



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

Año 2014

X LEGISLATURA

Núm. 652

Pág. 1

## **SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MARIO MINGO ZAPATERO**

Sesión núm. 28

celebrada el martes 7 de octubre de 2014

Página

**ORDEN DEL DÍA:**

Comparecencia de la señora directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación (Vinuesa Sebastián), para informar sobre las actuaciones del Gobierno para repatriar al padre Miguel Pajares, enfermo de ébola, desde Liberia. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 212/001716) .....	2
<b>Proposiciones no de ley:</b>	
— Sobre las ayudas a la dependencia en el territorio valenciano. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/000945) .....	26
— Sobre la regulación de los cigarrillos electrónicos. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió). (Número de expediente 161/002067) ...	30
— Sobre la elaboración de un programa estatal estatal de prevención y diagnóstico precoz del VIH/SIDA. Presentada por el Grupo Parlamentario de Unión Progreso y Democracia. (Número de expediente 161/002226) .....	30
— Relativa a la participación de los pacientes en la consecución del Pacto de Estado por la Sanidad. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002806) .....	34
— Sobre la atención a los enfermos de hepatitis C. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002860) .....	38
— Sobre el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Presentada por el Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural. (Número de expediente 161/002941) .....	41

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 2

Ratificación de la ponencia designada para informar sobre:

- Proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales. (Número de expediente 121/000096) ..... 43

Aprobación con competencia legislativa plena, a la vista del informe elaborado por la ponencia sobre:

- Proyecto de ley por la que se crea el Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales. (Número de expediente 121/000096) ..... 43

Se abre la sesión a las diez de la mañana.

**COMPARECENCIA DE LA SEÑORA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN (VINUESA SEBASTIÁN), PARA INFORMAR SOBRE LAS ACTUACIONES DEL GOBIERNO PARA REPATRIAR AL PADRE MIGUEL PAJARES, ENFERMO DE ÉBOLA, DESDE LIBERIA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 212/001716).**

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión número 28 de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. El primer punto del orden del día es la comparecencia de la Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación para informar sobre las actuaciones del Gobierno para repatriar al padre Miguel Pajares, enfermo de ébola, desde Liberia. Para ello contamos con la presencia de doña María Mercedes Vinuesa Sebastián, a la que le doy inmediatamente la palabra. Señora directora general, tiene usted la palabra.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN** (Vinuesa Sebastián): Comparezco ante ustedes esta mañana a solicitud del Grupo Popular para actualizarles los datos relativos al ébola en África y las actuaciones que ha llevado a cabo España desde el ámbito de la salud pública. Agradezco especialmente que sea hoy, tras los últimos acontecimientos, porque se nos ofrece la oportunidad de comentar y explicar en esta Cámara cuáles son los últimos datos e informaciones que tenemos acerca del caso que se ha detectado y notificado ayer.

En primer lugar voy a dar una actualización epidemiológica de este evento. Partimos de una base en la cual el ébola es un virus que se transmite no con demasiada facilidad, ya que tienen que darse una serie de condiciones especiales que garanticen un contacto directo con los fluidos corporales. En los países con buenas condiciones de vida como en el resto de los países europeos, como España, los expertos de OMS no esperan que tenga un gran impacto. En África se están produciendo en este momento dos brotes por virus ébola, la Organización Mundial de la Salud así lo ha notificado. El primero de ambos se notifica en agosto el 2014 —es una declaración de brote de interés internacional— y a continuación se declara el que aparece en la República del Congo. Voy a ir esbozándoles algunas de las consideraciones.

Los dos brotes están producidos por el virus ébola, por la cepa Zaire; se trata de linajes diferentes aunque es la misma cepa. Quiero destacar que los datos que tenemos de la OMS ofrecen una tasa de fallecimientos globales de un 46%, naturalmente vinculada a las condiciones y a las circunstancias en las cuales se está desencadenando el brote. El 22 marzo el Ministerio de Sanidad de Guinea Conakry notifica a la OMS el primer brote de enfermedad por virus ébola. Las investigaciones epidemiológicas retrospectivas nos indican que este brote se inicia probablemente en el mes de diciembre en un área rural, en la parte más oriental del país, y posteriormente se traslada a la capital, en la parte oeste. Tras la aplicación de las primeras medidas de control, el número de casos desciende a finales de abril pero posteriormente se produce un aumento con la aparición de casos en Sierra Leona y Liberia, que están situados al sur de Guinea, con lo cual se inicia justamente en la zona próxima adonde comienza el brote en Guinea Conakry. En la actualidad este brote continúa creciendo. No hay indicios de que en la actualidad la epidemia esté controlada en estos tres países, de que la transmisión comunitaria esté controlada. La tendencia creciente de la epidemia continúa siendo en Sierra Leona y en Liberia, y parece un poco más detenida, un poco más estable en Guinea Conakry. Les comentaré varias pinceladas de cada uno de estos tres países. En Guinea, como les digo, la situación se ha estabilizado en estas últimas semanas. Se han notificado 1.157 casos —estos son los últimos datos que tiene la OMS—, con 710 defunciones. Muestran un ligero

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 3

descenso en este incremento; sin embargo, ha habido un incremento en la capital, en la zona más occidental del país. La transmisión, como digo, permanece estable y moderada aunque nueve distritos en los que previamente se habían confirmado casos no se han notificado por ahora. En Liberia se han notificado un total de 3.696 casos hasta hoy, incluyendo 1.998 defunciones. En esta última semana sigue habiendo un gran número de casos nuevos sin que decrezca la tendencia; sigue habiendo transmisión activa en estos últimos veintidós días, que es el período de incubación de la enfermedad, y en todos los distritos salvo en dos sigue creciendo el número de casos nuevos. En Sierra Leona la situación continúa con un aumento del número de casos confirmados también en las últimas semanas: se han detectado 2.304, incluyendo 622 defunciones. Trece de los quince distritos del país, igual que ocurría en Liberia, tienen transmisión activa en esta última semana. Además hay dos zonas en Guinea y en Liberia próximas a Costa de Marfil, la zona más oriental, en las que ha aparecido algún caso nuevo en esta última semana.

Les daré ahora unas pinceladas de lo que ha representado la transmisión en Nigeria, en Senegal y en Estados Unidos. El 30 julio Nigeria confirma la detección de un caso probable de enfermedad de virus ébola. Todos los casos que se han notificado tras este primero tienen relación con él. El brote se extendió probablemente desde la capital, desde donde viajó un paciente hasta Lagos; es un ciudadano que importó la enfermedad, ya que había tenido relación con un paciente que había muerto por virus ébola, y lo trasladó después hacia otra zona del país, hacia Port Harbour por una persona con la que había contactado, que era un médico que le había atendido, y hubo innumerables contactos después con este médico. Ahora mismo todos los contactos han completado el primer periodo de incubación, los primeros veintidós días —esto es muy importante—; si continúa en los siguientes veintidós días, el siguiente periodo de incubación, que termina el día 17 de octubre, la OMS podrá declarar que el país queda libre de ébola. En Senegal el Ministerio de Salud anuncia el 27 de agosto el primer caso de virus ébola. Se trata de un estudiante de veintidós años, que procedía de Guinea Conakry y viaja hasta Senegal; se escapó de donde estaba vigilado. Todos los contactos han completado su primer periodo de incubación, los primeros veintidós días; se han iniciado ya los segundos veintidós días de este periodo de incubación, y no ha habido más transmisión local, por lo que se espera que después de este periodo de seguridad, que finaliza esta semana, el 8 de octubre, si no hay ningún cambio, pueda ser declarado también libre de ébola. En Estados Unidos, como saben, el 30 de septiembre se confirma un caso importado de virus ébola. Es un adulto, con antecedentes de viaje reciente a Liberia, que regresa el 20 de septiembre y muestra los síntomas el 24. Acude al hospital el 26 y hasta el 28 no se implantan las medidas de aislamiento. Por tanto, todos los contactos que han sido encontrados hasta este momento están siendo evaluados. Durante el viaje el departamento de Salud de Texas no toma ninguna otra medida sanitaria, puesto que durante este tiempo no tenía ninguna sintomatología; pero sabemos que esta enfermedad durante el periodo que no tiene sintomatología no es transmisible. La única recomendación de Estados Unidos a todos los sanitarios es que lo busquen activamente; que estén muy atentos en este departamento; a los ciudadanos les da la información de cómo se transmite, por contacto directo con los fluidos corporales o con fómites, por objetos contaminados.

Según el último informe de la OMS y en global, hay declarados 7.178 casos, con 3.338 fallecimientos. Hasta el 28 de septiembre se registran 377 trabajadores sanitarios que han desarrollado la enfermedad, de los cuales 216 han fallecido, un 57%. La tasa de letalidad ha ido descendiendo a lo largo de la epidemia, sin embargo ven globalmente es un poco más alta en los trabajadores sanitarios que en el resto de la población. Sobre el terreno, y fundamentalmente al principio, los dispositivos que tenían para atender a los pacientes con ébola eran insuficientes, trabajaban durante mucho tiempo y en unas condiciones realmente heroicas, por esa razón tenemos una tasa de fallecimientos más alta en los trabajadores sanitarios, sobre todo, como les digo, en un principio del brote. La letalidad global, como les digo, es del 46%, aunque hay que esperar la evolución de los casos; hay que esperar todos los cierres que se van haciendo cada semana para realizar todos los cálculos y estimaciones. Este es el brote de mayor magnitud que ha habido de los destacados hasta ahora. El anterior se registra en Uganda en 2000 y afecta a 425 casos. Esto les da idea de la importancia que tiene este brote en este momento.

En relación con el segundo brote, quiero hacer algunas matizaciones. Aparece en la República del Congo y se notifica el 26 de agosto. Aparece en la provincia de Ecuador, donde empiezan a detectarse un número inusualmente elevado de gastroenteritis febriles. Hay una investigación que inicia la OMS con el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta y Médicos sin Fronteras. Concluyen que hay una serie de muertes —trece— y una serie de casos —veinticuatro— que encuentran y que cumplen la definición de caso de ébola; así es cómo se determina. Como saben, se inicia con una mujer embarazada que prepara un animal salvaje que había cazado su marido. El contacto con esta sangre fresca es lo que la hace

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 4

contaminarse. La mujer está embarazada y fallece. Posteriormente, dadas las costumbres funerarias de la zona, no se puede enterrar a una mujer embarazada, con lo cual se le hace la cesárea *post mortem* y se contamina gran parte del personal sanitario que hace la cesárea, además del resto de las personas que preparan el cadáver con el rito funerario de la zona. Las muestras se analizan en los laboratorios de Kinsasa y Gabón. Así aparece y se detecta. Hay unos ochenta contactos, aunque en ninguno se registra ninguna historia de haber viajado a África occidental, al origen del otro brote ni de haber contactado con nadie que haya venido de esa zona. En la secuenciación genética, como les he comentado, se observa que está implicada también la cepa Zaire, aunque es de un linaje diferente y autóctono relacionado con brotes anteriores de los que ha habido en ese momento. Por tanto, es un brote diferente al que ocurre en África occidental. Hasta el 28 de septiembre se han notificado setenta casos, ocho de trabajadores sanitarios, y se han producido cuarenta y dos fallecimientos. Es un 60% de letalidad la que tiene este brote, que es mucho más incipiente, está mucho más en el inicio. Se están siguiendo casi 300 contactos. Todos los casos han sido localizados en la misma provincia, en Ecuador.

Les voy a dar cuenta ahora brevemente de las actuaciones que ha hecho la OMS desde el comienzo de la declaración. Los días 6 y 7 de agosto se reúne el Comité de emergencias convocado por la directora general de la OMS, Margaret Chan, al amparo del reglamento sanitario internacional y el día 8 se declara que este brote, el de África occidental, supone una emergencia de salud pública de importancia internacional. El 22 de septiembre se vuelve a reunir ese comité y mantiene todavía la declaración de brote, que es la situación en la que nos encontramos. Según indica la OMS el resto de los Estados deben elaborar recomendaciones para minimizar los riesgos que esto supone para la población, sobre todo para los viajeros que se desplazan a la zona. Deben estar preparados para detectar e investigar, para informar a la población y para facilitar la repatriación de cualquier ciudadano que haya podido estar expuesto al virus. Hasta ese momento, como saben, han sido varios los países que han repatriado además de España, como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Francia, Suiza y Noruega. Desde la primera repatriación en agosto desde Liberia España ha repatriado de Sierra Leona un segundo caso el lunes 22 de septiembre que falleció el 25 de septiembre.

La evaluación del riesgo para España —es una cuestión de particular importancia— se hace desde el Ministerio de Sanidad con la colaboración de las comunidades autónomas y se actualiza cada semana con toda la información disponible, tanto del país como externa. La evaluación general para un país como España —igual que sucede en otros países— es de riesgo muy bajo. Cara a la población quiero decir que España no recibe vuelos comerciales directos de los tres países donde hay una diseminación mayor. (Guinea, Liberia y Sierra Leona), únicamente recibimos cuatro vuelos semanales de Lagos (Nigeria). Además, el sistema sanitario español es robusto y está perfectamente capacitado para la detección de los potenciales pacientes y su atención, así como para la prevención y control de la infección, tal y como se ha demostrado en todos los años de su historia. Asimismo, se ha elaborado un protocolo de actuación conjunto al hilo de las recomendaciones de la OMS y del CDC. Además, se ha elaborado información que está colgada en la página web y se actualiza cada semana para la población y para los profesionales sanitarios. España tiene un importante flujo aéreo con Senegal, lo que nos ha hecho extremar las medidas de control y seguridad aunque, como les acabo de decir, sabemos que allí la situación está muy controlada. Si todo sigue igual, a día de hoy está próximo a declararse país libre de ébola, pero aun así mantenemos una alerta extraordinaria en fronteras. Para todos los residentes y viajeros a las zonas afectadas se han elaborado recomendaciones, que el Ministerio de Asuntos Exteriores también ha transmitido. Además de colgarlas en la página web, se distribuyen a todas las comunidades autónomas, a las delegaciones de Gobierno y a los centros de vacunación internacional para que puedan ser entregadas a todas las personas interesadas en un viaje. Respecto a los profesionales, que es el principal grupo de riesgo, está demostrado que manteniendo una adherencia estricta a los procedimientos de control se minimiza muchísimo la probabilidad de infección.

Les voy a dar unos *flashes* de información de las medidas concretas en salud pública que se han ido tomando. Primero mencionaré el marco de la sanidad exterior, es decir los puntos de frontera. ¿Qué es lo que hemos hecho? Se ha hecho un procedimiento de trabajo para el control de todos estos puntos. Siguiendo en todos los casos, como les digo, las recomendaciones que hace el Centro de Control de Enfermedades Europeo y la OMS, todos los países han elaborado su propio procedimiento. Es muy diferente lo que ocurre en Bélgica o Francia, que reciben vuelos directos, que lo que ocurre con España; no obstante, tenemos implantado un procedimiento para atender a toda esta demanda y para hacer el control de manera eficiente. Se realiza una vigilancia activa de los vuelos comerciales programados

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 5

—como les digo, de los vuelos directos que recibimos— y de los vuelos no programados, solicitando proactivamente la declaración de la aeronave o de los buques. Hay unas instrucciones específicas que se han consensuado y que ha distribuido también AENA. Hasta este momento, se han controlado cincuenta y dos vuelos —no he contado el de esta mañana—; en doce ha habido que intervenir pero, como resultado, no habido ningún caso de sospecha. Son muchas las intervenciones, pero sirven para despejar todas las dudas, todos los miedos y todas las situaciones de alerta que se producen en este momento. En los buques ha ocurrido lo mismo, se han controlado cuatrocientos tres buques. Ha habido que hacer una atención directa en dos ocasiones y ha quedado definitivamente descartado en todos los casos. Se han elaborado carteles y notas informativas, que se colocan en los aeropuertos pensando en los viajeros que tengan una conexión indirecta, que vengan fundamentalmente a través de otros países europeos, en cuyos aeropuertos hay también recomendaciones e información, además del control de salida que sufren todos los pasajeros cuando salen de la zona afectada. Se han elaborado también unas notas informativas que se entregan a todos los viajeros y tripulaciones que llegan a España de los vuelos directos para que sepan cómo tienen que proceder una vez que provienen de esta zona; si en los veintidós días siguientes tienen alguna sintomatología compatible con el virus ébola, se les da específicamente: tienen que dirigirse a su servicio de salud y se les da un número de teléfono para que puedan hacerlo con toda facilidad. No está autorizada, como puede imaginarse, la importación en toda la Unión Europea de productos cárnicos de los países afectados y, además, se ha realizado un documento con información general para viajeros y mercancías, que se ha distribuido en las delegaciones de Gobierno y que está en la página web.

Otras medidas para los viajeros internacionales han sido la recomendación que aparece el Ministerio de Asuntos Exteriores y que está colgada también en la página web del Ministerio de Sanidad, la información permanente, los centros de vacunación. Hay ciento un centros de vacunación, desde los que se transmite igualmente esta información. Hasta la fecha hemos transmitido cincuenta comunicaciones para que tengan información al día de cómo va ocurriendo todo. Además, para la colonia española se han elaborado recomendaciones. Hemos hablado con los embajadores o con los cónsules para que tengan información directa. Hay una línea directa con la Subdirección de Sanidad Exterior para que puedan formular todas cuantas preguntas, sugerencias e inquietudes tengan en este momento. Hemos abierto esa vía porque es fundamental para ellos conocer exactamente qué es lo que está ocurriendo y qué es lo que pueden hacer en un determinado momento. Por otro lado, se ha elaborado, como les decía, un protocolo de actuación para los servicios de salud ante la sospecha de virus ébola, en colaboración con las comunidades autónomas y las sociedades científicas —fundamentalmente las de enfermedades infecciosas, todas las de salud laboral, la de medicina preventiva, las de unidades de cuidados intensivos, tanto de adultos como pediátricos—. Es un protocolo que sirve para actuar ante la sospecha de un caso para el control de los contactos. Quiero aprovechar para agradecer aquí públicamente el trabajo no solo ágil sino comprometido que se ha desempeñado por las sociedades científicas durante el mes de agosto, así como por los servicios de salud, que ya estábamos implicados haciéndolo.

