional de Trasplantes, que dicen depende del Ministerio de Sanidad, aunque en estos tiempos que corren parece que está dependiendo más del Ministerio de Hacienda; un ministerio que ha recortado un 20% a una de las instituciones más prestigiosas a nivel internacional, y que es además marca de España. Precisamente las partidas más perjudicadas han sido las de formación y las de fomento de la donación, a lo que se une la amenaza de las comunidades autónomas que no se han ajustado al déficit reglamentario de recortar en la Organización de Trasplantes, lo que planteará aquí un verdadero problema de desigualdad. Se habla también de la guía de buenas prácticas de la ONT, que se elaboró en 2011, y si leemos las recomendaciones de esta guía veremos que destaca la conveniencia de que todos los integrantes del equipo reciban la necesaria formación en cursos de formación y comunicación. O sea, por un lado hablan de lo bien que está funcionando, pero por otro se les está recortando la financiación. Además si depende del Ministerio de Sanidad echamos en falta la actitud reivindicativa de la ministra ante estos recortes. Nos sorprende su silencio clamoroso y su dependencia absoluta del Ministerio de Hacienda, hasta tal punto que el propio director de la ONT hace declaraciones confiando en la benevolencia del Ministerio de Hacienda. Por lo tanto desde el Grupo Socialista aprovechamos y pedimos que la ministra salga a defender la marca de España que es la Organización Nacional de Trasplantes. Tampoco es un buen ejemplo el que anuncian en su exposición de motivos sobre la compra centralizada de productos para las comunidades autónomas, porque ahora ya el Tribunal administrativo central de recursos contractuales ha declarado nulo el procedimiento, ya que infringe criterios de igualdad, de transparencia y de discriminación.

En cuanto a la resolución sobre el diseño y el método de evaluación tenemos que decir que el Gobierno ya cuenta con dos importantes estrategias. Una era la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y Calidad de los Servicios, pero por otro lado cuenta con la Agencia Española de Tecnologías, que hay que reconocer que es un magnífico trabajo del Gobierno socialista —y tengo que reconocer que también el ponente lo ha reconocido— en colaboración con las comunidades autónomas y con las sociedades científicas, y donde se trabajó con muchos indicadores de salud, más de ochenta. Todo ello liderado por el Ministerio de Sanidad y además de manera regionalizada, que está a disposición de los investigadores y de los ciudadanos. Por lo tanto nos ha sorprendido que se hayan obviado estos instrumentos de apoyo a los servicios públicos de calidad y al servicio de una sanidad pública de calidad, sobre todo cuando nos están intentando dar ahora lecciones de austeridad. No creo que sea por desconocimiento, porque no hay nada más que entrar en el portal estadístico del Sistema Nacional de Salud, donde están todos estos datos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 17

Ustedes han visto esta información, hemos estado hablando, y estoy segura de que van a aceptar nuestra enmienda de sustitución para contribuir a mejorar y a profundizar en estos indicadores. Realmente se ha hecho una enmienda transaccional y al final vemos que ha ganado el pacto, que ha ganado el diálogo, que no la agresión, en beneficio de los pacientes. Agradecemos y apoyamos esta enmienda transaccional, pero avisamos de que no daremos ningún cheque en blanco.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Para fijar posición tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: En relación con la aplicación de la evaluación comparativa en el Sistema Nacional de Salud desde Convergència i Unió consideramos muy positiva esta iniciativa. Desde el año 2008 el departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña hace ya una importante apuesta por la transparencia y la rendición de cuentas, y periódicamente difunde los resultados alcanzados en salud por los agentes del sistema sanitario de utilización pública. En este sentido, y en el marco de Plan de salud 2011-2015, uno de los objetivos es consolidar este observatorio del Sistema de Salud de Cataluña porque en el marco de este observatorio es donde se llevan a cabo los informes anuales de la central de resultados.

El año pasado la central de resultados publicó los resultados de ámbito hospitalario y de atención primaria desagregados por proveedor. Este año 2013 adicionalmente se publicarán por primera vez informes del ámbito sociosanitario y de salud mental. Los datos también serán consultables de forma interactiva mediante un aplicativo y hojas de cálculo dinámicas, y los archivos de datos correspondientes se volverán a poner a disposición de todos los ciudadanos en formato de datos abiertos. Es por estos motivos por los que, basándonos en nuestra propia experiencia, consideramos que la apuesta por la evaluación comparativa es positiva para la consolidación y el desarrollo del modelo sanitario, mediante la mejora por comparación, y siempre apostando por el rigor metodológico y por datos cualitativos y de calidad. Al mismo tiempo nos gustaría que aprovecharan esta experiencia que ya tiene la Generalitat de Cataluña a la hora de determinar y de concretar estos métodos. Quiero agradecersele y podrán contar con nuestro voto positivo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Señor Cervera, entiendo que hay una enmienda transaccional que les pido que hagan llegar a la Mesa.

El señor **CERVERA TAULET**: Sí, señor presidente.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): De acuerdo.

— **SOBRE EL RECONOCIMIENTO Y APOYO A LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA TALIDOMIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/001115).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos al punto 6.º del orden del día, proposición no de ley que ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió, sobre el reconocimiento y apoyo a las personas afectadas por la talidomida. Tiene la palabra para su defensa la diputada señora Ciuró.

La señora **CIURÓ I BULDÓ**: Señorías, presentamos esta proposición no de ley a los efectos de recabar el consenso de sus señorías para revisar el Real Decreto 1006/2010, de 5 de agosto, por el que se regula el procedimiento de concesión de ayudas a las personas afectadas por la talidomida en España, y que ampara concretamente a las personas nacidas entre 1960 y 1965. Vaya por delante que la aprobación de este real decreto sin ninguna duda supuso un paso adelante a favor del reconocimiento de las personas afectadas, y el apoyo necesario y por otra parte merecido por cuanto estamos ante un colectivo que fue víctima, como ustedes sabrán, de la ingestión por parte de sus madres durante el periodo de gestación de unos medicamentos que acabaron por tener gravísimas consecuencias de malformaciones a su nacimiento.