El Ministerio de Sanidad cuenta en todo momento con la información directa de OMS, de ECDC. También cuenta con un registro de cooperantes españoles. Asimismo, nos hemos puesto de acuerdo con las ONG más importantes (Cruz Roja, Médicos sin Fronteras). Hay un registro para que en los veintidós días siguientes a la llegada del cooperante a España tengamos información de él y exista una vía de información a través del ministerio a la que dirigirse si tiene duda, además de a su servicio de salud; y, sobre todo, es preciso que como país tengamos la información recogida de las importantes ONG que están ahora mismo operando sobre el terreno, y que tienen más personas, para que puedan disponer todos los medios a su disposición. Además, el día que finaliza su periodo de incubación —el día veintiuno— siempre hay una llamada para conocer exactamente que ha terminado y que están con buena salud.

Para garantizar la coordinación con el ministerio a nivel nacional, hemos estado en contacto fundamentalmente con los ministerios de Defensa, de Asuntos Exteriores, de Fomento y de Administraciones Públicas, aparte de con todas las estructuras de salud pública de las comunidades autónomas y de las delegaciones de Gobierno, desde los consejeros y directores de salud pública a los diferentes grupos técnicos. Se reúnen el de salud laboral, la ponencia de alertas, el Instituto de salud Carlos III —que es el aliado fundamental en este caso para la realización de todas las muestras de control, ya que ellos son los líderes no solo en la realización sino en marcar las pautas—; y, finalmente, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. En el plano internacional, como les he dicho además de la OMS, del CDC, de la Comisión Europea —les voy a mencionar algunos grupos, a los cuales el Ministerio de Sanidad también ha sido invitado— está la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil para la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 6

Cooperación Internacional. Todo esto se ha volcado y actualizado la página web del ministerio para que esté a su disposición.

En cuanto a reuniones y comunicaciones, ha sido ingente el número de reuniones que hemos tenido; buscamos una comunicación permanente, tanto con reuniones físicas como por videoconferencia, así como comunicaciones por escrito. Hay un grupo de coordinación, que es el que se ha reunido varias veces, presidido por la ministra; también participan el Ministerio de Asuntos Exteriores, el de Defensa, las comunidades autónomas, fundamentalmente la de Madrid y la de Valencia —esta en algún otro momento—. Es un grupo de coordinación que se ha reunido ante situaciones especiales. También hemos tenido reuniones periódicas con medios de comunicación y con grupos de organizaciones internacionales sanitarias —fundamentalmente, el Comité de Seguridad Sanitaria que es el que nos es más próximo—, además de con los mecanismos de protección civil a los cuales nos han invitado.

La comunicación no solo es permanente con todas las comunidades autónomas sino que ha sido muy fluida. Hemos tenido que trabajar semanalmente. Nos reuníamos la Comisión de Salud Pública, tanto directores como técnicos, para estudiar a la vez todos los documentos de trabajo. Teníamos un protocolo de actuación que ya habíamos elaborado en abril y lo hemos ido actualizando en la medida en que las organizaciones internacionales, fundamentalmente ECDC, hacían sus recomendaciones. Por esto, es necesario que mantengamos activos todos estos grupos de trabajo que, como les digo, al principio han sido semanales y ahora son quincenales. De hecho, hoy mismo tengo la Comisión de Salud Pública a las doce. El Instituto de Salud Carlos III y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene también son grandes aliados a la hora de las recomendaciones. Las comunicaciones que se han mantenido con los ministerios y con las sociedades científicas —hoy mismo tengo una reunión con sociedades científicas— han sido permanentes, no solamente por audioconferencia sino presenciales, para ir viendo todas las impresiones y recoger cuáles son sus inquietudes y a lo largo del tiempo, a lo largo del desarrollo del brote, como profesionales, cuáles son las incidencias que debemos tener en cuenta y que debemos remarcar a la hora de la asistencia o la atención de los casos de sospecha. En Estados Unidos también tuvimos una reunión para la Agenda global de protección sanitaria, en la que estuvo Margaret Chan, en la que todos los países esbozaron cuáles eran sus recomendaciones y cuáles eran sus inquietudes con respecto al brote de ébola.

Sobre los nuevos tratamientos les voy a hacer una pequeña intervención. Como saben, no existe ningún tratamiento específico, por desgracia, frente a la enfermedad del virus ébola; no lo hay. La Agencia del Medicamento, sin embargo, mantiene una relación estrecha y continua con todas las entidades que ahora mismo disponen de tratamiento. Estas entidades unas veces son países y otras son empresas. Mantenemos esta relación que se nos solicita que permanezca en el anonimato. Todos los países en este momento nos prestamos las medicaciones que hay. Todo está en fase experimental. Al no estar en fase de producción la disposición que hay de cada uno de los productos es muy limitada, por tanto, lo que hacemos los países es prestarnos lo que tenemos. Les puedo asegurar que ahora mismo tenemos a disposición varias opciones terapéuticas en España, que se han empezado a aplicar ayer. Con todo lo que ha representado el brote y pese a estar todo en una fase experimental, la OMS al principio del brote, a través de la subdirectora de Sistemas de información y de innovación, Marie Paule Kieny, reconoce la posibilidad de utilizar todos estos fármacos para los pacientes de ébola, naturalmente con el consentimiento informado de los pacientes y bajo criterio clínico. Son los clínicos los que deciden si en este momento pueden o no dar determinada medicación. La OMS —como saben— seleccionó en un momento ocho tratamientos experimentales, dos vacunas que está desarrollando. Además, reúne un comité de expertos periódicamente para saber en qué fase de evolución están estos fármacos, pero ninguno ha sido clínicamente probado, aunque se justifica su uso en esta situación excepcional.

En cuanto al plasma de convaleciente, que es otro de los tratamientos que incluiría, la OMS dice que los resultados son difíciles de interpretar; requieren la garantía del banco de sangre, requieren la preocupación por el donante y por el trabajador responsable, y actualmente son varios los países, incluida España, que tienen a disposición esta medicación. Como me imagino que consultan las bases de datos les sonarán fármacos como Cetam, Globulina hiperinmune en humanos, TKM, AVI-7537, Favipiravir y el BCX. Hay también interferones pero no se tiene muy claro cuál es el mecanismo de actuación de estos fármacos. En cuanto a los casos de sospecha que hemos registrado hasta ahora se han investigado veinticuatro —la información tiene que ser muy activa— en diferentes comunidades autónomas. El resultado en todos ha sido negativo salvo en un caso que se notifica ayer, y al que luego me referiré. Ha

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 7

habido un porcentaje muy alto de positivos —más del 50%— de paludismo en este manejo y en la gestión de estos casos sospechosos.

Con respecto a los dos positivos que hemos tenido antes, el caso de Miguel Pajares y del doctor García Viejo, fueron repatriados respectivamente desde Liberia y Sierra Leona en agosto. Además del caso confirmado ayer —después detallaré algunos datos más de lo que conocemos— hasta ahora no se ha diagnosticado ningún otro sospechoso más, tanto en los puntos de entrada de aeropuertos como en ninguna otra comunidad autónoma. Las pruebas de laboratorio son realizadas fundamentalmente por el Instituto de Salud Carlos III, que es quien oficialmente da el resultado. Durante este tiempo hemos aprendido mucho en cuanto a la determinación de esta enfermedad. Como les digo, uno de los puntos más importantes que tenemos en cuenta es la determinación de paludismo a la hora de evaluar todos estos casos a los que nos referimos.

Voy a recordar brevemente, si les parece, los casos de repatriación de los dos religiosos. El sábado 2 de agosto se recibe la comunicación por parte de la Oficina de Emergencias Consulares, que es el punto de mayor conexión en el Ministerio de Sanidad. Se nos dice que hay varios religiosos, algunos españoles, en Monrovia que pueden estar afectados por la enfermedad de virus ébola. Se trataba en ese momento de cinco personas que trabajaban en el hospital de Saint Joseph en Monrovia. El 5 de agosto a las 17:00 horas nos comunica el resultado positivo de virus ébola de uno de los españoles —en total había dos— y el caso negativo de la otra religiosa con pasaporte español; ambos trabajan en la orden de San Juan de Dios para la ONG Juan Ciudad. Se reúne el gabinete de crisis a las 10:00 horas del 6 de agosto presidido por la ministra de Sanidad para coordinar esta repatriación entre Ministerio de Sanidad, Ministerio de Asuntos Exteriores, Ministerio de Defensa y fundamentalmente la Comunidad de Madrid, que es donde tiene la sede la ONG Juan Ciudad y la orden religiosa. Quiero reconocer aquí el trabajo excelente que se ha realizado por estos departamentos, tanto por Asuntos Exteriores como por Defensa, por su altísima calidad y por la agilidad con la que han llevado a cabo todas estas gestiones para traerlos con éxito, además de la realizada por nuestro departamento.

Esa mañana yo misma informo a los medios de comunicación de la situación de estos religiosos que están pendiente de venir, que serían repatriados, y a partir de ese momento activamos el protocolo nacional para la evacuación médica ante casos de enfermedad por virus ébola. A las 7:00 de la mañana del 7 de agosto se produce la llegada al aeropuerto de Torrejón de Ardoz de este vuelo de las Fuerzas Armadas y posteriormente se les traslada al complejo hospitalario La Paz-Carlos III de Madrid en un operativo especial para que no haya ninguna interferencia en cuanto a la evacuación. Las dos personas son ingresadas en este hospital madrileño, se les practican las pruebas, se confirma el resultado positivo para Miguel Pajares y negativo para la religiosa. Después de aplicar las medidas y los tratamientos que teníamos disponibles desgraciadamente el padre Pajares fallece el 12 de agosto, y a la religiosa se la mantiene en cuarentena durante todo el tiempo con el seguimiento de las constantes clínicas y de las pruebas de laboratorio resultando negativo finalizando el 27 de agosto su cuarentena, fecha desde la cual es dada de alta.

Respecto al segundo caso repatriado, en la noche del 19 de septiembre se recibe la comunicación de que hay un cooperante español de esta orden religiosa que trabaja en el hospital de San Juan de Dios de Lunsar, en Sierra Leona, con una sospecha de enfermedad por virus ébola, a la espera de confirmación de resultados. Este es un hospital que en principio no atiende a afectados por virus ébola. En el país se diferencia entre instituciones sanitarias que atienden a pacientes con ébola y las que no lo hacen —este era de las que no lo hacen—. Por tanto, hubo algún paciente que estaba desarrollando la enfermedad y que contagió a varias personas, entre ellas a este doctor español. A las 23:30 horas se confirma el caso, se solicita la repatriación el 20 de septiembre —al día siguiente—, se reúne ese mismo día a las 18:15 horas presidido por la ministra de Sanidad el gabinete de crisis al que asisten también los responsables de los ministerios de Asuntos Exteriores y Cooperación, Defensa y de la Comunidad de Madrid. A las 19:00 horas yo misma vuelvo a informar a los medios de comunicación de cuál ha sido la situación, en qué circunstancias se está y cómo se va a hacer la aeroevacuación; a partir de ese momento se activa el protocolo 4, a las 15:15 minutos del 22 de septiembre se produce la llegada al aeropuerto militar de Torrejón de Ardoz de este vuelo; media hora más tarde está ingresado en el complejo hospitalario La Paz-Carlos III de Madrid. A las 23:30 de ese día se convoca de nuevo, como hicimos en el caso anterior, una segunda rueda de prensa para dar parte con la Comunidad de Madrid de cómo se ha realizado la evacuación, que se produjo sin incidentes en las dos ocasiones. La Comunidad de Madrid informa sobre

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 8

el estado en el que se recibe a este paciente y cómo se van a dar los primeros pasos. Los resultados de todas las muestras se hacen en el Centro Nacional de Microbiología.

A continuación, daré algunas pinceladas simplemente de cuáles han sido y cuáles van a ser las actuaciones de los organismos internacionales en materia de salud. La Unión Europea activa el mecanismo europeo de protección civil involucrando a la Dirección General de Ayuda Humanitaria y de Protección Civil (la DG ECHO), a la Dirección de Desarrollo y Cooperación (Depco), y al Servicio Europeo de Acción Exterior (Seae). La Dirección General de Sanidad y Consumo DG Sanco) también participa, que es por la que nosotros estamos presentes en esas reuniones. Las actuaciones en el marco de la Unión Europea en sanidad y de los riesgos transfronterizos se coordinan por esa Dirección General de Sanidad y Consumo, en concreto, como les he mencionado, a través del Comité de Seguridad Sanitaria, donde están representados todos los Estados miembros, y en el que naturalmente está España, y que cada semana tiene una reunión de coordinación y de puesta en marcha de medidas. Además, el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades emite sus recomendaciones, tiene sus foros de participación y es el que aporta fundamentalmente el soporte clínico, el soporte más técnico y científico al Comité de Seguridad Sanitaria. En total ha habido unas doce audioconferencias y el ministerio ha participado en todas ellas conjuntamente en algunas ocasiones con otros ministerios. Esto en cuanto a la Comisión.

En cuanto a compartir información desde Unión Europea con la OMS, el Comité de Seguridad Sanitaria y el Centro Europeo de Prevención y Control tienen un protocolo de actuación. Ellos se coordinan y les hemos hecho partícipes de nuestro protocolo de aeroevacuación, que han traducido al inglés y repartido por todos los países. En la actualidad cualquier colaboración de cualquier país es muy importante. El protocolo español lo que hacía era medicalizar un avión para repatriar, lo cual ponía en manos de muchos países la capacidad de hacerlo con sus nacionales, tal cual nos decía la OMS. Se encuentra disponible, no obstante, en la página web. Además España ha ofrecido la posibilidad de formar en esta capacidad de aeroevacuación. El 23 de septiembre hay una reunión informal de ministros en la Unión Europea en Milán y también se pone a disposición de todos los ministros este protocolo de aeroevacuación y los cursos de formación. Todos los países expresan sus inquietudes y sugerencias para hacer frente a este brote de virus ébola.

Me centraré ahora solamente en la OMS. Volvemos al 6 y 7 de septiembre, fecha en la que les he dicho que se reúne este Comité de emergencia una vez que tienen la notificación de este brote. Bajo reglamento sanitario internacional no se les escapa que este brote parece que se inicia en diciembre del año pasado pero no se notifica a la OMS hasta finales de marzo o abril. Cuando se notifica el brote está mucho más diseminado y ya en agosto la OMS hace una declaración de brote de emergencia de salud pública de importancia internacional. Las recomendaciones que en todo momento hace la OMS son de estar preparados fundamentalmente para detectar, investigar y tratar estos casos de ébola en los países; elaborar recomendaciones para los viajeros y para la población en esta situación de brote, mantener informada a la población; y facilitar la repatriación de los ciudadanos que hayan estado expuestos. La OMS publica el 27 de agosto este Plan de actuación para el brote con una serie de objetivos y de recursos. Ese es el seguimiento que va haciendo la OMS a lo largo de todas las reuniones que mantiene. La directora de este organismo ha llevado a cabo una segunda reunión del Comité de emergencias. No hay ningún cambio en estas primeras recomendaciones, pero hace una muy expresa a los países de no restringir los vuelos con las áreas afectadas; esto tendría un importante efecto negativo para estas áreas. La valoración sanitaria que se ha hecho desde la OMS es mantener estas líneas comerciales, asegurar que todas las medidas de control que se incorporen no sean fruto del miedo sino de la evidencia y que todos los países se preparen en este sentido su estrategia de control y su protocolo de actuación. Todos los Estados miembros tienen nombrado un punto focal. El Ministerio de Sanidad tiene el punto focal, como ustedes conocen, en el Centro de Coordinación y Alertas, que mantiene ese contacto con la OMS y con todos los puntos focales en el área afectada, con los cuales hablamos periódicamente. Tenemos aquí a Fernando Simón, que es el punto focal y el que suele hacer esta interlocución. Hay otras reuniones internacionales, como la que tuvo lugar en Washington en relación con la agenda global, en la que participó el presidente, la asesora nacional de seguridad, la secretaria de Salud y Servicios Humanos, el secretario de Defensa y la directora de la OMS; participaron también embajadores de los países de las áreas afectadas, que solicitaron una vez más a la comunidad internacional que les hicieran llegar recursos y que pusieran en marcha todas las medidas de ayuda para el control de este brote.