Como conocen, a finales de la década de los cincuenta se recetaba en muchos países, entre ellos el Estado español, la talidomida como remedio para paliar las náuseas que las embarazadas sufrían precisamente durante la gestación. La farmacéutica alemana Grünenthal la sacó a la venta en 1957. Fue el mismo año que precisamente los laboratorios Previa en España obtenían la autorización para su distribución, y fue a partir de 1958 cuando se percibió, inicialmente en Alemania y después en el resto de los países, que había un incremento considerable de niños nacidos con malformaciones graves. Estas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 18

malformaciones se atribuyeron posteriormente a la talidomida. Como decimos el Estado español en 2010 aprobó un real decreto que supuso un reconocimiento a estas personas, y se aprobaron una serie de ayudas en su beneficio que se devengaron por una sola vez. La asociación de víctimas de estas personas afectadas, Avite, consideró en primer lugar que, a la vista de los derechos que se reconocían a estas personas afectadas en otros países, el reconocimiento que les dispensaba el Estado español en un principio era insuficiente. En segundo lugar —aquí me gustaría poner el énfasis en la defensa de nuestra proposición no de ley—, consideraron que el periodo fijado, es decir, los nacimientos producidos durante los años 1960 a 1965, era extremadamente corto puesto que había indicios, pruebas documentales diversas que hacían pensar que se podía ampliar este periodo desde al año 1957 al año 1973 concretamente. Como decíamos anteriormente los laboratorios Previa en España empezaron su comercialización el mismo año que obtuvieron la licencia de distribución del medicamento Imidan que, entre uno de sus componentes, contenía talidomida. Por tanto parece lógico pensar que a partir del momento en que se obtuvo la licencia se empezó a comercializar este medicamento, y que podía ampliarse el real decreto en la fracción temporal que pedimos, desde 1957. Por otro lado se pide que se alargue el periodo hasta el año 1973 puesto que constan datos de que se dispensaba otro medicamento, concretamente el Entero-sediv, que también contenía talidomida y que se siguió dispensando hasta el año 1973 —fecha en que incluso el vademécum lo recoge—, además de otras pruebas que fueron aportadas, como después explicaré, a un proceso que se está siguiendo contra la compañía farmacéutica a nivel europeo.

Además de otros puntos de la proposición, ¿qué pedimos básicamente? Que se aborde la posible ampliación de este real decreto a los años 1957 y 1973, porque como les decía hay un procedimiento abierto contra la compañía alemana, y en caso de que se reconozcan eventuales indemnizaciones como consecuencia de una posible sentencia estimatoria, estas personas, si no son reconocidas por su estado, quedarían de hecho fuera de cualquier indemnización que se reconociese, y por tanto haríamos a estas personas doblemente víctimas de un real decreto sobre el que ellos ya en su día manifestaron que no quedaban del todo reconocidas las personas afectadas.

Quiero poner especial énfasis, señorías, en que estamos hablando de un grupo de personas extremadamente pequeño —hay muy pocas personas, porque desgraciadamente muchas de ellas han ido falleciendo—; estamos hablando de 200 a 300 personas, como mucho, en todo el Estado español. Creo que merece la pena poder estudiar la posibilidad de modificar este real decreto para ampliar estos años, si se considera así como consecuencia del estudio que haga el Ministerio de Sanidad, y si es así tampoco es un coste excesivo para el erario público que se puedan acoger a los beneficios que ya tuvieron en su día las personas incluidas dentro del real decreto —que iban del año 1960 a 1965—, y poder así darles la oportunidad de concurrir a la indemnización que pueda resultar de este procedimiento judicial que, por lo que sabemos, se va a ver en octubre de este año. Hacemos un llamamiento al partido de la mayoría para que estudie esa posibilidad —simplemente hablamos de un estudio— y podamos negociar una transaccional a nuestro texto, porque básicamente lo que interesa a esta asociación, señorías, es no quedarse fuera por un mal estudio de los años de aplicación de este real decreto en su día.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Se ha presentado una enmienda por el Grupo Socialista. Para su defensa tiene la palabra la señora Cabezón.

La señora **CABEZÓN RUIZ**: Hoy ya nadie duda de las consecuencias que tuvo el uso del fármaco talidomida, que fue una catástrofe de la medicina mundial sin parangón, y quizá uno de los peores errores médico farmacéuticos que podemos recordar. Tal fue así que supuso un antes y un después en la adecuación y seguridad de los medicamentos, de la farmacovigilancia en sí. Se impulsó la garantía pública y las reacciones adversas dando lugar al marco normativo hasta entonces inexistente, y se comenzó a velar por la seguridad y eficacia en los medicamentos antes y después, a través de ensayos clínicos, impulsándose organismos nacionales e internacionales para velar por la seguridad de los medicamentos. Desde 1957 en que aparece por primera vez aprobado el uso desde Alemania de este fármaco hasta su retirada en Alemania en el año 1961, y en España en el año 1963, miles de personas de diferentes países se vieron afectadas, y a medida que se fueron reconociendo los daños causados se empezaron a poner en marcha medidas para reconocer y resarcir los daños. Sin embargo en el caso de España no pudo ser así. Hasta el año 2003 no se constituye la asociación de afectados, que recoge aproximadamente a unos 200, y comenzó a luchar de forma colectiva y organizada. Pero si tenemos en cuenta que esta tragedia ocurrió al inicio de la década de los sesenta, en aquella época se ocultaba en España todo, incluida la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 19

enfermedad, y por supuesto se obviaban todo tipo de responsabilidades. Por tanto este colectivo quedó durante muchos años en una situación de falta de atención, en el olvido, a pesar de las graves secuelas en muchos de los casos.

Pues bien, esta deuda que la sociedad española tenía con ellos por fin se comenzó a saldar con el anterior Gobierno socialista mediante el Real Decreto 1006/2010, que hacía efectivo y desarrollaba el compromiso contraído por el presidente Zapatero y que se había plasmado ya previamente en los presupuestos generales de aquel año. Este decreto fue más allá de muchas de las reivindicaciones que venía presentando este colectivo, porque no solamente reconoció oficialmente las consecuencias de este tratamiento por fin en nuestro país, visibilizó el problema, sino que además reconocía el derecho a una indemnización por primera vez. Se otorgó una indemnización entre 30.000 y 100.000 euros en función del grado de discapacidad causado por la medicación. Otras reivindicaciones, como el acceso a pensiones o a determinados tratamientos médico protésicos, estaban ya incluidos y tenían acceso a ellos a través de la diferente normativa, tanto de la cartera de servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud como por la normativa vigente para la discapacidad en su conjunto en España. Incluso en un real decreto sobre la Seguridad Social del año 2009 se incluyó dentro del listado de discapacidades progresivas a quienes se reconocía el derecho al acceso a una jubilación anticipada para aquellas discapacidades con un grado igual o superior al 45%. Como digo, también fue puesto en marcha por el anterior Gobierno socialista. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

Dicho todo esto, puede que este colectivo —y quizá de algún grupo parlamentario como el proponente— considere que aún queda algún aspecto que revisar, algunas peculiaridades que no se hayan resarcido de forma adecuada o que el real decreto en su cumplimiento haya tenido alguna deficiencia. Desde el Grupo Socialista mantenemos la sensibilidad que mostramos desde el principio con este colectivo, y estamos dispuestos a apoyar la iniciativa en el sentido de que se revise en su caso el cumplimiento y la aplicación de este real decreto, que al fin y al cabo ha reconocido indemnización a un número de entre veinticuatro a treinta afectados. Por tanto, aun teniendo en cuenta que es posible que haya ocurrido en este sentido alguna deficiencia, estamos dispuestos a que se revise el propio real decreto así como el protocolo que estableció en su día el Instituto Carlos III para determinar aquellas personas que eran víctimas de este fármaco.

No obstante, y leyendo todas las propuestas que recoge la proposición no de ley del Grupo de Convergència i Unió, tenemos que decir que otras, como el reconocimiento de pensiones vitalicias o jubilaciones voluntarias y otros derechos, ya están recogidas en la normativa para la discapacidad en su conjunto, y que a esta se tiene derecho en función del cumplimiento de una serie de requisitos. Además, no podemos considerar que todas las consecuencias hayan determinado un similar grado de discapacidad.

Termino. Seguimos mostrando esta sensibilidad con este colectivo y estaremos dispuestos a llegar a una transaccional con el grupo proponente para que se revise en su caso la aplicación de este real decreto y se tomen las medidas que se consideren oportunas si así se deriva de las conclusiones.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean fijar posición? **(Pausa)**. Por el Grupo Parlamentario Popular, doña Teresa Angulo.

La señora **ANGULO ROMERO**: Señorías, en primer lugar, el Grupo Popular quiere mostrar su apoyo y solidaridad a las personas afectadas por la talidomida que, como aquí se ha explicado, fueron niños que a principios de los años sesenta sufrieron malformaciones durante el proceso de gestación como consecuencia de la toma de esta sustancia por la madre gestante. Efectivamente el Real Decreto 2006/2010 justifica en su exposición de motivos su aprobación basada en la necesidad precisamente de ese reconocimiento y apoyo solidario a estas personas según las diferentes situaciones personales que concurren en cada una de ellas en la línea seguida por la mayoría de los países de nuestro entorno. Es un real decreto que fue aprobado en virtud de la facultad conferida al Gobierno en los presupuestos generales para 2010 y que no aprobó el cobro de indemnizaciones, como dice el texto de la PNL, sino la concesión de ayudas directas a las personas afectadas por la talidomida entre 1960 y 1965, ya que, si el fármaco se retiró en nuestro país en el año 1963, los últimos afectados podrían haber nacido como muy tarde ese año. No obstante, teniendo en cuenta que el fármaco pudo haber permanecido en botiquines domésticos o en algunas farmacias, se amplió ese límite en dos años más hasta 1965. No procede pues, a nuestro entender, ampliar hasta el año 1973, como pide la proposición, pues no se han encontrado evidencias claras y objetivas de que ese fármaco se comercializara en nuestro país hasta ese año, cuestión esta para la que, insisto, se deberían aportar evidencias fiables y no meros indicios o probabilidades,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 20

debiendo, en caso contrario, remitirnos al dato oficial del cese de la comercialización en el año 1963. Por este motivo no podemos aceptar lo ofrecido por el grupo proponente por cuanto, insisto, los datos oficiales son que el fármaco no fue comercializado más allá de 1963 en nuestro país. Si hubieran existido evidencias ya se hubieran mostrado en agosto de 2010, cuando el anterior Gobierno socialista aprobó este real decreto de ayudas que suponemos que elaboraría con la máxima rigurosidad exigida para este tipo de normas, sin embargo no tuvo en cuenta y quedó claramente fijado el periodo de nacimiento de los afectados. Ese real decreto no previó valoración ni evaluación posterior alguna, no habiendo aparecido cuestiones nuevas que hagan que dicha fecha haya de modificarse. Además, el real decreto en su exposición de motivos dice expresamente que se hizo consultando a los sectores afectados, motivo por el que nosotros no entendemos ahora bien la posición del Grupo Socialista porque, según lo que el Gobierno dijo entonces, esa consulta a los sectores afectados que ahora se propone ya se hizo previamente a elaborar este decreto de ayudas, y no tenemos por qué pensar que entonces faltaron a la verdad porque hubiera sido una cuestión muy grave.

Por lo que respecta al protocolo de evaluación del Instituto Carlos III para determinar a las víctimas, hemos de decir que el mismo ha sido elaborado por reconocidos expertos en teratología y defectos congénitos con amplia experiencia en su evaluación y basado en guías internacionales, por lo que no procedería hoy su revisión. Por lo que respecta al resto de las peticiones de la PNL englobándolas —creo que ya tengo poco tiempo—, las personas afectadas por la talidomida que tienen reconocido el grado de discapacidad exigido para las distintas prestaciones son ya beneficiarias de las políticas existentes para el colectivo de personas con discapacidad, debiendo tenerse en cuenta que el grado de discapacidad se fundamenta no en el diagnóstico de una enfermedad en sí mismo sino en cómo esta afecta a su capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Por lo que respecta al reconocimiento de pensiones vitalicias y de jubilación, destaco como cuestión previa que cualquier propuesta relativa a la materia de pensiones debe abordarse en el marco de la legislación de la Seguridad Social y no dentro de este real decreto. No obstante, por lo que respecta la posibilidad de jubilación voluntaria anticipada, hay que recordar que el artículo 161 de la Ley General de Seguridad Social en relación con la anticipación de la edad de jubilación de personas con discapacidad establece que la edad ordinaria de jubilación podrá ser reducida en el caso de personas con una discapacidad del 65% o incluso del 45% en el supuesto de discapacidades en las que concurran evidencias que determinen una reducción de la esperanza de vida de esas personas. El Real Decreto 1851/2009 que desarrolló este artículo recogió expresamente entre esas discapacidades que pueden dar lugar a reducir la edad de jubilación con un grado del 45% las anomalías congénitas secundarias debidas a talidomida. Por tanto, está expresamente contemplada la posibilidad de que las personas que padecen esta discapacidad puedan acogerse a una jubilación anticipada a los 56 años con un grado de discapacidad del 45%. Estas cuestiones que aparecen en la PNL ya están cubiertas actualmente como así ha reconocido también el Grupo Socialista.

Señor presidente, este grupo va a rechazar la PNL al entender que lo solicitado en ella ya aparece contemplado en nuestra legislación. Respecto a las personas que sufran discapacidad por esta causa —que nosotros lamentamos profundamente— y por lo dicho por el grupo proponente, esperamos en todo caso que sean los tribunales los que juzguen esa demanda contra los laboratorios, determinen el alcance de la responsabilidad de los mismos y, en su caso, las posibles indemnizaciones.

El señor **PRESIDENTE**: Procederemos a la votación con la enmienda transaccional que la señora Ciuró ha aportado a la Mesa.

— RELATIVA A LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN GITANA. PRESENTADA POR EL GRUPO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001304).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición de ley número 7.º —rogaría a sus señorías que siguieran el criterio de Baltasar Gracián: lo breve y bueno es dos veces bueno—. El autor es el Grupo Parlamentario Popular y para su defensa tiene la palabra doña Silvia Heredia.