Antes de concluir, permítanme que les dé una pequeña información sobre el último caso del paciente diagnosticado de ébola en el día de ayer por la Comunidad de Madrid, según los datos que nos aporta el

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 9

servicio madrileño de salud. (**Rumores**). Se ha notificado un caso de enfermedad de virus ébola en la tarde de ayer. Se trata de un profesional sanitario que ha atendido el último caso repatriado y que estuvo ingresado en el Hospital de La Paz. La ministra de Sanidad hizo ayer una convocatoria y transmitió el mensaje de tranquilidad basado en la evaluación del riesgo que tenemos hecha; se van a poner todas las medidas de coordinación y, además, contamos con unos profesionales muy bien formados y con un sistema estructurado, que es el Sistema Nacional de Salud. Tras conocerse la información del contagio de esta técnica que atendió los dos casos, a los dos pacientes, se puso en marcha el protocolo de actuación del ministerio y las comunidades autónomas, tanto la Dirección General de Salud Pública como las autoridades de la Comunidad de Madrid y, en este sentido, quiero reconocer la actuación tan ágil que ha tenido la Comunidad de Madrid en cuanto al inicio de la evaluación de todos los contactos. Estuvieron trabajando de manera intensa y continua durante todo el día de ayer, acabando a altas horas de la noche, y se ha reanudado esta mañana. Tengo constancia de que la Comunidad de Madrid está haciendo un seguimiento y tiene toda nuestra ayuda, incluso puede disponer de todos los profesionales que necesite por parte del ministerio para continuar con este trabajo, porque lo más importante en este momento es encontrar a todos los contactos. Se van a poner todos los medios necesarios y en absoluta coordinación, como no puede ser de otra manera. Tenemos la suerte de que sea en la Comunidad de Madrid, porque la distancia nos permite estar juntos físicamente para ayudarles. España colabora activamente siguiendo todas las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud; todo está basado en estas recomendaciones y el protocolo de actuación ha sido implantado, se ha puesto en marcha en todas las comunidades autónomas y también ha sido revisado por las sociedades científicas.

En este momento, la paciente está ingresada en el complejo hospitalario La Paz-Carlos III y las medidas de protección están bien instauradas. Como se ha demostrado y como consta en todos los documentos del ECDC, unas medidas de protección bien instauradas ofrecen un margen de seguridad muy elevado, como se ha comprobado en todos los países, fundamentalmente donde la epidemia es mayor, y en el resto de países europeos, y así se siguen atendiendo en este momento. El manejo de los pacientes con ébola es similar al que se tiene en la gestión de otras enfermedades en los servicios sanitarios y en todo el mundo. Tanto el manejo y la gestión directa con el paciente como la gestión con todos los contactos corresponde a un protocolo y a una manera de proceder que los profesionales de la salud pública tenemos instaurado desde todo el tiempo, y que además se coordinan en la Comisión de Salud Pública y en la ponencia de alertas. Como era una cuestión que me consultaban al entrar, les reitero que los datos de letalidad del ébola son del 46 % en este momento, en las circunstancias en las que está evaluándose y desarrollándose el brote en el terreno.

Se está investigando cuál ha podido ser —esta es la otra línea— el mecanismo de infección de esta profesional, que sabemos que accedió a la habitación en dos ocasiones, una previamente al fallecimiento para hacer un cambio de pañal, y otra tras el fallecimiento para la recogida del material. De acuerdo con la información disponible, entró con todo el equipo de protección. Esto es lo que nos ha comunicado la Comunidad de Madrid, que tiene un registro pormenorizado de estas actuaciones. Así nos lo ha hecho saber y así lo comunicó el director de atención primaria de la Comunidad de Madrid ayer. El protocolo se activó para Manuel García Viejo, igual que se activó para el otro profesional. En este momento, como decía anteriormente, lo más importante es la localización de los contactos y este seguimiento. Sabemos que la paciente trabaja hasta el día en que el paciente está ingresado, hasta el día del alta; que al día siguiente toma vacaciones; que no ha tenido otros contactos posteriores, y que en la evaluación de todo esto —sé que lo siguen haciendo esta mañana— el contacto más próximo, el marido —no tiene hijos—, está ya ingresado, está siendo controlado para que pueda tener una cuarentena con mejor seguimiento, según nos ha comunicado la Comunidad de Madrid. Además, el departamento de prevención de riesgos laborales ha iniciado e intensificado desde el día de ayer su tarea de elaboración de todo el listado de contactos y de estudio, y en este momento está siendo evaluado.

Quiero comentarles una cuestión importante. Hasta que no hay sintomatología no se transmite la enfermedad. Esta es una cuestión que vienen repitiendo todos los países y que se ha demostrado. Estados Unidos, en el último caso que ha tenido, no ha hecho ningún seguimiento de los contactos del paciente que viajó, que voló en el avión —esto es importante—, ya que se exige un contacto directo con las secreciones del paciente o con un objeto que esté contaminado. Esto es muy importante a la hora de la evaluación de todos los contactos y de todos los requisitos. Como comentó también ayer el director de atención primaria, no solamente tienen un registro de todas las entradas a la evaluación, sino que hay un controlador externo. Están investigando y viendo cómo se viste o cómo no el profesional que entra; son

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 10

los datos preliminares de que disponemos y que nos ha pasado la Comunidad de Madrid. Tengo la confianza y la seguridad de que lo han empezado a investigar porque he tenido reportes a lo largo de la noche de cómo está la situación. Más allá de ser una cuestión vinculada al manejo de un paciente, en este caso la aplicación de los protocolos es algo común a todos los países europeos. Seguimos tomando las mismas medidas de salud pública tanto en el control de los pacientes dentro de España como en nuestras fronteras para todos los que entran. El control de los contactos es la medida más eficaz para evitar la transmisión comunitaria, como se ha demostrado hasta este momento.

Agradezco su consideración y atención y estoy a su disposición para contestar a todas las preguntas que deseen formularme.

El señor **PRESIDENTE**: Voy a dar la palabra a los distintos grupos parlamentarios de menor a mayor, por un tiempo de diez minutos. En primer lugar, tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Vasco, señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Agradezco la intervención de la señora directora general, pero creo que por la gravedad de la situación quizá la que tenía que haber comparecido era la ministra. Mi grupo ya ha solicitado —supongo que otros grupos también— su comparecencia porque por mucho que ayer saliera públicamente ante los medios de comunicación, le debe el mismo respeto al Congreso y a los grupos parlamentarios; si ayer pudo informar públicamente, lo puede hacer perfectamente también en esta Cámara. Si la situación es de tal gravedad como para que hubiera comparecido ayer —sin desmerecerle a usted nada—, creo que el tema es de la suficiente entidad como para que hubiera comparecido también aquí. Esa es la primera cuestión.

Evidentemente, no es del agrado de nadie comparecer sobre este tema porque la situación ha cambiado en veinticuatro horas totalmente. La comparecencia podía haber sido en torno a qué bien ha ido un tema tan grave que empezó en África y que se ha resuelto satisfactoriamente con el operativo puesto en marcha para que eso ocurriera, como usted ha explicado, pero al final se ha tornado en una situación de gravedad tanto de opinión pública, de salud pública por supuesto, de imagen y de confianza. Mi grupo no va a hacer sangre gratuitamente con este tema porque nos parece un tema grave y que requiere soluciones, pero no lo va a hacer a cambio de que haya un *quid pro quo* en el sentido de que el Gobierno también se comprometa a total transparencia en torno a qué se ha hecho, qué se está haciendo y qué se va a hacer, a pedir una investigación profunda sobre qué falló, qué implicaciones hay o puede haber en torno a ese fallo o como consecuencia del mismo, porque, evidentemente, algo ha fallado. Nosotros no somos nadie —yo por lo menos no lo soy y no me voy a atribuir esa capacidad— para saber cómo se controla el ébola, yo no sé qué medidas sanitarias hay que tomar para ello, no sé qué protocolos hay que activar —para eso están los profesionales, como no podía ser de otra manera, a los que se dota de confianza—, pero sí estamos aquí para pedir —y ustedes asumir— las responsabilidades políticas y de gestión que les compete en esta materia, las consecuencias que puede tener este fallo y cuáles son las medidas que se van a tomar. Pero hay otra cuestión, que es el terreno de juego o ámbito de actuación; es decir, si la competencia en esta materia es de otra entidad, como puede ser la Comunidad Autónoma de Madrid, la autonomía que eso conlleva, el otro foro correspondiente, que es la Asamblea de Madrid, será la que tendrá que pedir responsabilidades a quien corresponda. Lo que necesitamos aquí es clarificar quién es el que tiene la responsabilidad de responder ante esto, y si es una responsabilidad tanto política como de gestión o sanitaria, que son tres ámbitos que igual se han juntado pero que habría que diferenciar para poder pedir responsabilidades a quien sea. No haremos, por tanto, sangre gratuitamente ni aprovecharemos una especie de carroña política, pero lo que no vamos a hacer es quedarnos con los brazos cruzados creyendo que es así porque lo dice el Gobierno. Tendremos que pedir que la transparencia sea absoluta, que no se guarde ninguna información y que se contraste lo que se dice para ver si es veraz porque muchas veces cuando ocurren estas situaciones lo primero que sucede es una especie de caparazón o mecanismo de defensa de utilizar los resortes posibles para hacer que lo que venga de fuera rebote otra vez y no asumir la responsabilidad correspondiente. Por consiguiente, responsabilidades todas las que se tengan que asumir.

Usted ha explicado durante casi veinte minutos todo lo que ocurrió anteriormente, pero lo de ayer a hoy, que es lo más grave, lo ha despachado —perdóneme la expresión— en tres minutos y medio o cuatro. Además, el relato que usted ha hecho es como si fuera un relato lógico al decir que hubo un enfermo con ébola al que se trasladó, se atendió y ayer apareció una mujer —que era una enfermera que atendió a este señor— que tenía síntomas, se analizó y es ébola. ¿Y en ese ínterin? Lo que nos preocupa

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 11

es ese ínterin. No es una consecuencia lógica; una consecuencia lógica puede ser que de repente un ciudadano aparezca con la enfermedad del ébola, que nadie podemos predecir si eso puede ocurrir. Usted misma ha dicho que en un montón de hospitales ha habido alertas, se ha analizado y se ha descartado. No somos capaces de controlar quién puede venir enfermo, pero, claro, este es el primer caso en Europa de alguien que se contagia en suelo europeo, y además en un hospital atendiendo a ese paciente, se supone que con todas las medidas oportunas. La comunidad internacional, lógicamente, ya está hablando, con más o menos rigor pero está hablando. Los periódicos internacionales, los medios de comunicación no se callan; las autoridades europeas, norteamericanas, etcétera, se preguntan qué ha ocurrido. ¿Usted cree que con las explicaciones que dio ayer la ministra y las que ha dado usted hoy se satisfará a la opinión internacional? Me parece que no porque le dirán: está muy bien el relato que ha hecho, pero ahora díganos por qué ha pasado esto. No sé si es usted la que lo tiene que decir, pero como es usted la que comparece aquí, le pregunto a usted. Yo no digo que usted tenga que saber ni que usted sea la responsable —o culpable— de que haya pasado esto, pero usted sí es la responsable de pedir las explicaciones oportunas a quien haya que pedírselas, de detectar lo que ha ocurrido y explicárnoslo a nosotros. A esto lo podemos dar muchísimas vueltas, pero hay que centrarlo en tres ámbitos de actuación. En primer lugar, se ha actuado a nivel de prevención y hay que seguir actuando a nivel de prevención de la misma manera, estoy totalmente de acuerdo con lo que ha dicho sobre los aeropuertos, los aviones, los barcos, los protocolos, etcétera, para que no entre ningún enfermo de ébola en España. En segundo lugar, ayer ya hubo un caso detectado en el Estado español, que es lo que nos concierne y hay que ver cómo se ha actuado y cómo ha ocurrido este contagio con esta primera víctima. Y hay un tercer estadio que es que eso ya ha ocurrido, pero es que mientras estamos hablando no sabemos si la consecuencia de esa persona infectada ya está actuando o no. ¿Y ahora qué vamos a hacer? La pregunta que se puede hacer cualquier ciudadano es: ¿tengo que tener confianza en que quienes les ha pasado esto sean los gestores de lo que pueda pasar después? Es una pregunta de lo más normal. Si esto le ha ocurrido a un sanitario en un hospital, ¿esos mismos gestores y responsables son los que van a gestionar las consecuencias de ello? Son dudas razonables que puede tener cualquier ciudadano ante esta situación.

Nosotros estaremos vigilantes y seremos exigentes porque alguien puede decir que le puede pasar a cualquiera; bueno, le puede pasar a cualquiera o no. Creo que lo que se debe ver claramente es por qué ha ocurrido, quién es el responsable de lo que ha ocurrido y, sobre todo, qué tenemos que hacer para que no vuelva a ocurrir, porque no estamos hablando de una gripe, como usted bien sabe, y aquí creo que las reglas del juego deben ser las mismas siempre, ocurra lo que ocurra, estando en el Gobierno y estando en la oposición. Se exige responsabilidad, transparencia y sobre todo veracidad a la hora de transmitir confianza en los representantes políticos porque, vuelvo a reiterar, la ministra podía haber comparecido perfectamente para asumir la responsabilidad que le compete a ella; no la que no le compete, pero sí la que le compete. Espero que las respuestas que dé usted sean de nuestra satisfacción. Supongo que otros grupos tratarán otros temas y, aunque al fin y al cabo la responsabilidad que ustedes tienen será la que transmitan los demás —yo no puedo hablar en nombre de los demás—, mi grupo quiere poner de manifiesto esto que le he dicho desde el principio: sean transparentes, sean veraces, digan todo lo que tengan que decir y digan sobre todo qué es lo que ha fallado, dónde ha fallado y qué es lo que hay que hacer para que no vuelva a ocurrir.

El señor **PRESIDENTE**: En representación de UPyD, tiene la palabra el señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Quisiera comenzar repitiendo una vez más nuestra solidaridad, en primer lugar, con los dos misioneros muertos, gente que por su generosidad se puso en una situación de riesgo, y no querría olvidar hacer lo mismo con la enfermera que está pasando un trance muy serio, muy grave. Yo me pregunto — y en eso voy a alargarme un poco más— si no le hemos fallado a ella, si el Ministerio de Sanidad no le ha fallado porque es obvio que algo ha fallado, si no esta mujer no hubiese contraído esta terrible enfermedad.

Señora directora general, yo iba a empezar este control parlamentario mostrando mi solidaridad con usted por cómo la ministra Mato, ayer, en rueda de prensa, les dejó a todos ustedes a los pies de los caballos. Porque eso es lo que pasó, eso es lo que yo vi en esa comparecencia, en esa rueda de prensa. Sin embargo, viendo el ejercicio de filibusterismo político que acaba usted de hacer aquí se me van las ganas de mostrarle esa empatía al menos, porque me parece que no es serio, sabiendo lo que está pasando, la gravedad de la situación y la preocupación de la ciudadanía y de nosotros, que somos sus representantes, en una comparecencia que ha tardado usted en desarrollar prácticamente una hora,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 12

dedicar solamente un 5% de su tiempo a lo que está pasando en este país y alargarse en todo lo que sucede fuera de nuestras fronteras. Es cierto que el tema de su comparecencia era ese, pero también es cierto que uno espera de un representante político un poquito más de reflejos y de valentía y aceptar la responsabilidad política que usted tiene al comparecer justo hoy aquí, cuando ayer por la noche la señora Mato daba esa rueda de prensa, como digo, para informarnos —lo pondría entre comillas o con interrogantes porque realmente no informó— de lo que está sucediendo.

Quedan muchos interrogantes en el aire y me temo que usted contribuye, si quiera que le diga la verdad, a que mi preocupación crezca, cuando usted debiera estar haciendo lo contrario. Entiendo que su labor y la mía también, como representante público, tiene que ver con poner las cosas en su justo nivel y evitar hacer gestos que puedan transmitir una excesiva preocupación a la sociedad, pero es que escucharle a usted no hablar del tema, francamente, después de ver cómo han sido todos los pasos que se han dado, me genera más preocupación. Me parece que eso demuestra cierta incompetencia política, no digo ya solamente de usted si no de cómo se han ido llevando las cosas desde ayer, desde esa rueda de prensa que para mi fue vergonzosa. Repito, solidaridad con todos los afectados por el ébola y solidaridad con ella. Creo que el sistema sanitario español le ha fallado, es evidente.

Usted ha hecho unas cuantas afirmaciones que yo creo que no son ciertas y me gustaría ahora comentárselas, así como plantearle una serie de preguntas, pidiéndole, por favor, que las conteste. Estamos muy acostumbrados aquí, en este tipo de labor parlamentaria, a que uno plantea diez, quince, veinte preguntas, no se le responde ninguna, y no pasa nada. Pero yo creo que en torno a lo que está pasando, con la preocupación que hay ahí fuera y para evitar el alarmismo, no hay nada mejor que la transparencia, que dé usted la información y que nos responda a una serie de preguntas a las que me parece importante que responda. Para empezar, hay un fallo humano, hay un fallo en la cadena, hay un fallo en el protocolo; es evidente, si no, no estaríamos hablando hoy de un contagio. Pero también esto pone en evidencia varios fallos de los que me gustaría hablar. Voy por orden. Puede haberse debido a un fallo humano, sin embargo, no debemos olvidar una situación que existe en la Comunidad de Madrid, donde un lugar tan importante para este tipo de problemas como el Carlos III se ha desmantelado debido a las políticas de sanidad que lleva a cabo el Partido Popular en la Comunidad de Madrid; eso no debemos olvidarlo. Se ha desmantelado y ahora procedemos a construir algo a toda velocidad y sin tener todas las garantías de que vaya a ser eficiente. Me gustaría saber cuál es su opinión al respecto porque el Instituto de Salud Carlos III contaba con una planta especializada que era de las mejores de toda España y me parece que esa decisión se ha mostrado, a todas luces, equivocada.