La señora **HEREDIA MARTÍN**: Señorías, desde el Grupo Parlamentario Popular queremos impulsar la necesidad de mirar hacia el pueblo gitano, mi pueblo y promover programas específicos para procurar el acceso normalizado de esta población a recursos sanitarios. Se estima que la población gitana conforma

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 21

el 1% de la población española. Su presencia más destacada es en mi tierra, Andalucía. Somos 270.000 gitanos y, como decimos nosotros allí, vamos y estamos donde nos sentimos mejor, sin desmerecer a ninguna comunidad. Conocemos la manifiesta intención del Gobierno popular de trabajar a favor del pueblo gitano y su preocupación por impulsar y apoyar campañas de sensibilización para su inclusión. Muestra de ello el 2 de marzo de 2012 por el Consejo de Ministros se aprobó la estrategia nacional para la inclusión de la población gitana 2012-2020. Las principales líneas de actuación de esta estrategia marcadas por el Gobierno son la educación, el empleo, la salud y la vivienda, los cuatro pilares fundamentales para mejorar la calidad de la vida los gitanos. España ha conseguido la dedicación del 20% del Fondo social europeo para el fomento de la inclusión social en nuestro país. El Gobierno del Partido Popular está ultimando un mapa de la discriminación española y elaborando un plan nacional de acción para la inclusión social. También el pasado 9 abril el Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha la campaña Dosta! —lema en caló—, que significa en castellano basta, que permitirá sensibilizar a la población en general sobre la necesidad de luchar contra los estereotipos existentes sobre la población gitana. **(Rumores)**. Esa es la línea que nos pedían hace unos días de tú a tú el vicepresidente del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y el director de la Fundación del secretariado gitano, la línea del consenso y del acuerdo porque ese es el bien que se busca para el pueblo gitano y, en definitiva, es el bien para todos.

El tema que hoy nos ocupa y nos preocupa es diseñar y desarrollar medidas informativas y formativas para favorecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad entre la población y la comunidad gitana. Es necesario promover hábitos saludables en la población gitana, distinguiendo dos objetivos fundamentales: en primer lugar, mejorar la salud de la población adulta y, en segundo lugar, mejorar el estado de salud en la población infantil. ¿Cómo podemos hacer esto? En el caso de la población adulta tenemos que reducir la obesidad de las mujeres gitanas, que en este caso se encuentran en el 26,4% frente al total de la población española que está en el 15,2. Tenemos también que reducir el tabaquismo entre los hombres gitanos; reducir el número de mujeres gitanas que no han ido nunca a una consulta ginecológica ni tampoco a planificación familiar; controlar el colesterol, las alergias y la depresión, entre otras cosas. Para mejorar el estado de la salud de la población infantil tenemos que reducir el número de accidentes en el domicilio (en las casas, en las escaleras, en los portales); incrementar también la atención bucodental, que se está haciendo ya en muchos ayuntamientos de España; reducir también la obesidad infantil de dos a diecisiete años, por ejemplo con programas que se están desarrollando en ayuntamientos importantes como el de Sevilla, del Partido Popular, donde existe un programa de desayunos saludables para niños escolarizados, al que asisten dieciséis madres gitanas, cuarenta y cuatro menores y que persigue el objetivo de favorecer los estilos de vida saludables a través del fomento de la alimentación saludable y de la higiene en general.

Señorías, es de resaltar que a lo largo de todas las edades y para ambos sexos en la población gitana se presenta una mayor frecuencia de alimentación poco saludable, menor frecuencia en los desayunos completos, menor consumo diario de frutas y verduras y un mayor consumo de azúcares y grasas animales. Al mismo tiempo, las mujeres y los hombres gitanos de todas las edades realizan con menor frecuencia ejercicio físico en su tiempo libre, si lo comparamos con el resto de la población. Es también importante resaltar la dificultad de la comunidad gitana para salir de esa norma, de perder al menos ese patrón, ese ideal de patrón, que ellos tienen como la conducta adecuada para el buen gitano; como ellos dicen, evitan el apayamiento. En definitiva, ahí está la necesidad de potenciar los hábitos saludables entre la comunidad gitana y de pedirles a ustedes el voto positivo para esta iniciativa.

Señorías, si alguien apuesta por las políticas sociales y por las minorías es el Partido Popular. **(Rumores)**. Si alguien invierte en inclusión social es el Partido Popular. Me van a perdonar que hoy personifique en mi cargo como mujer gitana y agradezca a mi partido su confianza, y que sea desde este escaño desde donde les diga que si alguien escucha y da votos y voz también al pueblo gitano es el Partido Popular. **(Aplausos.—Rumores)**.

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

La señora **SUMELZO JORDÁN**: Señorías, la promoción de la salud, enmarcada dentro de la disciplina de salud pública, es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Por esto, y con el objetivo de proporcionar a la población gitana los medios necesarios para conseguirlo, hemos presentado a esta proposición no de ley una enmienda que propone la adicción del siguiente párrafo: Para que el Gobierno, en colaboración con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 22

las comunidades autónomas, fomento y adopte acciones específicas dirigidas a reducir la situación de desigualdad sanitaria de la población gitana de forma prioritaria respecto de la infancia, adolescencia y juventud, incluyendo la perspectiva de género. En el ámbito de la salud de la mujer se contemplará un impulso a la salud sexual y reproductiva en el marco de lo establecido por la Ley Orgánica 2/2010 de 3 marzo.

Esta enmienda, señorías, supone un mayor nivel de compromisos que los que nos plantea el Grupo Popular con su proposición no de ley. Propone una visión integral no proteccionista y que precisa una financiación. Les recuerdo los durísimos recortes presupuestarios a los que se vieron sometidos los planes, aunque la diputada del grupo que apoya al Gobierno nos ha hecho una exposición en la que parece no contemplar o no recordar los durísimos recortes en los Presupuestos Generales del Estado. Actuar sin presupuestar es muy difícil, señorías, por no decir imposible. Hemos presentado esta enmienda porque en el Grupo Parlamentario Socialista compartimos que se desarrollen medidas formativas e informativas, pero —insisto— deben ir acompañadas obligatoriamente por acciones específicas, concretas, y con un presupuesto.

La estrategia nacional, señorías, para la inclusión de la población gitana en España 2012-2020 incorporó objetivos concretos e indicadores de progreso a medio y largo plazo. Ha surgido de un amplio proceso de consulta al planificarse y desarrollarse en colaboración con las comunidades autónomas y entes de la Administración local, así como en consulta con el movimiento asociativo gitano, recogiendo aspectos esenciales para la inclusión de la población gitana. Por tanto, la formación no es suficiente y la información es insuficiente si no va acompañada de acciones específicas y de presupuestos. Por lo tanto, partiendo de la cuestión... ¿Sí, señor presidente?

El señor **PRESIDENTE**: Adelante, por favor.

La señora **SUMELZO JORDÁN**: Disculpe.

Partiendo de la cuestión de identidad y de la cultura gitana, de sus valores, de sus normas y del estrecho vínculo entre las desigualdades sociales y desigualdades en salud, algo está claramente señalado desde los principales organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea, que han señalado que gozan de peor salud que el resto de la población. Si tenemos en cuenta que un porcentaje elevado de la población gitana se encuentra en situación de exclusión o vulnerabilidad social, entenderemos que el porcentaje de la población gitana afectada por la falta de equidad en salud también sea muy relevante.

Señorías, desde nuestro grupo consideramos importantísimo adoptar acciones concretas de forma prioritaria en atención a la infancia, adolescencia y juventud. Recordaba usted problemas de la infancia: la mortalidad infantil es sensiblemente mayor que la de la media nacional; la esperanza de vida para la población gitana todos sabemos que es de ocho o nueve años por debajo de la media —estudios así lo identifican—; en general, entre otros problemas, la vacunación infantil es deficitaria, suele haber un inadecuado seguimiento en los programas de salud; una deficiente alimentación que afecta entre otras cosas a la obesidad. Como le comentaba anteriormente, con formación y con información no se solucionan estos problemas sino que tiene que haber acciones concretas que vayan apoyadas y respaldadas por un presupuesto. También el Grupo Parlamentario Socialista considera que deben adoptarse acciones específicas respecto a la adolescencia y la juventud. Los jóvenes gitanos son un motor de cambio que está contribuyendo a transformar el modelo de vida de la comunidad gitana, siendo por lo tanto un grupo muy permeable en relación con la promoción de la salud.

El señor **PRESIDENTE**: Doña Susana, lleva usted tres minutos y treinta segundos sobrepasados del tiempo. Le ruego que vaya concluyendo.

La señora **SUMELZO JORDÁN**: No puede ser. **(Risas)**.

El señor **PRESIDENTE**: Sí puede ser, tres minutos y cuarenta y tres segundos de más. Siga usted.

La señora **SUMELZO JORDÁN**: Señor presidente, está rojo desde el principio. Hemos empezado con la luz roja; no hemos puesto el tiempo, por eso le he preguntado si ocurría algo. **(Risas.—Rumores)**. No obstante, si puedo terminar...

El señor **PRESIDENTE**: Adelante, por favor.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 23

La señora **SUMELZO JORDÁN**: En el ámbito de la salud de la mujer, el Grupo Parlamentario Socialista considera imprescindible dar un impulso a la salud sexual y reproductiva en el marco de lo establecido por la Ley Orgánica 2/2010 de 3 marzo. En este sentido los datos son objetivos: la escasa utilización de la planificación familiar, la elevada tasa de fecundidad con embarazos y partos a edades muy tempranas y hasta edades avanzadas, así como la escasa prevención de las enfermedades ginecológicas. Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialista considera también necesaria la inclusión de la perspectiva de género en todas las acciones y programas. La ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral y, además, prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal, que siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural busca garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia de la mujer y de la vida prenatal.

Señorías, el Grupo Parlamentario Socialista se abstendrá si no se acepta nuestra enmienda, porque consideramos importante la formación y la información, pero la consideramos insuficiente si no se adquieren mayores compromisos; unos compromisos, insisto, plasmados en acciones específicas que incluyan la diferencia. La cuestión gitana debe ser tratada, señorías, sin paternalismos y sin actitudes asistencialistas, ya que se generarían acciones que no corresponderían a las necesidades y expectativas de la población destinataria. Creemos sinceramente que si avanzamos en este sentido se reforzará el trabajo que hasta ahora se ha realizado y redundará en beneficio de todos los ciudadanos. **(Aplausos)**.

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

La señora **GARCÍA ÁLVAREZ**: Señor presidente, ahora no está el aparatito en rojo, pero no voy a tardar mucho. Nosotros vamos a votar favorablemente en aras del consenso, que desde el Grupo Popular reclaman muchas veces pero que ellos conceden muy pocas; se reclama mucho pero conceden poco en temas tan importantes como el que podamos estar tratando ahora, al que no le quitamos su importancia, por supuesto.

La portavoz del Grupo Popular ha hecho una exposición muy adecuada, me ha parecido buena excepto el final. Al final —perdóneme usted— me parece que, utilizando una expresión muy típica de Madrid —yo no soy de Madrid pero vivo aquí hace muchos años—, se ha pasado usted tres pueblos, cuatro calles y dos poblaciones más. **(Risas)**. Asegurar usted taxativamente que el Partido Popular es el único partido que apuesta por las minorías y por los servicios sociales, señora diputada, con todo mi respeto, no es cierto; insisto, no es cierto. No le voy a quitar ni le voy a poner méritos a lo que pueda hacer el Partido Popular pero en este país ha habido muchas organizaciones políticas gracias a las cuales hay ahora un Estado social importante, y no es precisamente gracias a su ayuda; eso también hay que decirlo porque ha sido así.

Coincido en algo que ha dicho la portavoz del Grupo Socialista. Vamos a votar a favor aun sabiendo que votamos humo, señoría, porque allí donde no hay dinero ni presupuesto detrás lo que se vota es simplemente humo. Probablemente son buenas intenciones pero se quedan en eso. Su responsabilidad es que eso no sea así, porque nuestro apoyo lo va a tener. **(La señora Aguilar Rivero: ¡Muy bien!)**.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Doña Silvia, va a aceptar usted la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista?

La señora **HEREDIA MARTÍN**: No, no la aceptamos. Hemos intentado una transaccional pero no ha habido éxito, así que la dejamos para votarla en sus propios términos.

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

— PARA ASEGURAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001321).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la proposición de ley número 8.º, para asegurar la prestación del servicio de teleasistencia. Es del Grupo Parlamentario Socialista, y para su defensa tiene la palabra don Luis Carlos Sahuquillo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 24

El señor **SAHUQUILLO GARCÍA**: La teleasistencia domiciliaria es un servicio que permite a las personas mayores o personas con discapacidad, con solo accionar el dispositivo que llevan constantemente puesto, entrar en contacto verbal, durante las veinticuatro horas del día de los 365 días del año, con un centro atendido por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada bien por sí mismo o bien movilizándolo otros recursos humanos o materiales propios existentes en la comunidad. Este servicio básico se puede complementar con agendas de usuarios que permitan recordarles la necesidad de realizar una actividad concreta en un momento predeterminado. **(El señor vicepresidente, Román Jasanada, ocupa la Presidencia)**. Con ello se posibilita a las personas mayores y a las personas con discapacidad, que no necesitan atención permanente ni presencial de otras personas, tener la seguridad de que ante una crisis, ya sea a causa de una caída, de una emergencia sanitaria domiciliaria u otra circunstancia de riesgo o peligro, pueden contactar de forma inmediata con el centro de atención, lo que también aporta tranquilidad a sus familias. Además, desde el centro de atención se contacta periódicamente con los usuarios del servicio para hacer un seguimiento permanente, de la misma manera que los usuarios pueden comunicarse con el centro cuando lo estimen oportuno. Se persigue el objetivo fundamental de contribuir a lograr la permanencia de personas vulnerables en el medio habitual, evitando los grandes costes personales, sociales y económicos que el desarraigo del medio conlleva, facilitando el contacto con su entorno sociofamiliar y asegurando la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas para proporcionar seguridad y contribuir decisivamente a evitar ingresos innecesarios en centros residenciales, mejorando la calidad de vida de las personas. Además, de esta manera se puede contribuir a cumplir uno de los principales deseos de las personas mayores que es continuar viviendo en sus domicilio. El 87,4% de las personas mayores prefieren vivir en su casa.

Antes de nada quería enmarcar lo que es y la importancia que tiene este servicio que el Gobierno de España del Partido Popular ha decidido dejar de cofinanciar. El programa de teleasistencia hasta ahora era un programa cofinanciado en un 65% por ciento por el Imsero y en un 35% por las entidades locales, un programa además muy demandado por personas mayores y personas con discapacidad, con riesgo, que viven solas. Los servicios de teleasistencia se han convertido en uno de los más extendidos en los últimos años, más de 400.000 usuarios. Decía el Observatorio de personas mayores que en una de las encuestas del CIS la población española se mostraba significativamente preocupada y que era claramente partidaria de que el Estado protegiese a las personas mayores que viven solas. De las encuestas hechas de satisfacción con el programa de teleasistencia, se destaca el altísimo grado de satisfacción de los usuarios; por ejemplo, en mi comunidad, en Castilla-La Mancha más del 95% se sienten satisfechos.