Usted ha dicho que hemos cumplido con todo el protocolo. Yo creo que no es así. Voy a comentarle dos cosas sobre una noticia que sale hoy publicada en *El País*. Primero, Fernando Simón, el coordinador del Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias del ministerio, dice concretamente que es cierto que se podría haber actuado de otra forma, que a esta enfermera se le podía haber aislado antes. Que esto lo diga el responsable del Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias del ministerio a mi me parece muy preocupante y lo que quisiera saber es si usted está de acuerdo porque él está diciendo y afirmando que se hicieron mal las cosas. No se puede decir: es cierto que la podríamos haber aislado antes. No, no se puede hablar así; me parece que es clarísimo. No se la aisló a tiempo y me gustaría saber si eso va a tener repercusiones políticas —me parece que debe ser así— y conocer cuáles van a ser. Y, segundo, la normativa marca —usted estaba hablando de que se ha cumplido con ella sin ninguna duda, y yo lo dudo— que para un caso como el de esta enfermera es necesario utilizar una indumentaria de nivel 4, es decir, completamente impermeable y con respiración autónoma; sin embargo se ha utilizado una indumentaria de nivel 2. No se están llevando a cabo todas estas actuaciones con las debidas garantías y con lo que marcan los protocolos internacionales. Usted ha dicho que sí, pero no es cierto. Nos está mintiendo o no tiene la información recabada, o está mintiendo quien dice esto. Por otra parte, el presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González, ha informado a Europa Press que ha pasado el fin de semana recibiendo un informe muy documentado sobre el protocolo seguido en los hospitales. Él dice que las medidas son muy seguras desde el punto de vista de la salud pública, mientras que desde el punto de vista laboral presentan muchos problemas. Aquí tenemos una consecuencia que puede venir directamente de ello. Realmente se ha demostrado que son los trabajadores, y en este caso esta trabajadora, los que tienen su salud en riesgo. ¿Qué opinión tiene usted al respecto?

El director general de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, Antonio Alemany, señaló durante la comparecencia que vale únicamente el aislamiento, que ni siquiera son necesarias habitaciones de presión negativa, únicamente el asilamiento. De nuevo esto no cumple con esa frase que usted ha dicho

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 13

de que se están cumpliendo los protocolos que se indican a nivel de OMS o salud internacional, porque sí que hace falta. El procedimiento de actuación específica dice que claramente es necesario un aislamiento estricto del paciente y para ello señala el aislamiento en la estancia hospitalaria en habitaciones individuales y con presión negativa. No es el caso, no es como se ha actuado ahora. ¿Por qué? ¿Va a tener eso consecuencias? Me gustaría que nos lo explicara. Al final la pregunta que vuelve a originarse en este caso es si las repatriaciones de los misioneros infectados fueron realizadas correctamente en tiempo y forma o si se llevaron a cabo de manera precipitada. Parece que hubo algo de precipitación, parece que no teníamos todas las garantías —y este caso lo demuestra— de que no íbamos a pasar por ningún peligro. Surge la pregunta de cómo es posible que a una persona, que es calificada por el protocolo de contacto estrecho con el virus y al que se le dice que se ha de tener una vigilancia activa supervisada durante los veintidós días siguientes a su exposición, se le permite ir de vacaciones. ¿Esto es ese protocolo que usted dice que estamos cumpliendo de manera estricta?

Termino haciendo varias preguntas más. ¿Por qué si el riesgo era nulo, como ustedes dijeron, hemos sufrido un contagio? O no era nulo, y entonces no nos dijeron toda la verdad, o debieran haber admitido que existía. ¿Qué motivos concretos llevaron al Gobierno a realizar el traslado de los pacientes infectados? ¿Barajó el Gobierno como posible escenario la infección a ciudadanos residentes? En caso contrario, ¿por qué? ¿Por qué no barajó esa posibilidad? ¿Qué tipo, repito, de trajes de protección individual utilizaron los profesionales? Aquello del 4 o el 2; me gustaría que nos lo aclarara. ¿Se dio información y formación pormenorizada a los profesionales sanitarios que atendieron a los primeros infectados por ébola sobre medidas de prevención para evitar contagios? ¿Se les explicó pormenorizadamente cómo ponerse y quitarse esos trajes? ¿Cómo se vigila, señora directora general, a una persona que ha estado una semana de vacaciones tras estar en contacto estrecho con pacientes que tenían ébola? ¿Cómo se le permite y cómo se hace luego una labor de vigilancia a la que ustedes, si es cierto que han llevado a cabo todos los protocolos internacionales, estaban obligados? ¿Se le realizó la prueba diagnóstica a la auxiliar infectada por solicitud propia o fueron los facultativos a priori quienes pidieron esas pruebas diagnósticas? La infectada tenía fiebre en los seis días anteriores a su diagnóstico pero menos de los 38,3 que establece el protocolo para definir un caso. ¿Piensa revisar el Gobierno los criterios clínicos que establece este protocolo como signos y síntomas para definir realmente dónde está el caso de ébola? Esas vacaciones, ¿para qué eran? ¿Acudió durante esas vacaciones a una oferta de empleo público para auxiliares de enfermería celebrada hace nueve días en Madrid? Porque, claro, eso puede dar lugar a una situación que también nos parece preocupante. ¿Cuántas personas han tenido un contacto estrecho, según lo que especifica el protocolo de actuación ante el ébola, con la persona infectada? ¿Por qué si en el protocolo de actuación frente a casos sospechosos de ébola aparece la recomendación de ingresar en habitaciones individuales con presión negativa, en la comparecencia de ayer se señaló a los periodistas que solo lo hicieron con un aislamiento sin presión negativa y que además eso era suficiente? ¿Qué ocurre? ¿Piensa el Gobierno estipular hospitales de referencia en cada comunidad autónoma para que acojan, aislen y traten a potenciales personas afectadas por ébola? ¿Cuáles? ¿Cómo? ¡Prevención! Nosotros hemos presentado hace unos días una proposición no de ley que discutiremos pronto en la que pedíamos que hubiese un protocolo a nivel nacional en el que se estableciera qué hospitales deberían llevar a cabo esta atención, en varias comunidades autónomas, y que además se les dotara de un presupuesto fijo, finalista, exclusivamente para esto. Porque parece obvio que no hemos podido dar una atención sanitaria suficiente, clara y correcta a estos pacientes.

En último lugar, quisiera saber si el Gobierno piensa depurar alguna responsabilidad política, aunque esto es la que menos me importa, francamente. Quisiera transmitir de nuevo nuestra preocupación por cómo están siendo las comparecencias que ustedes están llevando a cabo y cómo está siendo la actuación del Ministerio de Sanidad en un caso tan grave como este.

El señor **PRESIDENTE**: En representación del Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural, don Gaspar Llamazares tiene la palabra.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Quiero empezar también mi intervención expresando mi solidaridad con todos los enfermos de ébola, con todos. Creo que es lo que tenemos que hacer por humanidad. Y expresar también mi solidaridad en el día de hoy con el primer caso, no el último, sino el primer caso de ébola en Europa. El primer caso. Está en todos los periódicos de Europa: el primer caso de ébola en Europa. No es el último caso. Es por donde debería haber comenzado, por el primer caso de ébola en Europa.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 14

Quiero echar de menos la presencia de la ministra en esta Comisión. Bueno, es un símbolo. Es el símbolo de que tenemos una ministra silenciosa en la comparecencia de ayer y escapista en relación con su comparecencia ante el Congreso. Yo creo que es el símbolo de que no tenemos cabeza, de que tenemos un ministerio sin cabeza, y cada vez es más necesaria una cabeza en ese ministerio. Esa es nuestra opinión también en esta materia concreta.

¿Qué ha pasado para que se produzca el primer caso de ébola en Europa y precisamente en España? Esa es la cuestión y es lo que usted tenía que haber explicado aquí. Ha fallado el aislamiento y la protección y ha fallado también el seguimiento; las dos cosas. Ha fallado el aislamiento y la protección de un sanitario, que se ha contagiado, y por otra parte ha fallado el seguimiento porque durante seis días esa sanitaria ha tenido fiebre y ha estado contagiando a su vez y ahora nos vemos obligados a hacer una relación de los contactos y ver hasta dónde puede llegar esa infección; esa primera infección. Eso es evidente y creo que el Gobierno debería ponerlo encima de la mesa. Pero voy a ir de lo particular a lo general.

¿Por qué se produce un contagio en un país con un alto nivel sanitario? ¿Por qué se produce un problema de seguimiento en un país que además dice tener el protocolo adecuado? Porque quizá ha fallado; ha fallado la gestión sanitaria. No se escondan detrás de los sanitarios, por favor; no hagan lo que hace el ministro del Interior detrás de la Guardia Civil. No se escondan detrás de la responsabilidad de los sanitarios. Ustedes, sobre la base —me imagino— de criterios de salud pública, han tomado decisiones políticas y estamos aquí evaluando la gestión política, que es lo que usted no ha hecho en su intervención. Nos ha hablado desde el punto de vista de la salud pública —yo me imagino que sus decisiones están informadas por la salud pública, por la evidencia científica—, pero han tomado decisiones de gestión política en la cual hay diversas alternativas, y uno toma una alternativa u otra y la razona. Usted no nos ha dado ninguna razón aquí para sus decisiones políticas. Porque lo más discutible en todo este caso, en nuestra opinión, y hemos sido tratados durante un largo periodo de falta de humanidad, es haber decidido la repatriación sin tener los medios adecuados para abordar esa enfermedad. Hay que decirlo claramente. Ustedes repatrian sin tener centro de referencia hasta el día 6, el día anterior. Ustedes barajan La Paz y el día 7 deciden cambiar de centro de referencia. Por tanto, hay una evidente improvisación en relación con la decisión tomada de remitir a un centro de referencia concreto a ese paciente o a esos dos pacientes. Además, podemos decir, un centro de referencia de quita y pon, porque tienen ustedes que montar el Carlos III, que lo tienen desmontado, y luego, no contentos con ello, lo desmontan otra vez para volverlo a montar en el siguiente caso. No es precisamente un milagro de planificación, más bien parece una improvisación palmaria. Pero es que además de esa improvisación que tiene mucho que ver con la minusvaloración del riesgo y tiene mucho que ver también con el desprecio de la salud pública que tienen y que ha significado prácticamente el desmantelamiento y la no aplicación del sistema de salud pública aprobado en la última legislatura —la Ley de salud pública—, por otra parte ponen ustedes en marcha un protocolo, al cual se agarran como a un clavo ardiendo, que podríamos denominar un protocolo a la carta, porque primero tiene unas prescripciones, pero esas prescripciones se modifican si hay que modificarlas. Es decir, si no tenemos laboratorio y centro de nivel 4, utilicemos un laboratorio y un centro de nivel 3; si no tenemos centro de nivel 3, utilicemos un 2 plus en alguno de los hospitales de la red sanitaria —eso no es serio—; si no tenemos un traje con respiración autónoma, utilicemos otro tipo de traje, improvisemos; si no tenemos personal formado, cojamos al personal de La Paz, llevémosle al Carlos III y volvamos con ese personal, en algunos casos, a que traten a pacientes inmunodeprimidos. Realmente no se puede improvisar más. No se puede improvisar más, no se puede adecuar más un protocolo; no la gente al protocolo, sino el protocolo a la gente o el protocolo a las necesidades o caprichos del sistema sanitario. Yo creo que no es serio y no ha sido serio todo esto.

No ha sido serio ese abordaje por parte del sistema de salud pública. Antes se discutía por parte de algún portavoz el sistema de salud pública, pero es que cuando acordamos la Ley de salud pública dijimos que había determinadas materias que por su ámbito nacional e internacional íbamos a delegar en el ámbito de la Administración central. La Administración central no puede eludir su responsabilidad en la Comunidad Autónoma de Madrid, no señor. Si la Administración central creía o consideraba que mientras no hubiese un nuevo centro de referencia en el Gómez Ulla —que habría que preguntar qué pasa con él, qué pasa con esa inversión del centro Gómez Ulla, con quince camas, que parece que se eterniza y no tenemos en este ínterin ni una cosa ni otra—, si consideraba que no tenía esas condiciones, debería haber evitado el desmantelamiento del Carlos III, debería haber mantenido el Carlos III como centro de referencia hasta el momento en que tuviéramos otro centro de referencia para NBQ o para este tipo de problemas. Pues no lo hemos tenido. Al igual que, si la Administración central lo consideraba, debería

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 15

haber intentado que una comunidad de referencia tuviera una dirección de salud pública, no desmantelarse la Dirección de salud pública, y por otra parte, que se aplicase una Ley de salud pública que el Gobierno ha considerado suspendida desde el momento en que ha llegado al poder. Eso en relación con lo que podríamos denominar política de salud pública. Pero hay políticas anteriores. Hay política de gestión sanitaria en la repatriación y hay política de gestión sanitaria en la cooperación.

La repatriación de una persona infectada por una enfermedad como el ébola no es solamente una repatriación humanitaria, es una repatriación con arreglo a criterios de salud pública, porque no solamente hay que garantizar su vida o hay que procurar los mejores medios para salvar su vida, es que hay que evitar la propagación de la enfermedad en nuestro país.

En nuestra opinión, esa repatriación precipitada —es verdad que jugábamos contra el tiempo— no ha garantizado los criterios de salud pública, no le digo ya de coste-efectividad, porque no estoy hablando de eso en este momento, aunque podría haber criterios de gestión sanitaria y criterios incluso de bioética, pero estoy hablando de criterios de salud pública que la repatriación no ha cumplido. Inmediatamente dirán que la repatriación es a demanda, otra cosa a la carta, pero es que no es verdad. ¡Es que ustedes han tenido enfermos a los que les han negado la repatriación! Ha sido así. ¿Qué conclusión hemos sacado los miembros de esta Comisión? Que habría un criterio de salud pública en esa negativa y que probablemente estaban protegiendo la salud de las personas a donde esos enfermos llegasen, pero ahora no tenemos esa seguridad y parece que también hay una repatriación a la carta.

Por último, en relación con la cooperación internacional, está claro que el ébola es un caso de fracaso internacional; fracaso nacional con este caso que hemos tenido en nuestro país, un fracaso de gestión sanitaria por parte del Gobierno, lo era antes de la infección, lo era antes en su gestión y lo es ahora en sus consecuencias, y es un fracaso de gestión sanitaria internacional, no cabe ninguna duda. Desde diciembre la comunidad internacional ha mirado para otro lado y ahora la situación está mucho peor que antes. Hay que decir que cuando uno sobreactúa en relación con la repatriación debe hacer lo mismo en relación con la cooperación y este Gobierno ha sido el más desleal en relación con la cooperación sanitaria de los últimos tiempos. No es que hayan recortado el 80% de la cooperación, es que en algunos casos compromisos internacionales en materia de cooperación sanitaria los han incumplido radicalmente y con ese bagaje no se puede venir a dar lecciones humanitarias ni lecciones de salud pública ni lecciones en materia de lucha contra el ébola. Por tanto, el Gobierno tiene un problema y el problema es un fracaso en la gestión sanitaria de la repatriación y de la salud pública en torno al ébola. Es una responsabilidad del Gobierno, de la Comunidad de Madrid también, pero del Gobierno. Y el Gobierno tiene, sobre todo, un problema, señorías, y no es el problema de la enfermedad, es el problema del coma profundo del Gobierno, del coma profundo del Ministerio de Sanidad. Ese problema no solamente afecta al aislamiento y al seguimiento, que han fallado. Espero que ahora no responsabilicen a la sanitaria. Solo nos faltaba ahora acabar como el caso Spanair o acabar como el caso Alvia, con la responsabilidad humana, con el fallo humano. No, en esta materia donde hay tantas garantías, donde hay tantos protocolos, no hay fallo humano. En esta materia hay un fallo de gestión sanitaria que ustedes deben asumir y la ministra debe asumir, aunque esté escapada, aunque no esté en este Congreso los Diputados y aunque guarde silencio. La ministra ha tomado las dos decisiones fundamentales en una Comisión. Por tanto, la ministra de Sanidad tiene que dar cuentas al Congreso de los Diputados.

El señor **PRESIDENTE**: En representación de Convergència i Unió, tiene la palabra la señora Tarruella.

La señora **TARRUELLA TOMÀS**: Señora directora general, siento que tenga que estar usted hoy aquí en esta comparecencia coincidiendo con las novedades que ha habido en el día de ayer. En realidad hace días y semanas que los grupos parlamentarios estamos esperando la comparecencia de la ministra y nuestro grupo también cree que debería haber comparecido. Agradecemos su comparecencia, pero nos quedamos esperando y pidiendo, una vez más, la comparecencia de la ministra. Hemos registrado también hoy la comparecencia urgente de la ministra para que nos dé las explicaciones que creo que todos esperamos sobre los fallos que ha habido para que se llegue a este contagio de una profesional sanitaria que está hoy ingresada y que nos tiene a todos en vilo. También quiero mandarle ánimos, nuestra solidaridad y todos nuestros deseos de recuperación pronta y rápida a esta paciente y a todos los pacientes que tienen ébola, estén donde estén, porque todos necesitan de nuestra solidaridad, a sus familias, también a sus compañeros, que lo están pasando mal, y a las personas de su entorno.