¿Qué ha ocurrido en estos últimos años? En el último presupuesto que hizo el Gobierno del señor Aznar, en el año 2004, esta partida de teleasistencia tenía una cantidad de 15,7 millones de euros. El último presupuesto del Gobierno socialista del señor Zapatero, en 2011, tenía un presupuesto de 32,1 millones de euros, más del cien por cien de incremento en esos siete años, teniendo además 38 millones de euros de presupuesto algún año como el 2009 o el 2008. ¿Qué ha ocurrido aquí en estos dos últimos años? En los presupuestos que ha presentado el Gobierno del Partido Popular, 2012 y 2013, en el de 2012 se baja de 32,1 millones de euros que había en el año 2011 a 1,9 millones de euros y en 2013 se quita la partida. Es curioso recordar lo que se decía en las comparecencias que hubo en la Comisión de Presupuestos. Por ejemplo el secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, el señor Moreno Bonilla, en la comparecencia de presupuestos para 2012 ponía de manifiesto la importancia de la teleasistencia con palabras tales como —leo textualmente—: La teleasistencia da cobertura en distintos puntos de la geografía española a un mal endémico que tienen muchos mayores, y que es la soledad. Esta era la presentación de los presupuestos de 2012, que hizo el 17 de abril de ese año. En el debate que transcurrió durante ese mismo día más tarde dijo acerca de la teleasistencia, que, como se manifestó preocupación por parte de algunos de los portavoces —se refería a los de la oposición—, dadas las dificultades económicas se han priorizado otros programas, y lo que hemos hecho ha sido mantener reuniones con la FEMP, así como con nuestro grupo parlamentario —se refería al Grupo Popular— con objeto de que en este trámite parlamentario se puedan ampliar los recursos disponibles para la teleasistencia cara al año que viene —se refería al 2013—. Ya sabemos, como le digo, que en 2013 desaparece la partida. Insisto —decía el señor secretario de Estado— en que este es un esfuerzo que se hace desde la Administración General del Estado, pero en las conferencias sectoriales se había manifestado también por parte de algunas comunidades autónomas —dice que no va a señalar cuáles— qué hacía el Estado con ese esfuerzo cuando ya lo hacían las propias administraciones. Estoy convencido de que no pudo ser así. Además decía: Nosotros, como Gobierno de España, tendremos especialmente

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 25

para los pequeños y medianos municipios un plan de atención más personalizado —hemos visto que no es cierto—. Unos meses después, cuando se trajo aquí el presupuesto 2013 y lo presentó el propio secretario de Estado, decía textualmente sobre teleasistencia: Tengo que decir aquí que en el marco de la austeridad presupuestaria no es razonable mantener programas de gasto cuya competencia corresponde a otras administraciones públicas y no al Imserso. Este servicio, a nuestro juicio, debe prestarse por los propios servicios sociales de las administraciones públicas que son competentes. Tengo que decir con satisfacción que las comunidades autónomas y la Administración local cubren el espacio que nosotros hemos tenido que dejar. Yo creo que no es así, y les diré por qué. ¿Qué decían también ustedes cuando debatíamos presupuestos de los años anteriores, por ejemplo durante el debate del presupuesto de 2011 que se hizo el 4 de noviembre 2010, cuando el Grupo Socialista, como les decía, redujo la partida de 34 millones de euros a 32, es decir 2 millones de euros? Decía la portavoz en ese momento del Grupo Parlamentario Popular: Servicios tan importantes para las personas como la teleasistencia, que sirven de apoyo a las personas dependientes que viven en su hogar para que puedan realizar las actividades más elementales de su vida diaria, han visto reducida la dotación en 2 millones de euros. Nos encontramos con una nueva afrenta a este colectivo que, según nuestro parecer, debe ser repuesta —decía pasar de 32 millones que tenía el presupuesto de 2011 a 34 que tenía el año anterior—. Añadía: Entendemos que la mayor parte de nuestros esfuerzos deben ir dirigidos a devolver a los ciudadanos lo que Zapatero les ha quitado. Han sido congruentes a la hora de hacer presupuestos.

Ante la proposición no de ley que presentamos hoy, en la que pedimos textualmente adoptar las medidas necesarias para asegurar la prestación del servicio de teleasistencia con unos adecuados niveles de calidad y cobertura, dotando de la financiación necesaria al programa de teleasistencia, ustedes han planteado, señores del Grupo Popular, una enmienda que no dice nada, y la justifican como si fuera una mejora técnica. Como supongo que la leerá la portavoz del Grupo Popular, verán que no dice nada. Esta enmienda demuestra insensibilidad e hipocresía. Para ustedes, dejar el presupuesto a cero equivale a continuar apoyando las medidas articuladas para asegurar la prestación del servicio de teleasistencia. ¿A quien pretenden engañar? Deben tener la valentía de decir claramente que no creen en la política social, que ustedes apuestan por la beneficencia de antaño o que quieren que un servicio lo pague quien lo pueda pagar.

Señores del Grupo Parlamentario Popular...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Concluya, señor Sahuquillo, por favor.

El señor **SAHUQUILLO GARCÍA**: Voy terminando.

En su enmienda a la PNL le falta lo principal, que es el compromiso de reponer el dinero que el Gobierno del señor Rajoy ha suprimido, es decir esos 32 millones de euros. ¿Por qué? Porque la falta de financiación estatal hace recaer sobre las comunidades autónomas, entidades locales o diputaciones que prestan el servicio el peso económico de este programa, y ello ha provocado dos posibilidades: por una parte, que se incremente exponencialmente la parte financiada que les corresponde a las entidades locales, y por otra, que se implante el copago, como veremos a continuación, o se incremente la aportación de los usuarios donde ya pagaban. Miren ustedes las consecuencias que ha traído la decisión del Gobierno de España: Madrid, Botella extiende el copago a la teleasistencia de los ancianos; Torrejón apaga la teleasistencia, crisis en el copago en la teleasistencia municipal; en la Comunidad Valenciana, Bienestar Social obligará a pagar la teleasistencia a los dependientes; el Gobierno de De Cospedal cobrará la teleasistencia al 80% de los usuarios en la provincia de Cuenca; en Santander el ayuntamiento anuncia que los usuarios tendrán que pagar por la teleasistencia; en Alicante el Gobierno quita la ayuda a 10.000 usuarios de la teleasistencia; en Plasencia los recortes en teleasistencia...

El señor **VICEPRESIDENTE** (Roman Jasanada): Señor Sahuquillo, lleva un minuto y medio por encima de su tiempo.

El señor **SAHUQUILLO GARCÍA**: Voy terminando.

...obligan a 150 mayores a pagar el servicio; el Ayuntamiento de Almería introduce el copago en el servicio de teleasistencia; o en Málaga, los recortes obligan a los ancianos de Málaga a solicitar otra vez la teleasistencia. Por tanto, estos recortes suponen que recaiga sobre los usuarios y sobre las entidades que tengan sensibilidad la mayor carga de estos 32 millones de euros que había en 2011 y que en tan solo dos años el Grupo Popular, con su apoyo, ha permitido que el Gobierno de Rajoy lo haya quitado.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 26

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Hay una enmienda del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra la señora Iglesias.

La señora **IGLESIAS FONTAL**: Señor presidente, intervengo en nombre del Grupo Parlamentario Popular. Durante varios ejercicios presupuestarios el Imserso ha venido potenciando e impulsando a través de sus presupuestos el programa de teleasistencia domiciliaria a desarrollar por comunidades autónomas y corporaciones locales, quienes son competentes en la materia, a través de un convenio-marco suscrito. Actualmente, a través de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en su catálogo de servicios para atender estas situaciones se incluyen, entre otros, el servicio de teleasistencia domiciliaria. Por otro lado, en el marco de las leyes de servicios sociales de las comunidades autónomas, así como en la Ley de Bases de Régimen Local se contempla la competencia del municipio en la prestación de servicios sociales, entre los que se encuentra la teleasistencia domiciliaria para atender a aquellas personas que lo necesitan y que cumplen los requisitos para ello. Por tanto, al objeto de evitar duplicidades entre las distintas administraciones públicas y aplicando un criterio de racionalización y de eficacia administrativa en la distribución del presupuesto, la prestación de la teleasistencia domiciliaria debe ser contemplada en el marco competencial anteriormente descrito. Por ello, el Grupo Popular ha presentado una enmienda alternativa sobre la cual nos gustaría contar con el apoyo de todos los grupos, aunque ya vemos que no va ser posible por parte del grupo proponente. Para pedirles este apoyo me voy a basar en hechos reales y objetivos, es más, reflejados algunos incluso en un boletín oficial, concretamente en el Diario Oficial de Galicia y por ello quizás no conocidos en profundidad en esta Cámara. Además, apelo de antemano a la coherencia política de los grupos para solicitar el apoyo del grupo proponente, en especial del Grupo Socialista.

En el año 2008, la Comunidad Autónoma de Galicia aprobó la Ley de Servicios Sociales y en su exposición de motivos ya se dice que es necesario un reparto de competencias para que el Estado del bienestar no se tambalee. Y no solo esto, en 2007 quien era director general de Acción Social de la Xunta de Galicia se dirigió en una carta por escrito a los ayuntamientos y a las diputaciones, en la que se les exponía que en el año 2008 la Comunidad Autónoma gallega no participaría en este convenio. La importancia de esta actitud gubernamental radica no tanto en lo que se legisla, si no en quién lo legisla y esta legislación no fue parida por un Gobierno autonómico del Partido Popular, sino por un Gobierno autonómico de coalición entre PSOE y Bloque Nacionalista Galego. Aún más, esta legislación se remonta a los años 2007 y 2008, y conviene recordar que por aquel entonces España —en palabras del señor Rodríguez Zapatero— jugaba en la Champions League, quien además se atrevía a decir que España tenía un sistema financiero fuerte y potente, el mejor de Europa. Solo se me ocurre decir que qué lástima de tiempo perdido.

Por si todavía no les he convencido en apelar a su coherencia política, les voy a dar un ejemplo más, solo uno para no aburrirlos. El Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno Socialista no había pagado las cuotas a la Seguridad Social de los cuidadores de dependientes y ha sido el Gobierno del Partido Popular el que ha sufragado dicha deuda consignando en los Presupuestos Generales del Estado de 2013 los más de 1.000 millones de euros que se adeudaban. **(La señora Aguilar Rivero: Es falso)**. Por último, apelo también a su sentido común, ya que únicamente es necesario aplicar el más común de los sentidos para entender que hay que evitar a toda costa las duplicidades entre las administraciones públicas, algo que algunos organismos lo están aplicando y muy bien, como es el caso de las diputaciones de A Coruña y de Ourense, ambas gobernadas por el Partido Popular, que sufragaran al cien por cien el servicio de teleasistencia para los ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes. No ocurre así con la Diputación de Lugo, gobernada por el Partido Socialista, que solo sufraga el 50% y en cierto modo obliga a los ayuntamientos a sufragar el 50% restante. **(La señora Aguilar Rivero: Eso es falso.— Rumores)**. Repito, les pido de nuevo el apoyo en aras de aportar un grano de arena a la ingente tarea que supone poner un poco de orden a todo este desatino que supone pagar lo que se debe y no estirar los pies más allá de la manta. En definitiva, les pido que aporten su grano de arena en aras de mantener el Estado del bienestar.

Por último, que cada grupo haga su propio examen de conciencia para saber hasta dónde ha llegado su responsabilidad en esta situación. No les pido que lo expresen públicamente, solo les pido que lo hagan, lo interioricen y actúen en consecuencia. **(Aplausos.—Un señor diputado: ¡Muy bien!)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): ¿Grupos parlamentarios que quieran fijar posición? **(Rumores)**. Por favor, no entremos en conversaciones. ¿Grupos parlamentarios que quieran fijar posición? **(Denegaciones)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 27

— SOBRE RESTABLECIMIENTO DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA Y PRIMEROS AUXILIOS EN LOS AEROPUERTOS DE AENA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/001412).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Vamos a la última proposición no de ley, que es la 9.^a, sobre el restablecimiento del servicio de enfermería y primeros auxilios en los aeropuertos de AENA, del Grupo Parlamentario Mixto. Tiene la palabra la señora Jordà.

La señora **JORDÀ I ROURA**: Intervendré del modo más telegráfico posible. En fecha 16 julio, AENA suprimió el servicio de asistencia sanitaria que proporcionaba la enfermería del aeropuerto de Girona-Costa Brava. Su cierre ha supuesto el desmantelamiento de las dependencias dedicadas a este fin en la terminal, pero no solo esto, también ha supuesto el despido de los técnicos sanitarios y a la vez la retirada de los recursos con que estaba dotada la instalación. Todo ello ha comportado básicamente dos cosas: la primera, la pérdida de los primeros auxilios —importantísimo— y la segunda, la atención médica inmediata... (**Rumores**).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Ruego que no hagan comentarios. Quien quiera hablar que salga fuera de la sala para que todos podamos escuchar a la interviniente.

La señora **JORDÀ I ROURA**: Decía que todo esto ha comportado dos cosas básicamente: la primera, la pérdida de los primeros auxilios, que no es poco importante, y la segunda, la atención médica inmediata tanto al personal del aeropuerto como a los más de 5 millones de pasajeros que pasan por esta instalación. Esta situación que estoy exponiendo que pasa en el aeropuerto de Girona-Costa Brava, no es única. De hecho, se ha reproducido en Fuerteventura, Bilbao, Asturias, Alicante, Ibiza, etcétera. Para conocer los efectos que ha tenido tal medida solo cabe buscar en las hemerotecas. La mayoría de noticias relacionadas con esta medida nos hablan sobre tiempos de espera para que diversos pacientes fueran atendidos por servicios médicos externos, porque los servicios médicos del aeropuerto estaban extinguidos. Esta claro que los efectos de esta medida son absolutamente nocivos.