Nosotros pedimos aquí explicaciones y medidas urgentes para saber qué es lo que ha pasado, dónde han fallado esos protocolos que en teoría eran seguros, por lo que no teníamos que temer nada porque

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 16

todo iba muy bien, y que nos han llevado a tener, como ha dicho muy bien el señor Llamazares, el primer caso de ébola en Europa. Ojalá sea el último, lo deseamos y lo esperamos, pero, de momento, lo tenemos aquí y ha tenido que ser aquí, en nuestro país, donde ha pasado. Eso quiero decir que hemos fallado, algo ha fallado, y queremos y exigimos transparencia como grupos parlamentarios desde que empezó toda esta crisis, desde que se dieron las primeras alarmas y desde que se movieron los primeros protocolos, se repatrió a la primera persona infectada y a la segunda, y hasta hoy nos hemos sentido ninguneados, la Administración y el ministerio nos han hecho sentir en este caso como que no existimos, y tenemos mucho que decir. Los grupos parlamentarios somos los que tenemos que llevar el control del Gobierno y esas exigencias, y ninguno, al menos que yo sepa —mi grupo no—, hemos recibido ni una sola notificación de nadie del ministerio. Lo hemos seguido por la prensa, por voluntad nuestra seguimos ayer la rueda de prensa de la ministra porque nos enteramos también por la prensa de ese caso. Gracias a los compañeros de la prensa nos hemos informado, cuando es aquí, en esta sede, donde se tenía que informarnos, llamarnos o comunicarnos, como siempre se ha hecho. Otros Gobiernos anteriores en casos de crisis como esta, incluso no tan graves, siempre lo han hecho con los portavoces. Cuando se ha constituido un gabinete de crisis se nos ha comunicado y aquí ni a los grupos parlamentarios y, por lo que estoy viendo de notas de prensa, de comunicaciones, de correos que están llegando sin parar, ni a los profesionales —ni a presidentes de consejos de médicos, de enfermería, etcétera— se nos han hecho esas comunicaciones; a nadie. El ministerio se lo guisa y se lo come, y nosotros lo sentimos. Lo sentimos porque en estos momentos tampoco queremos hacer guerra ni queremos sangre ni pedimos dimisiones, aunque sí que pediremos depurar responsabilidades; en estos momentos queremos que todos luchemos para ver dónde está el fallo, cómo se ha producido ese fallo, que esos fallos se corrijan y no vuelvan a pasar, y que nunca más haya ningún caso de ébola ni ninguna enfermedad infecciosa ni problemas parecidos en nuestro país porque se cuente con todos, cosa que hasta ahora no se ha hecho.

Nuestro grupo quiere decirle sobre esta sensación, más que sensación sobre el hecho de que se ha fallado —ahora tenemos que ir todos corriendo a corregirlo—, que no se ha escuchado lo suficiente a las personas y a los profesionales que ahí han estado trabajando. Ha habido mucha improvisación para nombrar el centro de referencia aquí, en Madrid; una planta que se había desmontado y que, de prisa y corriendo, se vuelve a montar para recibir al primer repatriado. Dice que el personal ha seguido los protocolos, pero algo ha fallado cuando nos encontramos aquí ahora hablando de esto. Preguntas que nosotros dejamos en el aire: ¿El personal estaba preparando? ¿Qué preparación se les había dado? ¿Cuántas horas de preparación? ¿Cómo se ha contagiado esta profesional de enfermería? A los profesionales no solamente hay que explicarles en una charla de cuarenta y cinco minutos —como parece que se había hecho— cómo han de ponerse los trajes y moverse. Hoy en unas declaraciones el doctor Antoni Trilla dice que es tan importante o más saber quitarse la ropa de aislamiento que ponérsela y que para eso se necesita una segunda persona que ayude, bien formada y preparada. ¿Eso se daba aquí? ¿Eso se ha hecho así? ¿Hasta qué punto se controlaba esto? ¿Quién lo controlaba? Necesitamos estas respuestas; el país y la gente las necesita. Tenemos que dar tranquilidad a la gente y decirle que estamos en un país con una buena sanidad. De esto tendremos que salir todos juntos, pero necesitamos que se nos informe de todo con claridad y transparencia, que no se nos esconda información, que no se nos ningunee y que esta claridad llegue a todos.

En cuanto a la gestión del ébola en los anteriores casos, por la que usted comparecía, nuestro grupo solo tiene que decir que tenemos conocimiento de que la comunicación con las comunidades autónomas a nivel técnico ha sido correcta y ha funcionado. No tenemos que decir nada en este aspecto. Pero vuelvo a repetir lo que dije al principio: No solamente estamos en una gestión política; estamos en unos grupos políticos de control al Gobierno y también se nos ha de dar esa información y se nos ha de explicar. Hasta ayer esos eran los reproches que teníamos que hacer. A partir de ayer hemos visto que no era suficiente, que no era tan buena la actuación y que no han funcionado tan bien los protocolos. Queremos que se corrijan. He empezado diciendo que algo ha fallado y que no puede quedar así. Se han de corregir todos los fallos, queremos depuración de responsabilidades y transparencia, y exigimos información. Desde luego, esperamos ver aquí en los próximos días, lo más próximo pronto posible y con urgencia, a la ministra dando las explicaciones políticas correspondientes que estamos esperando todos.

El señor **PRESIDENTE**: En representación del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Martínez Olmos.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 17

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Querría dar la bienvenida a la directora general de Salud Pública a esta Comisión, aunque en mi opinión viene tarde a dar explicaciones sobre la epidemia de ébola y su afectación en nuestro país. Pero antes que nada quiero sumarme a las palabras de mis compañeros de otros grupos parlamentarios en las que manifestaban la solidaridad con los dos sacerdotes que fallecieron, ahora también con la profesional del sistema sanitario que está afectada por esta enfermedad y con todos los profesionales sanitarios que están tratando de dar respuesta lo mejor que pueden en un sistema sanitario que tiene las capacidades necesarias para poder ofrecer respuestas solventes a la ciudadanía.

Como grupo parlamentario con experiencia de gobierno y con aspiraciones de volver al Gobierno sabemos que estas crisis de salud pública tienen que ser abordadas con el máximo rigor y la máxima transparencia. El máximo rigor implica que hay que abordarlo, se esté en el Gobierno o se esté en la oposición, sobre la base de la información técnica y científica que nos permita adoptar decisiones siempre basadas en la evidencia, que protejan la salud del conjunto de ciudadanía y, en concreto, de aquellas personas que puedan estar afectadas por la enfermedad. Esa tiene que ser siempre la guía. Creemos que tenemos un sistema sanitario solvente con profesionales solventes y una sociedad científica solvente que nos pueden ayudar a afrontar este tipo de situaciones con la eficacia que todos deseamos. En aquellos fenómenos como el que estamos comentando hoy, que trascienden al conjunto de la ciudadanía y producen preocupación, el rigor exige también la máxima transparencia y agilidad informativa y toda información que sea necesaria, porque en muchas ocasiones la reclama la ciudadanía directamente o a través de los medios de comunicación. Este tiene que ser otro elemento importante. A partir de ahí, luego está la labor de las autoridades sanitarias y de quienes ejercemos la oposición para evaluar lo que se hace, para aprender aquello que funciona bien y mantenerlo en sucesivas crisis y para mejorar aquello que es mejorable porque ha habido fallos humanos, fallos estructurales o decisiones políticas que el tiempo demuestra que no son las adecuadas. Con esa filosofía queremos hacer nuestra intervención.

Este es el momento del rigor en la información y del trabajo de los profesionales y de los expertos. Luego vendrá el momento de exigencia de responsabilidades —si es que hubiera lugar a ellas— por aquellas cosas que podrían haberse hecho mejor o que no se hicieron bien y que puedan tener soluciones técnicas, organizativas o responsabilidades políticas. Nosotros nos queremos centrar ahora en el primer momento. Desde ese punto de vista, entendemos que tenemos una sanidad solvente para poder afrontar situaciones como estas con garantías para los ciudadanos, gracias al esfuerzo de todos y fundamentalmente gracias a que tenemos profesionales sanitarios con alta cualificación. Eso para la ciudadanía tiene que ser un motivo de tranquilidad y lo queremos subrayar en este momento. También pensamos que forma parte del rigor técnico informar a la ciudadanía. Aquí todavía hay una enorme asignatura pendiente por parte de las autoridades sanitarias y, en concreto, del Ministerio de Sanidad. Como está usted compareciendo, quiero decirle que nosotros ya el día 5 de agosto formulamos un conjunto de preguntas con la intención de conocer cómo se había hecho el traslado, cuáles habían sido los protocolos que se habían aplicado y qué capacitación tenían los profesionales; incluso preguntamos si consideraban que iba a haber algún caso en España y si consideraban que tenían que comparecer o no. Días después, como no hubo respuesta, pedimos ya la comparecencia de la ministra a primeros de agosto. Tiempo habrá de pedirle responsabilidades, porque cuando ocurre un caso como el que ayer conocimos no es lo mismo estar en una dinámica de transparencia informativa y de fluidez de la información que no estar en esa dinámica. Es totalmente diferente y esta cuestión tiene una enorme importancia. Hoy claramente la ciudadanía está apuntando a la ausencia de confianza en el Ministerio de Sanidad porque su titular no comparece, no viene, no explica y no da respuesta a las preocupaciones de la ciudadanía. Por eso, agradeciendo su comparecencia, volvemos a echar de menos que la ministra de Sanidad comparezca para informar de lo que está sucediendo en relación con esta crisis de salud pública del ébola. Eso es algo que se puede corregir y, por tanto, sería conveniente que toda la información de la que dispongan se vaya poniendo a disposición de la ciudadanía.

Queremos señalar que es un error porque tuvimos un precedente con la gestión de la pandemia de la gripe A en esta Cámara y a nivel institucional. En esta Cámara hubo entonces cinco comparecencias de la ministra de Sanidad, hubo reuniones formales e informales con los grupos parlamentarios y esa fluidez y transparencia informativas, que fue modulando la respuesta que daba el sistema sanitario a la información científica y técnica que nos aportaban los que sabían de esa cuestión, fue fundamental para saber que estábamos haciendo lo que teníamos que hacer y, además, generando los consensos necesarios. Aquí también hace falta consenso y por eso echamos de menos información institucional y también información informal. Ustedes están dilapidando el beneficio que puede dar a la ciudadanía el trabajo de los grupos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 18

parlamentarios cuando oscurecen con su falta de información la respuesta que nosotros podamos dar, incluso apoyándoles —porque correspondería apoyarles cuando hagan las cosas bien— o criticando con alternativas, cuando eso proceda. Y esa cuestión debería corregirse, debería ser una lección aprendida que ustedes deberían tener en cuenta. Por tanto, creo que hay carencias de actuación en este caso; algunas de ellas ya se apuntan, pero la mayoría de ellas están pendientes de una investigación; una investigación que va a estar sometida a la investigación epidemiológica que tiene que estar en curso a partir del caso que aquí se ha demostrado. Las que ya se apuntan claramente es que algo ha fallado. Mientras que usted, como directora general de Salud Pública, le dijo a la ciudadanía que no había riesgo alguno, se ha demostrado con un caso concreto que algún riesgo había y que algo no ha funcionado. Yo no voy a juzgar qué es lo que no ha funcionado; eso debería ser consecuencia de la investigación epidemiológica que está en marcha, que nos debe dar la respuesta de qué cosas no han funcionado y en función de eso, ver las correcciones y las eventuales responsabilidades que se tengan que depurar. Pero tengo que anticiparle una cuestión, señora directora general. Mi grupo parlamentario —que está a su disposición para tratar de echar una mano en aquellas cuestiones que ustedes crean oportuno, porque cualquier problema de salud pública que afecta a la ciudadanía es nuestro problema como grupo parlamentario con aspiración de Gobierno que somos— va a exigir una investigación exhaustiva, pero va a exigir también información porque si no, no se va a dar la circunstancia que debería darse en cualquier sociedad democrática, que es la evaluación de nuestras intervenciones; una evaluación que, por una parte, consigue mostrar resultados a la ciudadanía y a los profesionales sanitarios de aquellas cosas que se están haciendo para ver qué se puede corregir en caso de que fuera necesario, pero que también ofrece la transparencia que en muchos ámbitos de la vida nos están pidiendo los ciudadanos. Necesitaremos disponer de la respuesta a las preguntas que aquí se han apuntado y a otras que le haremos llegar para poder corregir aquello que no funcione bien.

Es reprochable de su intervención el hecho de que al problema que más está preocupando hoy al conjunto de la ciudadanía le haya dedicado no solamente un mínimo tiempo de su intervención, sino que no haya añadido nada nuevo a lo que ayer se planteó en la rueda de prensa. Quedaron muchas dudas, algunas de ellas es razonable tenerlas todavía porque faltan los resultados de la investigación, pero quedaron muchas dudas que algunos de mis compañeros han manifestado. Por eso me parece importante que nos transmita hoy en la medida de lo posible información sobre cuestiones que son de preocupación para la ciudadanía con la intención de poder despejar esa preocupación. ¿Cuántos profesionales se están estudiando como posibles afectados por contacto con esta profesional? ¿Qué formación tienen los profesionales a día de hoy para poder aplicar correctamente los protocolos que se supone que se basan en la evidencia científica? Una pregunta que creo que tiene una respuesta clara —usted ha apuntado algo pero creo que es importante incidir en ello—, ¿hay riesgo para la población? Nosotros vamos a creer lo que digan las autoridades sanitarias. ¿Hay riesgo para la población? ¿Tiene motivos la población para estar preocupada? ¿Son seguros los protocolos? ¿Están en el ámbito y en el nivel en el que en cualquiera de los países desarrollados se tienen que desenvolver?

Finalmente, señora directora general, me parece absolutamente pertinente que señalemos aquí que, aunque esta es una cuestión que tiene un componente técnico, que es competencia del ámbito que usted tiene por responsabilidad como directora general de Salud Pública, ya no es suficiente con su presencia en el Congreso de los Diputados. Si la vuelven a enviar aquí, nosotros encantados y le agradeceremos sus explicaciones, pero un problema de salud pública que trasciende de la manera en que ha trascendido este —es verdad que esta es una enfermedad que preocupa al conjunto de la humanidad, sobre todo en las zonas geográficas a las que usted se ha referido y sobre las que nos ha dado una información detallada, pero también es cierto que los Gobiernos pueden hacer mucho más de lo que están haciendo en relación con esta enfermedad— hace preciso que podamos decirle a la ministra que su Gobierno tiene que rectificar la política de cooperación al desarrollo que está realizando, porque buena parte de las razones que explican por qué una y otra vez en lugares del mundo pobre nos estamos encontrando con focos de infección y con enfermedades que son una amenaza para esas poblaciones y también para el resto del mundo tienen que ver con la pobreza, con la desigualdad. Y el recorte presupuestario y el recorte político de su Gobierno hacia las políticas de cooperación tienen que ser rectificadas si queremos corregir razonablemente esta situación, y esto ya le trasciende a usted como directora general de Salud Pública. Por eso creo que nuestro país tiene que escuchar explicaciones del Gobierno —y fíjese lo que le digo, incluso del presidente del Gobierno— en una situación en la que hay preocupación de la ciudadanía —en algunas cosas con fundamento y en otras por falta de información— que tiene que solventarse con

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 19

acciones y con información correcta, a tiempo y veraz por parte del Gobierno. La pérdida de confianza que hoy caracteriza a la ministra de Sanidad respecto de los profesionales sanitarios y respecto de la población es un inconveniente y eso debe preocupar también al presidente del Gobierno. Por eso —termino ya, señor presidente—, creo que ustedes tienen que corregir sobre todo su política informativa y tienen que explicar muchas cosas que todavía están pendientes, algunas de ellas ya se las habíamos formulado por escrito a primeros de agosto.

El señor **PRESIDENTE**: En representación del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don Rubén Moreno.

El señor **MORENO PALANQUES**: Quisiera comenzar, como todos los grupos, expresando mi solidaridad con quienes han padecido y padecen esa enfermedad, el ébola, y con todos los cooperantes que han dejado su tiempo, y en algunos casos sus vidas, por intentar ayudar a una población que prácticamente no tiene nada en África occidental. Esa es una labor que compete efectivamente a todo el mundo. Desde el pasado 8 de agosto, cuando Margaret Chan, la directora general de la Organización Mundial de la Salud, declarase que el brote de ébola en África occidental, en Sierra Leona, en Guinea-Conakri, en Liberia y en Nigeria, constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional el Gobierno español ha actuado con absoluta rapidez, con determinación y con responsabilidad, y eso es absolutamente innegable. Ha habido una plena coordinación entre el ministerio y las administraciones, ha habido una exquisita transparencia en las actuaciones, información periódica, continuada y amplia, que además está en la web del ministerio. Cuando alguien dice que no ha habido información, no sabe que probablemente mientras la mayoría estábamos de vacaciones, usted, la ministra y todo el mundo en el ministerio ha estado trabajando estableciendo los protocolos que han permitido que este tema se tratara como internacionalmente ha sido reconocido: un funcionamiento idóneo, que es de ejemplo en el aerotransporte de pacientes y que ha sido recogido como tal en la reunión informal de ministros de Salud celebrada en Milán el 23 de septiembre. Es verdad que era responsabilidad del Gobierno y por eso lo hizo, pero no por eso hay que dejar de reconocerlo.

Aquí se ha hablado de fracaso nacional por el último caso. Yo preguntaría: ¿Es un fracaso nacional para un país como Estados Unidos el caso que ha tenido? Porque lo preocupante, señor Agirretxea, no es que haya habido una auxiliar de enfermería que se haya contagiado —eso es preocupante y ahora lo veremos—, sino que sería mucho más preocupante que tuviéramos casos por el país como los que ha tenido Estados Unidos. Lo que está diciendo eso es que los protocolos establecidos por el Gobierno han funcionado. Nosotros no hemos tenido casos de esos. Veremos ahora el tema de la auxiliar, que desde luego es un tema fundamental.

Hay que recordar que usted ha sido llamada aquí a petición de mi grupo parlamentario para que diera respuesta a los casos que hemos tenido y usted ha hecho lo que tenía que hacer. Es verdad que desde ayer por la noche la situación ha cambiado, pero su comparecencia era relativa a todo el aspecto en conjunto. Hace bien además en explicar qué ha hecho el Gobierno, porque si no podría dar la impresión de que no se ha hecho nada, y eso no es así y tiene que quedar claro. Que alguien no quiera escuchar esto a la luz del último acontecimiento está muy bien, pero no se puede desmerecer lo que ha hecho el Gobierno en este tiempo.

Entiendo que los grupos pidan la comparecencia de la ministra y no queda la menor duda de que la ministra va a venir a este Parlamento y hablará de este tema, como habla continuamente desde que comenzó la legislatura. **(El señor Llamazares Trigo pronuncia palabras que no se perciben)**. Señor Llamazares, es la ministra que más veces ha comparecido, quizá no en esta Comisión pero desde luego en este Parlamento. **(Varios señores diputados hacen gestos negativos.—Risas)**. Las estadísticas están ahí y las discutimos cuando ustedes quieran, pero no me refiero a eso. A lo que me refiero es a que cualquier grupo puede pedirlo. Lo que no creo que sea de recibo es que el Grupo Parlamentario Socialista —y no es el motivo del debate de hoy, pero, ya que sale, hay que decirlo— mandó en una crisis importantísima como la de la gripe aviar a su director general de Salud Pública, naturalmente, a don Manuel Oñorbe, año 2005, para dar explicaciones. Después vendría la ministra, seguro —claro, claro—, pero el primero que vino fue el director general, como ha venido hoy la directora general de Salud Pública. **(Varios señores diputados pronuncian palabras que no se perciben.— Rumores)**.

El señor **PRESIDENTE**: Por favor, no debatan entre ustedes, porque han tenido su turno. **(Continúan los rumores)**. Por favor.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 20

Don Rubén, siga usted.

El señor **MORENO PALANQUES**: El Gobierno tenía la responsabilidad de traer a los dos españoles y lo hizo, y si hay alguien más que queda contagiado, está en su responsabilidad traer a un nacional, como han hecho otros países, y además se hizo un transporte exquisito. Una vez en España esos pacientes quedaron bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, la que tiene las competencias en salud pública y en asistencia sanitaria. No digo que sea únicamente la responsabilidad de la comunidad autónoma; quiero decir que tiene las competencias. Si hubiera sido en el País Vasco, obviamente esta comunidad tendría las competencias en esta materia. En ese proceso... **(Varios señores diputados pronuncian palabras que no se perciben)**. Sí, es cierto, está la labor de coordinación y de sanidad internacional por parte del ministerio.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Moreno, un momento, por favor.

Señorías, ustedes tiene muchísimas experiencia en este campo y lo tenemos en todas las sesiones de la Comisión de Sanidad. Mientras han hablado los distintos portavoces ha habido un silencio estupendo y todo el mundo ha escuchado. Ruego por favor a todos los portavoces y a todos los miembros de la Comisión que escuchen con atención al portavoz que está hablando en este momento. Se lo ruego. Adelante, señor Moreno.

El señor **MORENO PALANQUES**: Muchas gracias, señor presidente.

En ese proceso ayer se hizo público el primer caso secundario de una trabajadora sanitaria. Eso es algo posible, muy poco probable, pero que sin embargo desgraciadamente ocurrió. Las actuaciones que esta situación requieren y que se están llevando a cabo son, en primer lugar y fundamentalmente, asegurarse de que todos los riesgos de la población están controlados. Es evidente que el riesgo cero no existe, pero, como usted ha dicho, se descarta el riesgo para la población, aunque es posible para los contactos que ha tenido esta trabajadora, y lo que se está haciendo ahora es controlar estos contactos.

En segundo lugar —se está haciendo—, averiguar las circunstancias en las que se ha producido este caso y desde luego y algo fundamental es dar el mejor tratamiento a esta trabajadora. Hay que determinar —y se está haciendo— si falló el protocolo o falló su aplicación. No es lo mismo. El protocolo es el que se aplica en todo el mundo, establecido por la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Control de Enfermedades. Es posible que fallara la aplicación del protocolo, pero obviamente, como se ha dicho aquí, será el resultado de la investigación epidemiológica que se está desarrollando por la Comunidad de Madrid. Ha habido un caso. Si el protocolo hubiera fallado masivamente en su aplicación, lo más lógico es que hubiera habido más casos. Eso es lo que dice la lógica. En todo caso habrá que determinarlo y después valorarlo precisamente por lo que pueda tener de importante en posibles nuevos tratamientos de nuevos pacientes que puedan darse.

En tercer lugar, hay que evitar el alarmismo. La alarma se evita actuando con eficacia y con transparencia informativa. Creo que lo hemos dicho todos, pero es la realidad. Eficacia significa una extrema rapidez —si es posible— en aclarar el contagio, por la seguridad y por el cuidado de futuros pacientes. En eso hay que ser extremadamente rápido. Se está haciendo, lo sé. Ayer conocimos el caso, no han pasado ni veinticuatro horas y usted tiene una reunión, está aquí compareciendo, pero probablemente debería estar en el ministerio en ese trabajo de campo que se está haciendo.

El otro aspecto importante es la eficacia, es el aislamiento de las personas que han estado en contacto, especialmente el de aquellas que han tenido un contacto más cercano como pueda ser el marido de esta trabajadora, con un seguimiento estricto durante los próximos veintiún días, que es el periodo de cuarentena que tienen que pasar, un periodo de incubación, del que ya sabemos que mientras no hay síntomas no hay transmisión, pero al final de esos veintiún días es cuando mayor riesgo hay a través del contacto directo con las secreciones del enfermo o con los objetos que han estado en contacto con él. Por tanto, el de la eficacia es un aspecto importante y el otro es el de la transparencia informativa, que tiene que afectar a todas las administraciones, por supuesto al ministerio, pero también a quienes hoy tienen la competencia en materia de asistencia y de salud pública en coordinación con el ministerio.

Son momentos en los que se pone a prueba un sistema sanitario. El nuestro es un buen sistema sanitario. Por eso precisamente hay que mantener la tranquilidad, desde la seguridad de que nuestro sistema sanitario de salud pública funciona correctamente. Estoy seguro de que esas dos premisas fundamentales para evitar crear alarma social, que son la eficacia y la transparencia informativa, se están manteniendo y se van a seguir manteniendo. Es así, ya lo fue en otras ocasiones. Esta no es la primera

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 21

crisis de salud pública que hemos tenido ni va a ser la última, y precisamente por eso y especialmente a los que han tenido responsabilidad de Gobierno les pido la responsabilidad en el abordaje de esta situación. Mi grupo parlamentario en crisis anteriores supo estar a la altura de las circunstancias e hizo piña con quienes en aquel momento tenían la responsabilidad de Gobierno precisamente para poder seguir trabajando conjuntamente en resolver los problemas, que es lo que el sistema requiere. Ha habido otras situaciones en las que probablemente la oposición podría haber hecho uso partidista del tema y no lo hizo, no lo hizo, y si quieren podemos hablar, aparte de la Comisión, sobre esas situaciones, algunas de las cuales están pendientes. No lo hizo porque en estos casos es más importante que nunca estar juntos. Dirán que eso no significa no pedir responsabilidades a quien haya que pedírselas. Por supuesto, pero lo que no podemos utilizar es determinados casos para crear una alarma social.

Nuestro sistema está preparado para responder, no me queda la menor duda, señora directora general, y por tanto le pido que siga trabajando como hasta ahora para aclarar, ayudar a quien tiene la responsabilidad en este momento de aclarar estos temas y la transparencia que se pide y que es obligatoria en este caso.

El señor **PRESIDENTE**: Para responder a los distintos grupos parlamentarios le doy la palabra a la señora Vinuesa, directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación, del Ministerio de Sanidad.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN** (Vinuesa Sebastián): En primer lugar, muchas gracias a todos por sus preguntas, por escucharme y por la comprensión de todos estos mensajes. Ante todo subyace un mensaje de responsabilidad, un convencimiento de la responsabilidad con la que todos trabajamos, ya que es una cuestión, la salud y mucho más la salud pública, que obliga a todos a tenerla.

En primer lugar, todas las notificaciones —hablo de transparencia— de los casos se han hecho inmediatamente. Anoche se comunicó con OMS y con ECDC. Esto es algo que no les había comentado, pero sepan ustedes que se hace desde el primer momento, porque la comunidad internacional tiene que conocer exactamente qué es lo que tenemos y qué es lo que estamos haciendo y con la información preliminar que teníamos anoche ya se manifestó. La investigación está en curso, por supuesto, ya desde ayer. El primer interesado es el Ministerio de Sanidad y entiendo que la Comunidad de Madrid, los profesionales, también lo están. Tengo que decir que me consta así. Probablemente me vean que estoy mirando al teléfono y es que me llegan entradas de cómo va evolucionando este trabajo. Además de la respuesta y de la investigación que se ha iniciado, nos hemos preocupado grandemente de que tengamos la información coordinada y de que todos dispongamos de la misma información. Ahora —iba a ser a las doce, la vamos a retrasar un poco— tendremos una Comisión de Salud Pública para compartir la información con todos los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a otras posiciones de transparencia, yo misma he comparecido cada vez que ha habido un caso y nos esforzamos por alimentar periódicamente la página web, por tener esa información, contactar con las embajadas y con los embajadores, contactar con las sociedades científicas, con los colegios profesionales, con las delegaciones del Gobierno, contactar con todos los que en el ámbito de la salud pública tengan directa o indirectamente alguna tarea que hacer que obligue al conocimiento y que suponga para ellos una información extra, igual que lo hacemos con los embajadores que están en la OMS, en la Unión Europea, etcétera, para que tengan cumplido conocimiento de cómo está evolucionando.

Con respecto a los protocolos, están contruidos desde el primer momento. Lo que se hace es adaptarlos, como se hace en todos los países, con la información que va suministrando fundamentalmente el grupo técnico, el Centro de Control de Enfermedades Europeo, no solamente la OMS. Por tanto, les puedo asegurar que los protocolos, que suponen una herramienta técnica de control de todos los casos y de todos los contactos, están actualizados al hilo de lo que están haciendo otros países. Periódicamente se revisan, porque el protocolo no es para dejarlo en un cajón, sino para cumplirlo, y mucho más en un brote, en el cual, como les digo, estamos teniendo reuniones de la Comisión de Salud Pública cada semana o cada quince días y los grupos técnicos lo mismo, porque nos obliga a ir mejorándolo con las recomendaciones externas y alimentándolo con toda la información que nos suministran sociedades científicas u otros grupos técnicos que tienen a bien hacernos alguna sugerencia que tiene sentido. Así que es nuestra preocupación, pero además que se cumpla. Las reuniones de la Comisión de Salud Pública suponen no solamente esta revisión, sino analizar cómo se van cumpliendo los determinados protocolos. Esto es muy importante no solamente para el ministerio sino para el resto de las comunidades autónomas, que ven cómo se están cumpliendo en el resto de los servicios de salud. En crisis como las

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 22

que hemos tenido —veo caras que han tenido que afrontar crisis antes— esto es crucial. Esto se ha hecho en otras ocasiones y es lo pertinente.

En cuanto a esta epidemia, me parecía muy importante el contexto. Créanme que a pesar de tenerlo preparado, he estado haciendo adaptaciones en la noche de ayer, porque entendía que había cosas que no merecía la pena explicar y otras que debíamos incluir. Con la información que teníamos hasta esta mañana he sido transparente sobre la misma y al menos en el inicio de toda la investigación que ha hecho la Comunidad de Madrid. Estamos a su lado, estamos participando en esa información y en esa investigación, en el estudio de cómo se ha cumplido el protocolo, que es la parte más importante, el mecanismo de cómo se ha cumplido, en ese registro de actuaciones para intentar encontrar una causa de qué es lo que ha dado lugar a este caso notificado, así como en el estudio de contactos, en circunscribir muy bien cuáles han sido. Me van dando informaciones, ya tienen prácticamente construida toda la lista de contactos. Lo primero que se ha hecho ha sido estudiar muy bien en esa lista cuáles son los contactos más importantes, los más estrechos, para tener con ellos unas medidas de protección y de control extras. Esto es lo que ya ha quedado instaurado desde el día de ayer a través de la Comunidad de Madrid, pero, como les digo, tengo constancia fehaciente porque estamos siguiéndolo punto a punto.

En cuanto a los protocolos, a la fijación de requisitos y al transporte, los requisitos fijados en los protocolos son los mismos. Si ustedes los comparan con protocolos de otros países, tenemos los mismos requisitos, porque en el fondo todos aprendemos del mismo sitio. Ahora es muy importante garantizar —lo repito— que se cumplan los protocolos y que se evalúe no solo lo que han incluido sino el cumplimiento del protocolo. Esa es la línea en la que estamos trabajando con la Comunidad de Madrid.

Yo vengo aquí a hablar de aspectos técnicos, no vengo a hablar de otras consideraciones políticas. Este es el nivel en el que me muevo, en el que me muevo con los directores de Salud Pública, en el que nos movemos con la información que damos a la prensa y en el que me muevo para hacer todos los informes y toda la evaluación. Es a lo que he dedicado toda mi vida, al control de la infección. Por tanto, esta es una tarea que me resulta en ese sentido muy próxima a lo que hemos estado realizando, al igual que lo hacen, como pueden imaginarse, todos los directores de Salud Pública y técnicos de la Administración, que dedican su vida cada día a este control y que están muy preocupados con esta situación y esperamos que se resuelva lo antes posible.

Me preguntaban acerca de la repatriación. La repatriación la han hecho otros países. La OMS recomienda que se repatrie a los nacionales. En lo que hemos puesto todo el esfuerzo ha sido en que las condiciones de la repatriación sean adecuadas. Hemos estado trabajando previamente y contrarreloj a la repatriación: con Asuntos Exteriores y con la Comunidad de Madrid, con la disposición de las ambulancias y con el nivel de protección que tenían en los hospitales. Previamente, cuando se establece el protocolo, tenemos la constancia por parte de todas las comunidades autónomas de que son capaces de albergar, con los requisitos fijados en este protocolo, a estos pacientes. Tenemos la constancia. Nunca hemos querido desvelar por parte del ministerio cuáles son los centros que cada comunidad autónoma ha propuesto para albergar a estos pacientes. Sin embargo, todas las comunidades han manifestado que cumplen los requisitos y cuál es el centro que podría aplicarse.

Con respecto a los mecanismos de protección, hemos tenido incluso una audioconferencia con el ECDC —se lo digo como curiosidad— para recordar cómo se ponían las medidas de protección —porque la consideración, el círculo, dependiendo de qué medidas, era diferente— y cómo se quitaban. Efectivamente, retirar las medidas de aislamiento es muy importante. Por eso, como les he explicado, lo que me transmiten desde el Servicio Madrileño de Salud es que tienen el registro —así es como debe hacerse— no solamente de todos los que entran en la habitación, sino de cómo se controla la puesta y la retirada de los equipos de protección. Hasta ahí les puedo decir. Seguramente, lo que está haciendo la Comunidad de Madrid es constatar todo ese registro de actuaciones y preguntar a todos los implicados. Ahora mismo esta es la tarea más importante en la que estamos implicados para sacar esto adelante.

Hablaban de riesgo. El riesgo es una probabilidad. Si recuerdan las matemáticas, la probabilidad, ni cero ni cien, con lo cual, ¿qué es lo que hacemos ante el riesgo? Evaluarlo y fijar las condiciones determinando el riesgo. Cada semana se evalúa el riesgo. En este caso, y como ya les he dicho en otras ocasiones, esta es una parte de la evaluación que hace cada país y que es obligatorio hacerlo en todas las crisis, en todas se ha hecho lo mismo y se evalúa de forma diferente para los profesionales sanitarios, para los ciudadanos o para los viajeros al área. En este momento, el riesgo sigue siendo bajo, pero esto no significa que las autoridades de salud no hagamos nada, al contrario. Desde el día de ayer y les puedo decir que desde agosto, cuando todos los que hemos estado implicados no sabemos si hemos tenido

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 23

vacaciones o no, hemos realizado un trabajo continuado, porque era nuestra obligación y no había más remedio que responder a estos requerimientos. Efectivamente, el riesgo sigue siendo bajo, pero las líneas de actuación y de investigación siguen abiertas para terminarlas lo antes posible, conocer qué es lo que ha ocurrido, si llegamos a saberlo, cambiar y aprender de lo que haya podido pasar o implementar más medidas de seguridad. No lo sé, esto es algo que se hace en todas las crisis y que se ha venido haciendo, pero ahora mismo nos obliga a estudiar cuáles son los contactos y qué es lo que se ha estado haciendo.

En cuanto a la labor y al estudio de los protocolos, les anuncio que cada semana tenemos una revisión y que ahora mismo, en cuanto yo me vaya de aquí, tengo reunión con la Comisión de Salud Pública. Les agradezco de todas formas su consideración y sus sugerencias. No sé si tienen alguna pregunta más que trasladar. Si no, me gustaría dar un mensaje, en el sentido que he remarcado, de la fortaleza de nuestro sistema sanitario y de la calidad de los profesionales. Creo que este es un caso, pero no debe de empañar lo que tenemos, cuál es la joya de nuestro país, que es nuestro sistema sanitario. Esto es lo más importante: continuar con nuestro trabajo y con nuestra investigación, evitar mayoritariamente la preocupación de la población, dar mensajes de tranquilidad y conocer exactamente cuál es la línea de trabajo que debemos de seguir como autoridad de salud pública. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Tres minutos para el turno de dúplica.