La eliminación de los servicios médicos en los aeropuertos deja sin asistencia inmediata a los pasajeros y también a los trabajadores de las instalaciones y sin ningún tipo de vigencia la política de asistencia sanitaria en los aeropuertos españoles, que aprobó en este caso AENA en el año 2007 y que a la vez establecía para los aeropuertos con tráfico entre uno y ocho millones de pasajeros la presencia de personal sanitario en las instalaciones, con la posibilidad de establecer convenios o acuerdos con centros o entidades sanitarias locales solo en periodos de baja intensidad. Esta política de asistencia sanitaria era uno de los parámetros que permitían conocer la calidad de los aeropuertos españoles, que ahora queda en entredicho.

Dicho esto, cabe decir que después de una inspección de trabajo en el aeropuerto de Girona, a instancias del comité de empresa, en este caso de UGT, AENA ha habilitado una sala de primeros auxilios para los trabajadores del aeropuerto, después de comprobar que el cierre de la enfermería había comportado graves deficiencias para los mismos trabajadores. Así pues, y fruto de esta inspección de trabajo, se ha habilitado un local destinado a los primeros auxilios, que está equipado solamente con una litera, con un botiquín y con agua potable. Se cumple, esto también cabe decirlo —cuando se presentó la PNL ni tan siquiera teníamos esto, pero ahora sí, y por eso lo explico—, mínimamente el requerimiento de la inspección de trabajo. Dicho esto, y acabo, la PNL sigue evidentemente viva. Por lo tanto, pedimos el restablecimiento con carácter inmediato de los servicios de asistencia sanitaria en los aeropuertos internacionales en los que se ha eliminado este servicio. Como mínimo, en los que tienen más de un millón de pasajeros anuales, con la voluntad de mantener los ratios de calidad y servicio establecidos con la política de asistencia sanitaria en los aeropuertos españoles que aprobó, como ya he dicho, AENA en el año 2007 y de acuerdo con las normas fijadas en el manual de facilitación de la Organización de Aviación Civil Internacional.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): A esta proposición no de ley hay presentada una enmienda del Grupo Socialista. Inicialmente la iba a defender el señor Sáez, que no se encuentra en este momento. (**Pausa**). Se da por defendida esta enmienda.

¿Grupos que quieren fijar posición? (**Pausa**). Por el Grupo Parlamentario Popular, señora Susinos, tiene la palabra.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 28

La señora **SUSINOS TARRERO**: Como usted acaba de indicar en su intervención, en los aeropuertos gestionados por AENA con un volumen de entre un millón y ocho millones de pasajeros al año existía un servicio de asistencia sanitaria que se prestaba a través de una empresa contratada, en la mayoría de los casos. Cuando los contratos han ido finalizando, teniendo en cuenta que dicha contratación no se exige legalmente, conociendo además la situación económica tan difícil que estamos viviendo en estos momentos que nos exige racionalizar los gastos, no se ha contratado nuevamente este servicio. AENA Aeropuertos cumple con la normativa que establece la Organización de Aviación Civil Internacional en materia de asistencia sanitaria en los aeropuertos, tanto en lo relativo a primeros auxilios como acuerdos para traslado de urgencias a centros médicos. El Estado español, firmante del Convenio de Aviación Civil Internacional, garantiza la atención primaria de urgencia y el transporte sanitario de urgencia mediante el régimen general de la Seguridad Social y en los aeropuertos gestionados por AENA queda garantizada esta atención tanto para pasajeros como para trabajadores. Los aeropuertos gestionados por AENA cuentan con 270 columnas de rescate cardíaco, con desfibriladores semiautomáticos externos repartidos a lo largo de los edificios terminales de los distintos aeropuertos. Los desfibriladores están considerados como la mejor herramienta médica para actuar a tiempo ante una parada cardiorrespiratoria. Además de estas 270 columnas, también cuentan con personal formado adecuadamente para el manejo del mismo, así como con formación en primeros auxilios.

Señorías, los aeropuertos afectados por la supresión de este servicio lo comunicaron oportunamente en su momento al responsable del servicio de emergencias médicas de la provincia correspondiente para facilitar la coordinación en caso de necesidad de asistencia o de evacuación, para poder adecuar los recursos disponibles a la nueva situación, quedando garantizada la atención por parte del servicio de emergencias 112 o 061. Respecto a los trabajadores, la atención médica de urgencias está cubierta igualmente a través de la asistencia prestada por el servicio sanitario público de cada comunidad autónoma, mediante la llamada a los mismos números mencionados anteriormente. Todos los trabajadores han sido informados de cómo deben actuar, con el objeto de facilitar la coordinación y las acciones a realizar, tanto si el suceso se produce en tierra como en aire.

Señorías, desde el Grupo Parlamentario Popular no vamos a apoyar su proposición no de ley, y no la vamos a apoyar porque las medidas adoptadas recientemente se basan en la búsqueda de la máxima eficiencia en un momento de grandes dificultades económicas, pero siempre dentro del cumplimiento de la legislación aplicable. Porque, como les decía anteriormente y les vuelvo a reiterar, AENA Aeropuertos cumple con la normativa que establece la Organización de Aviación Civil Internacional y además está garantizada la atención primaria de urgencia y el transporte sanitario de urgencia, tanto para pasajeros como para trabajadores. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Finalizado el debate del orden del día, en dos minutos procederemos a la votación. Se suspende la sesión momentáneamente. **(Pausa.-El señor presidente ocupa la Presidencia)**.

El señor **PRESIDENTE**: Señoras y señores diputados, vamos a proceder a las votaciones. Votamos, en primer lugar, la proposición número 1, del Grupo Parlamentario Socialista, con la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

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

Votamos el punto segundo, proposición no de ley del Grupo Parlamentario de Unión Progreso y Democracia, en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 23.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos la transaccional de los puntos 3 y 10 de las dos proposiciones no de ley en relación con el sida.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 23.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 316

8 de mayo de 2013

Pág. 29

Votamos el punto número 4, relativo a la declaración de 2013 como Año de la Biotecnología en España, en sus propios términos.

Efectuada la votación, dijo

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

Proposición no de ley número 5, del Grupo Parlamentario Popular. Hay una transaccional, que no es necesario leer. Se vota la transaccional.

Efectuada la votación, dijo

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

Proposición no de ley número 6, en relación con la talidomida. Autor, el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). Votamos la transaccional.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 23.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

La proposición no de ley número 7, del Grupo Parlamentario Popular, en relación con la población gitana, se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 27; abstenciones, 14.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley número 8, en relación con teleasistencia. Autor, el Grupo Parlamentario Socialista. En sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 23.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Por último, la proposición no de ley número 9, del Grupo Parlamentario Mixto, sobre el restablecimiento del servicio de enfermería y primeros auxilios en los aeropuertos de AENA. En sus propios términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; en contra, 23.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Muchísimas gracias a todos. Se levanta la sesión.

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