¿Señor Baldoví? **(Denegación)**. Señor Agirretxea.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Creo que la explicación que usted quería o debía de dar la ha dado en la primera parte. No sé si le tengo que contestar a usted o le tengo que contestar al portavoz del Grupo Popular, que es el que me ha contestado a mí, pero en cualquier caso reitero lo que he dicho al principio. Aquí estamos para asumir responsabilidades políticas y para dar explicaciones de todo lo que sea oportuno. Decir que los anteriores no habían presentado no sé qué y que no vino la ministra sino que vino... Estamos en una situación en la que no podemos andar con tonterías; estamos ante algo mucho más grave que todo eso. Por lo tanto, si hubo fallos de gestión, tendrán que asumir la responsabilidad los que fallaron en la gestión; si hubo fallos sanitarios, tendrán que asumir la responsabilidad quien falló sanitariamente, y si de todo ello quien tiene que responder es la autoridad política competente, tendrá que asumir la responsabilidad, de la misma manera que cuando son logros son los que se ponen la medalla. Creo que esto requiere de esa atención. Lo que no vamos a permitir es que para quitarse el bulto o para demostrar que no se tiene la culpa de ello no se den explicaciones, se escondan y no muestren la realidad por muy cruda que sea. Es mejor sonrojarse una vez que estar no sé cuántas veces en entredicho. Lo que ustedes deben de hacer es venir todas las veces que tengan que venir, mostrar total transparencia y, sobre todo, decir la verdad: dónde ha ocurrido el fallo, porque fallo ha habido. Vuelvo a reiterar lo mismo. También tiene que decir si se estaba o no se estaba preparado para ello, y si no lo estaban, decir no estábamos preparados para algo que queríamos hacer y a partir de ahí, seguramente, la siguiente vez se funcionará de otra manera.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Señora directora general, no me ha contestado a ninguna de las quince preguntas que le he hecho. Ya sé que este es el juego político habitual en este tipo de comparencias, pero, en aras de tranquilizar y de hacer lo que usted ha dicho que quieren hacer —aunque yo no lo veo por ningún lado—, que es transparencia informativa y por lo tanto evitar cualquier sospecha de oscurantismo o de que se están ocultando datos, al menos me podría haber contestado a alguna. Yo espero que a la Comisión Europea usted le conteste de otra forma a como está contestando aquí en sede parlamentaria al control que nosotros —es nuestro trabajo— estamos haciendo con usted. Porque es algo que ya empieza a estar cada vez peor, que es la marca España, incluso en esto, en lo que éramos o al menos en lo que teníamos motivos de para estar orgullosos, en todo lo que tiene que ver la sanidad respecto a lo que se hace en el resto del mundo; incluso en esto vamos de mal en peor.

Estoy completamente de acuerdo con usted en que hay que reivindicar la labor de los profesionales de la sanidad pública, absolutamente de acuerdo, pero la situación crítica de nuestra sanidad pública no se debe a los profesionales de la sanidad pública. Se debe a los responsables políticos que están trabajando en la sanidad pública, que la desmantelan y que no se ocupan de ella como es debido. Repito, espero que a la Comisión Europea le dé otro tipo de respuesta. Estoy seguro de que le dará otro tipo de respuesta y eso, qué quiere que le diga, a mi en el fondo me duele, porque demuestra que en algo nos

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 24

está faltando el respeto a nosotros, que somos representantes de mucha gente, de todos los españoles y que queremos que nos dé una información que no nos ha dado.

Como he hecho quince preguntas y no me ha respondido ni a una, me gustaría volver a repreguntar en dos cuestiones que me parecen fundamentales porque tienen que ver directamente con ese protocolo que usted dice que se ha seguido y que yo creo que no ha sido así. Me refiero a dos datos fundamentales. Si es cierto, repito, que los trajes que utilizaban esas enfermeras y parte del personal sanitario no eran los adecuados, por lo tanto no se estaba siguiendo el protocolo. Antes he dado el ejemplo. Se exige indumentaria de tipo 4 y se estaba utilizando la de tipo 2. Hemos hablado también del desmantelamiento del Carlos III y de cómo eso ha hecho que las infraestructuras donde hemos tratado a la gente no hayan sido las adecuadas. También quisiera saber cuál es su opinión al respecto, porque, repito, existe una recomendación concreta de que se aisle a los afectados en habitaciones individuales con presión negativa y aquí tampoco se hizo así. Entonces, ¿de qué tipo de protocolo estamos hablando? ¿Hemos fallado o no en ese protocolo? ¿O es que nosotros tenemos otro distinto? A mí francamente me hubiese gustado que nos hubiese respondido. Me gustaría que al menos en estas repreguntas que le estoy realizando me conteste a estas dos cosas muy sencillas, repito, por respeto. Contéstenos, demuestre que quiere llevar a cabo esa transparencia informativa de la que usted ha alardeado, pero que no ha practicado en ningún momento de su comparecencia.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Tenemos un grave problema con el Ministerio de Sanidad. La responsable política ante un tema como este no lo considera suficientemente importante para comparecer ante el órgano político y una directora general no se considera política sino técnica. No sé si han hecho una oposición en relación con sus capacidades en materia de salud pública, pero no creo que haya sido así. Creo que usted es una responsable política y tiene que dar cuenta de una gestión política basada en criterios técnicos, pero de una gestión política. Está intentando eludir el control democrático refugiándose o bien en los sanitarios o bien en la técnica, y no, no es así. Usted tiene que dar cuenta de una gestión política.

Tampoco puede escudarse en la Comunidad de Madrid. La Comunidad de Madrid tiene responsabilidades evidentes en cuanto al reparto de competencias, pero ha habido decisiones que han tomado ustedes al máximo nivel; decisiones que tienen que ver con el protocolo, decisiones que tienen que ver con el centro de referencia, decisiones que tienen que ver también con las repatriaciones. Son decisiones políticas, sin lugar a dudas orientadas por la salud pública, pero de gestión sanitaria. Usted no quiere dar ninguna cuenta aquí. Son decisiones que han llevado a un fracaso que estamos viviendo en estos momentos. Parece ser que ya hay más personas afectadas o no afectadas, pero en dudas. Tienen que dar ustedes explicaciones, tienen que explicar por qué tenemos el primer caso de Europa.-(Termina señor Llamazares).

¿No será que pensamos que esto era una operación o una intervención únicamente súbita en un país subdesarrollado y que nosotros teníamos la capacidad de enfrentarlo sin problemas y hemos minusvalorado el riesgo y no hemos puesto en práctica todas las medidas? Podría ser, pero en relación con la protección y el aislamiento algo ha fallado. Algo ha fallado y no se puede interpretar que sea un fallo humano, porque nadie puede estar tan loco para contagiarse cuando uno sabe y cuando el temor de los sanitarios era la capacidad de contagio de la enfermedad y la alta mortalidad de la enfermedad. Por lo tanto, ha habido un fallo en materia de protección y de aislamiento. Y en materia de seguimiento lo mismo. ¿Cómo es posible que hayan pasado seis días en los que esta persona ya padecía la enfermedad, ya era transmisora de la enfermedad? No he recibido ninguna contestación por parte de la directora general, y me gustaría que hubiera una contestación en esas materias. Igual que esa contestación en esas materias es la que delimita la inseguridad o la seguridad. Usted no transmite la seguridad o la inseguridad porque vengan vestidas de oscuro. No, eso no transmite seguridad o inseguridad. Lo que transmite seguridad o inseguridad es la explicación que dan a ese fallo y las medidas a adoptar en relación con los contactos: qué medidas se están adoptando en relación con los contactos, que parece que han sido amplios. Eso no se ha dicho aquí, en esta Comisión de Sanidad, y yo creo que es una comparecencia fallida como otras tantas.

En relación a la ministra, lo cuantitativo y lo cualitativo es diferente, ¿no? Hay que saber cuándo uno tiene que comparecer al margen de que su grupo parlamentario lo considere, y hoy era un momento para comparecer. No puede ser estar ayer en una rueda de prensa aunque estés en una posición menor y no venir hoy al Congreso de los Diputados. ¡Es inaceptable en términos políticos!

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 25

El señor **PRESIDENTE**: Señor Martínez Olmos tiene la palabra.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Voy a ser breve.

Tengo que decirle que esta comparecencia no nos deja satisfechos, pero todavía menos cuando he escuchado al portavoz del Grupo Parlamentario Popular, porque no ha dicho la verdad.

En la pandemia de la gripe A, la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, compareció en cinco ocasiones en las Cortes Generales. Cuando hubo la alerta sobre la gripe aviar, donde era simplemente una alerta pero sin casos en ningún territorio de la Unión Europea, etcétera, compareció la directora general de Salud Pública. Eso no quita que ustedes tuvieran una actitud responsable en general en la comunidad y en el grupo parlamentario que yo quiero reconocer —como creo que la estamos teniendo nosotros—, a pesar de que algunos responsables del Partido Popular en ese momento incluso llegaron a pedir la dimisión de la ministra Chacón. La señora Mato dijo literalmente que la responsabilidad de la política sanitaria es evitar la propagación de enfermedades y dar explicaciones públicas y, si no lo hace, la ministra tiene que dimitir. Fue su frase literal, me la sé de memoria. Fíjese si hay una actitud responsable por nuestra parte. Porque para llegar a esa petición de dimisión —que todo se andará—, nosotros lo haremos cuando se constaten fehacientemente errores en la gestión. Ahora mismo lo que hay claramente son errores en la información, errores en la dirección. Y hay una cuestión que nos preocupa muchísimo —porque después de esta comparecencia desgraciadamente la ciudadanía no va a quedar más tranquila, no precisamente por lo que nosotros hayamos dicho sino por lo que no ha contestado el Gobierno—: es la ausencia de intervención por parte del Gobierno ante el desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, que preocupan a muchos profesionales, y preocupa a la ciudadanía cómo eso ha podido estar condicionando la respuesta que se ha dado. Todo se sabrá después, cuando se haga la investigación. Pero no es un tema menor el desmantelamiento de la Dirección General de Salud Pública en la Comunidad de Madrid, no es un tema menor, y no es una cuestión de competencias o no competencias; es una cuestión de política sanitaria.

Un último asunto. Yo comprendo lo que dice la directora general de Salud Pública respecto de que las comunidades proponen los hospitales de referencia. Es que es una obligación —de ustedes, de nosotros como Reino de España— ante la comunidad internacional comprobar que cumplen los requisitos. Porque cuando eso no sea así, quien tiene que dar la respuesta ante la comunidad internacional es el Gobierno de España, y no vale escudarse en que ‘a mí me propusieron este hospital’. Comprendo que hay dificultades de recursos en el ministerio para hacer comprobaciones, pero se pueden hacer las comprobaciones y se deben de hacer las comprobaciones.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Moreno.

El señor **MORENO PALANQUES**: Voy a ser muy breve, señor presidente.

Como he dicho en mi primera intervención, es una obligación de las administraciones, las competentes y aquellas que tienen obligación de coordinar y supervisar, asegurarse de que todos los riesgos de la población están controlados —es en lo que se está trabajando—, averiguar las circunstancias en las que se ha producido este último caso —es en lo que se está trabajando—. Cualquier afirmación que hagamos ahora es pura especulación; hay que esperar a ver cuál ha sido ese proceso; hay que evitar el alarmismo, desde luego, y para eso hay que actuar con eficacia, con contundencia y con transparencia informativa. Apelo una vez más a la responsabilidad de los grupos parlamentarios y transmito a la ciudadanía, desde mi punto de vista, la seguridad de que tenemos un sistema sanitario y de salud pública capaz de hacer frente a esta situación y de solucionarla.

El señor **PRESIDENTE**: Cierra el debate la señora directora general.

La señora **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN** (Vinuesa Sebastián): Les voy a responder con algunas consideraciones en cuanto a lo que me han comentado. En primer lugar, no sé si me he expresado bien, quiero recalcar la importancia de la investigación que se ha empezado ayer, del estudio del mecanismo de producción de esto y de la identificación de todos los contactos, que está ya iniciada y prácticamente terminada. Esta es la parte más importante a la que nos tenemos que dedicar en cuerpo y alma en este momento.

En cuanto al protocolo y algunas de las cuestiones que me preguntaba, los protocolos están hechos con las recomendaciones que hace CDC. Hay recomendaciones generales más antiguas que se hacían para las enfermedades producidas por virus hemorrágicos, y hay recomendaciones específicas que se

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 26

hacen para el ébola. En las recomendaciones específicas que se hacen para el ébola no están recogidas las habitaciones de aislamiento con presión negativa. No está recogido, con lo cual esto es una medida de seguridad extra que se aplica en función de consideraciones específicas, que se tienen en cuenta en un momento determinado si el paciente necesita unos requerimientos especiales. Esto es igual que el traje. Los trajes de protección y las medidas de protección son protecciones barrera, ni siquiera necesitan una mascarilla de alta filtración; sin embargo, sí se utilizan mascarillas de alta filtración cuando hay maniobras que producen aerosoles. En fin, son condiciones específicas y así están recogidas. Tengo mucho interés en aclarárselo porque sí me parece una cuestión crucial en este sentido. Se establecen unos mínimos —son mínimos internacionales— y después en función de otras características del paciente se pueden ampliar los contenidos de seguridad; pero es muy *ad hoc* en el terreno, no es general. Con lo cual, estas son las recomendaciones que se barajan.

Respecto a lo que ha ocurrido con la gestión de este tiempo, la información que tengo —que es la misma que el doctor Alemany comentó ayer— es la información que hay ahora mismo disponible. He compartido hasta esta mañana los mismos registros, porque así me lo han pasado, de cómo habían sido las actuaciones y esta es una de las líneas de investigación más importante, saber —si llegamos a saberlo y, desde luego, vamos a intentarlo— qué es lo que ha ocurrido. Ya les digo, en cuerpo y alma, ahora mismo, hay que aislar los contactos, y a cumplir esta parte de nuestro trabajo que es lo más importante. Esto es lo que verdaderamente garantiza que el riesgo para la población sea mínimo. Esto es un compromiso de actuación de todos los servicios de salud que no podemos finalizar hasta que no finalice toda la investigación. Pero en este momento todos estamos comprometidos en lo mismo. Es una tarea de responsabilidad y de compromiso, puesto que las cuestiones de salud pública así lo confieren. Hay que dar un mensaje de tranquilidad porque es un caso aislado y, en cualquier consideración, estamos haciendo todos los esfuerzos para escarbar y determinar no solo lo ocurrido, sino todos los implicados, y no solo en la Comunidad de Madrid —puedo hablar por ellos, aunque son los que fundamentalmente lo están realizando con nuestro apoyo y con nuestro conocimiento—, pero es en eso en lo que estamos. Esa es la principal tarea y además hacia los ciudadanos, como ustedes mencionan, esto es lo que tenemos que manejar. Tenemos que dar un mensaje de tranquilidad y de riesgo bajo, igual que ha ocurrido en otros países que han gestionado un caso. No es el primer país en el que ha ocurrido un caso fuera de África, si bien es cierto que es el primer país en Europa, pero se ha trabajado con celeridad para implantar todas las medidas después de la declaración del brote. Como anécdota, les puedo decir que a las seis menos veinte de la mañana estábamos en el aeropuerto de Barajas esperando a los viajeros que venían del vuelo de Nigeria. Hemos sido muy proactivos y muy rápidos en todas las medidas, y ahora vamos a ser igual de concienzudos en la investigación.

Les agradezco muchísimo todas las consideraciones, sus escuchas y aportaciones.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias a usted por sus intervenciones y por su presencia en esta Comisión.

Vamos a hacer una pausa para despedir a la directora general. **(Pausa)**.

### PROPOSICIONES NO DE LEY:

#### — SOBRE LAS AYUDAS A LA DEPENDENCIA EN EL TERRITORIO VALENCIANO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/000945).

El señor **PRESIDENTE**: Hay unos cambios en el orden del día. El punto 2.º y el punto 3.º se debatirían al final, después del debate de las proposiciones no de ley. La votación no será antes de las dos.

Empezamos con el debate sobre la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Mixto sobre las ayudas a la dependencia en el territorio valenciano.

Tiene la palabra el señor Baldoví.

El señor **BALDOVÍ RODA**: Recientemente la atención a la dependencia en el País Valenciano recibió una nota de 0,4 sobre 10 del Observatorio de la Dependencia, según la escala de valoración territorial que semestralmente realiza; la peor nota de todo el Estado español. Hasta el Síndic de Greuges, un exdiputado del Partido Popular, dice que la ley se incumple. Esta misma mañana el Tribunal Superior de Justicia de Valencia anula el decreto del Consell que establece el copago en discapacidad porque es coactivo y porque vulnera los principios de reserva de ley, el de legalidad en materia tributaria y el de jerarquía normativa. El problema muchas veces es que, a nuestro entender, el Partido Popular no cree en el Estado

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 27

del bienestar, y allí en Valencia lo poco que se ha hecho ha sido en clave de negocio y habría que preguntar a los familiares del señor Cotino, cuyas empresas se dispararon cuando entró en la Consellería de Bienestar Social. En concreto, el Grupo Savia pasó de ingresar por plazas subvencionadas al Consell de 11 millones en 2006 a unos 40 millones en 2009. Cuando el señor Cotino se marchó, su sobrino expresó que estaba consternado porque le estaba adjudicando muchas obras. Además de la modificación legislativa, para reducir los beneficiarios de las prestaciones el Consell valenciano está revisando los criterios de evaluación del grado de dependencia, basándose en criterios economicistas y no en mejoras o aplicaciones objetivas de la ley para rebajar los grados y no pagar nada. Antes, por ejemplo, a un niño con trastorno TEA, de autismo, le valoraban un 65% y ahora le otorgan solo un 15%. Evidentemente, no ha habido mejoras y el Tribunal Superior de Justicia está estimando las sentencias de los afectados que con enfermedades irreversibles les declaran de oficio mejoras. A más a más no están resolviendo el PIA para no pagar nada. Sin embargo, según el Tribunal de Cuentas, han estado recibiendo financiación del Estado para personas que ahora están ya fallecidas y tardan hasta tres y cuatro años en resolver y abonar las prestaciones. Hay miles de expedientes sin resolver. Es más, el propio Síndic de Greuges se manifiesta sobre este hecho en su informe anual, indicando que considera que hay responsabilidad patrimonial de la Administración por el retraso injustificado en resolver.

La aplicación de la Ley de Dependencia ocupa el segundo lugar en el ranquin de quejas en el País Valenciano, mil más este año que el pasado, y hay que destacar la afirmación que hace el Síndic de que la demora en la resolución y el pago de las subvenciones no es una cuestión coyuntural producida por la actual situación económica. Esta situación se produce allí, en territorio valenciano, desde el primer día de la entrada en vigor y la desesperación del Síndic sobre esta cuestión queda patente en su informe donde dice: La petición de créditos para sufragar costes por el retraso en los pagos a los centros ha generado una situación insostenible, cierres, desahucios, etcétera. Si a eso le sumamos la financiación infame que recibimos y que el mismo conseller de Hacienda reconoce, los valencianos tenemos la tormenta perfecta. Por eso, en esta proposición no de ley pedimos lo que está pidiendo el sentido común, lo que está pidiendo medio país: que se reviertan los cambios legislativos en materia de dependencia y que se garantice financiación suficiente.

Aceptaremos tanto las enmiendas del Grupo Parlamentario Socialista, de modificación del punto segundo, como la enmienda de UPyD que añadiremos al final del punto segundo. Aceptamos esa enmienda en el sentido de que el Gobierno inste a la Generalitat Valenciana para que no imponga requisitos y copagos más gravosos que los establecidos, para que se vuelvan a financiar las cuotas de la Seguridad Social de los familiares cuidadores y, en última instancia, para que el Gobierno priorice la inversión y la financiación de líneas sociales. Después de ver cómo ha funcionado en estos tres años la Ley de Dependencia, por decencia y por solidaridad con las personas que están padeciendo más que otros los efectos de la crisis, todos deberíamos aprobar esta proposición no de ley.

El señor **PRESIDENTE**: Ruego a sus señorías que, si son capaces, se ajusten a los tiempos a lo largo de la mañana para que podamos finalizar bien el orden del día. Se lo ruego encarecidamente.

Hay dos enmiendas. La primera es del Grupo Parlamentario de Unión Progreso y Democracia. Señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Quiero decir muy rápidamente, en primer lugar, que agradecemos al señor Baldoví la propuesta que nos ha traído hoy. Nosotros estamos registrando en estos momentos otra muy parecida, sin embargo, nos parece importante intentar enmendar —agradecemos que se haya aceptado nuestra enmienda— el texto que nos propone hoy el señor Baldoví. Este tema nos preocupa especialmente por dos o tres motivos. Uno es obvio: hay un problema grave y real en nuestro país de gente que lo está pasando mal, que está en los sectores más desfavorecidos y que estamos dejando abandonada a su suerte. Hace tiempo se creó la Ley de Dependencia de una manera buenista. Para mí era una buena ley, pero no se la acompañó como era debido en cuanto a presupuesto; y eso ha generado un problema que se ha venido agravando —ese es el motivo de la enmienda que le planteamos al señor Baldoví— con otras circunstancias. Es cierto que en la Comunidad Valenciana, como él ha concretado, tenemos un grave problema de financiación, pero no somos los únicos; hay otros lugares donde esto también sucede. Es cierto que el que esta política se haya dejado al arbitrio de las comunidades autónomas, dependiendo de cuáles sean sus prioridades políticas o de cuáles sean sus posibilidades presupuestarias, ha creado algo que venimos denunciando a menudo en otros ámbitos y que es la desigualdad territorial de los ciudadanos de nuestro país que, dependiendo de dónde residan o dónde

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 28

hayan nacido, se ven en circunstancias muy distintas. Ese es el sentido de nuestra enmienda. Proponemos que haya un aumento presupuestario, pero que también se utilice para igualar las políticas y los presupuestos de las distintas comunidades autónomas.

Deberíamos hablar de más cosas y lo haremos en su día cuando presentemos nuestra propuesta. Se ha de hablar de los Presupuestos Generales del Estado y se ha de hablar de cómo el Estado debiera —aunque cada vez le van quedando menos herramientas para ello— garantizar algo tan importante como la igualdad de los españoles. También se han de garantizar otra serie de cosas que, a nuestro modo de ver, se están utilizando hoy en día de una manera tramposa. Se están revisando los baremos de una manera tramposa y tenemos la certeza de que las administraciones están escurriendo el culto y no están llevando a cabo lo que debieran hacer, que es cumplir con su responsabilidad y ayudar a aquellos que más lo necesitan. Presentaremos en breve nuestra propuesta y agradecemos al señor Baldoví no solamente que presente esta propuesta hoy, sino que además haya aceptado nuestra enmienda —repite— para que exista un acompañamiento presupuestario y, sobre todo, para que el Estado garantice la igualdad en todo el territorio.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Ros, para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **ROS MARTÍNEZ**: El pasado mes de marzo el Grupo Parlamentario Socialista presentó ya en esta Comisión una proposición no de ley, para garantizar que los criterios de participación en las prestaciones de los beneficiarios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia fueran respetuosos con los principios de universalidad y equidad. Son unos criterios que deberían preservar el derecho a un nivel suficiente de cobertura, independientemente del lugar en el que residan los beneficiarios, y que las comunidades autónomas en ningún caso puedan fijar condiciones de copago más restrictivas para los beneficiarios del sistema que las reguladas en el mismo. El Grupo Parlamentario Popular la rechazó.

Según un informe de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, el sistema para la autonomía personal y de atención a la dependencia ha perdido un usuario cada cinco minutos. El pasado 26 de septiembre la Plataforma de la dependencia de Castellón denunciaba que cerca de 3.000 dependientes habían fallecido esperando las ayudas de la Ley de Dependencia y otros 1.600 continuaban sin recibir ningún tipo de ayuda. Eso solo una de las tres provincias de la Comunidad Valenciana, una comunidad donde la Conselleria de Bienestar Social tiene más de 13.000 expedientes de dependencia sin que haya aclarado a qué años corresponden. La Comunidad Valenciana se ha convertido en la región de España donde más problemas burocráticos se producen en la tramitación de las ayudas a la dependencia. Donde había un derecho están poniendo una obligación, la del copago, o simplemente dejan a las personas sin derechos sin más. Están provocando que personas dependientes y discapacitadas se tengan que quedar en su casa, que no puedan ir a los centros ocupacionales y que no puedan acceder a una mínima atención.

Señorías del Grupo Parlamentario Popular, esto es ideología pura y dura: los servicios de calidad vuelven a estar reservados solo a los que tienen dinero; para los demás, beneficencia como mucho. El Tribunal de Cuentas ha constatado importantes demoras en las resoluciones del reconocimiento de las prestaciones de dependencia por parte de las comunidades autónomas, que incumplen el plazo de seis meses previsto desde la presentación de la solicitud. En la Comunidad Valenciana el retraso supera más de 300 días, casi un año. Los dependientes en la Comunidad Valenciana dicen no esperar nada de la Generalitat y de su Gobierno, solo burla y engaños; maltrato al que están sometidos año tras año. El Gobierno valenciano tiene paralizada la ley porque es una artimaña perfecta estudiada, planificada e instrumentalizada por el Gobierno para privatizar servicios y crear repagos. El pasado martes, 30 de septiembre, las plataformas en defensa de la Ley de Dependencia de Valencia expresaban su indignación ante el anuncio del presidente de la Generalitat sobre un nuevo plan para nuevos beneficiarios. Decían: Es una cortina de humo para ocultar el objetivo de destruir el sistema. Lo que le exigen al Gobierno valenciano es que cumpla la ley.

El Grupo Parlamentario Socialista votará a favor de esta proposición no de ley. Quiero agradecer las enmiendas aceptadas que instan al Gobierno a dirigirse a la Generalitat valenciana para evitar la imposición de requisitos y copagos más gravosos que los establecidos en la citada ley, y que también instan al Gobierno para que vuelva a financiar los cuotas correspondientes a la Seguridad Social de los familiares cuidadores de dependientes, conforme a lo previsto en la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Los datos son alarmantes en la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 29

Comunidad Valenciana. Aparecemos de manera reiterada en la última posición de cada uno de los parámetros de aplicación de la ley. Instamos al Gobierno a que corrija esta situación, a que se garanticen unos mínimos de cobertura y a que, en ningún caso, una comunidad autónoma pueda bajar de estos mínimos para que nadie quede excluido del derecho a un servicio público por razones económicas. Eso justamente es lo que está pasando en la Comunidad Valenciana. En la Comunidad Valenciana el Partido Popular jamás ha creído en la Ley de Dependencia y, por contra, ha estado boicoteándola de manera reiterada. **(El señor vicepresidente, Román Jasanada, ocupa la Presidencia.)** El problema no es económico, es ideológico y de concepción de un modelo de sociedad. Porque no es beneficencia, es justicia social.

Acabo con las palabras del comunicado de la plataforma en Valencia que decía: La forma de actuar del Consell ha sido de abuso inhumano a los dependientes. No creemos en sus promesas. Hay una cosa que no nos podrán quitar por muchos recortes que hagan: la dignidad. Todos podemos ser dependientes.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Turno de fijación de posición. Por el Grupo Parlamentario Popular, la señora Montesinos tiene la palabra.

La señora **MONTESINOS DE MIGUEL**: Tanto en el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso como en el Partido Popular de la Comunidad Valenciana y en el Partido Popular de España, creemos en el Estado del bienestar y buena prueba de ello venimos dando en todos estos años de gobierno, tanto en España como en la Comunidad Valenciana.

Se ha hablado de que la ley es una ley buena, pero una ley sin dotación presupuestaria, y eso es una realidad fehaciente. Se aprueba durante el Gobierno del Partido Socialista pero, como todas las leyes que emprende, anima e impulsa el Gobierno socialista, su dotación presupuestaria está ausente; por tanto, humo. Desde que gobierna el Partido Popular se ha venido dotando presupuestariamente y con todo el compromiso que va más allá de lo exigible, porque nosotros sí nos lo creemos. Efectivamente, es cuestión de justicia social, y precisamente por eso nuestro compromiso es firme. Aquí se ha entrado en conflicto por algunos porque, una de dos, o como viene siendo hasta ahora corresponde a las comunidades autónomas enmarcar la Ley de Dependencia, o bien pasa a ser ahora del Gobierno de España. No me casa que haya enmiendas que se incorporen por un lado y que por otro se contradigan, y una de ellas entre otras cosas termina con la autonomía de las comunidades autónomas. Es verdad lo que se ha dicho aquí —no voy a negarlo— sobre que ha habido una sentencia, que se ha conocido esta mañana. Dicha sentencia por otra parte no entra a valorar el fondo de la medida, ni mucho menos; muy al contrario, no lo critica ni lo pone en cuestión. Donde hace la llamada de atención es en la falta de rango normativo al que está sujeto ese decreto, que debería haber sido una ley, pero nada más, no entra a valorar el fondo. Insisto, muy al contrario, se le pide al Consell y a las Cortes Valencianas que en caso de que quieran que continúe adelante esa medida se le revista del rango de ley. Eso es todo lo que se le ha pedido.

Vamos a recordar aquí —se han dicho cosas muy graves— que en la Comunidad Valenciana hay más de 40.000 beneficiarios en este momento que desde luego no opinan lo que se ha dicho esta mañana. Son más de 40.000 beneficiarios los que están aplaudiendo —porque además no podía ser de otra manera por nuestra parte— que estemos cumpliendo con la Ley de Dependencia y con los dependientes de la Comunidad Valenciana. En ese sentido lo que no parece que se corresponda con la realidad son esas señales de las plataformas, que están instrumentalizadas por la izquierda de la Comunidad Valenciana en el sentido de las consignas que se vienen utilizando. Hay un compromiso, no como sucede en la Comunidad Autónoma de Andalucía —yo sé que ustedes les molesta pero de vez en cuando me gusta hacer las comparativas—, donde, por ejemplo, en el último año —se lo recordaba nuestra portavoz en la Junta de Andalucía— el número de dependientes con prestación se redujo. No es que el número vaya en aumento como sucede en la Comunidad Valenciana donde se van incorporando nuevos dependientes al sistema; es que se redujo en 27.000, es decir, un 14 %. Por tanto, es un absoluto disparate que en este momento se esté penalizando a los dependientes en las comunidades en las que ustedes gobiernan, y pretenden trasladar ese modelo al resto de las comunidades. Para que no se nos olvide, en este momento está intacto el objetivo de la Ley de Dependencia para el que fue aprobada, y el derecho se hace efectivo a través del catálogo de servicios y prestaciones que contempla, como todos sabemos; catálogo que no solo no ha sido restringido por este Gobierno, sino que se ha mejorado con la extensión de la prestación económica de asistencia personal a todos los grados de dependencia.

La cuestión a resaltar es que el vigente baremo de valoración de la situación de dependencia fue acordado en la legislatura anterior entre todas las comunidades autónomas en el pleno del Consejo

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 30

territorial de 2010. En definitiva, ninguno de esos elementos a los que ustedes hacen referencia en este momento está en peligro. La financiación para la atención a la dependencia está incluida en los Presupuestos Generales del Estado, y desde luego el Gobierno del Partido Popular la viene cumpliendo, cosa que no hizo el partido que se vanagloria de haber puesto en marcha la Ley de Dependencia; insisto, papel pero nunca dotación presupuestaria. Sin embargo, ahora esa dotación presupuestaria está más que garantizada. Hoy el sistema de atención a la dependencia es más transparente, se evalúa, se fiscaliza con periodicidad anual, cuenta con un sistema de información fiable y alabado por el Tribunal de Cuentas, y dispone de una financiación suficiente para garantizar su sostenibilidad. Así concluye el último informe del Tribunal de Cuentas que afirma que el Gobierno de la nación, por los Presupuestos Generales del Estado y en cumplimiento de las dos leyes, cumple con la financiación que establece la legislación actual en esta materia. Según este informe, en 2013 el Gobierno destinó 3.680 millones de euros, que suponen 69 millones de euros más que en 2011. Como resultado de toda esta política el sistema para la autonomía y la atención de la dependencia tiene, frente a 31 de diciembre de 2011 —Gobierno socialista—, más beneficiarios con prestación —15.500 más—; más nuevos beneficiarios de prestaciones incorporados al sistema —más de 258.000—; menos personas pendientes de recibir prestación con una reducción de la lista de espera en más de un 40%. El 80% de los beneficiarios con prestación ya se encuentran atendidos, y este porcentaje asciende hasta al 85% si nos referimos a las personas con gran dependencia y dependencia severa, y hay más servicios profesionales —del 54,60% hemos pasado a casi el 57%— que generan 7.437 profesionales más. A 31 de diciembre de 2013 hay 345.554 profesionales de servicios sociales afiliados a la Seguridad Social, que es la cifra más alta de la historia de la Ley de la Dependencia. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

Para concluir con esto, quiero dejar bien claro que estos datos que acabo de citar avalan la política en materia de dependencia que viene practicando el Gobierno del Partido Popular, que el Real Decreto-ley 20/2012 establece que el convenio de cuidadores no profesionales al que se hace referencia y cuya cuota a la Seguridad Social no pagó el Gobierno del Partido Socialista, dejando además la deuda en más de 1.043 millones de euros —los mismos que ahora pide que se pongan a disposición son los que dejaron a deber—... **(La señora Aguilar Rivero: Es falso).** No es falso, es rigurosamente cierto. La reto a que me demuestre que esos 1.043 millones de euros se pagaron. **(La señora Aguilar Rivero: Acepto el reto).** Entonces, explíqueme cómo en 2013 le tocó al Gobierno del Partido Popular pagar esa cantidad que ustedes dejaron a deber. **(La señora Aguilar Rivero: No es cierto).** Eso es lo que a ustedes les importa realmente la dependencia y sus cuidadores. A partir de ahora, con ese real decreto al que he hecho mención, el convenio de cuidadores no profesionales con la Seguridad Social pasaría a tener carácter voluntario; eso se ha acordado y es fruto de una mesa de trabajo de las comunidades autónomas. Insisto, señoría, que quede bien claro el compromiso firme, de rigor y de justicia social del Gobierno del Partido Popular. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE:** Votaremos entonces en este caso la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Mixto a la que se incorporan las enmiendas del Grupo Socialista y de UPyD.

— **SOBRE LA REGULACIÓN DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CATALÁN (CONVERGÈNCIA I UNIÓ). (Número de expediente 161/002067).**

El señor **PRESIDENTE:** El punto 5.º del orden del día se ha retirado por la señora Tarruella.

— **SOBRE LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA ESTATAL ESTATAL DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH/SIDA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE UNIÓN PROGRESO Y DEMOCRACIA. (Número de expediente 161/002226).**

El señor **PRESIDENTE:** Punto 6º: Proposición no de ley sobre la elaboración de un programa estatal de prevención y diagnóstico precoz del VIH/sida. Para su defensa tiene la palabra el señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL:** Señorías, según los datos facilitados por la Coordinadora Estatal de VIH/sida, Cesida, en nuestro país existen actualmente entre 130.000 y 150.000 personas infectadas por VIH, de entre las cuales entre el 25 y el 50% desconocen que están infectadas, siendo esto un vector de infección potencial muy importante para otras personas. El avance de los nuevos tratamientos más simples, con menor toxicidad, está potenciando una visión que nos parece errónea de la patología,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 31

porque se ha empezado a concebir el VIH/sida como una enfermedad crónica fácilmente controlable, por lo que una parte importante de la población está bajando la guardia a la hora de tomar medidas preventivas, sobre todo en lo concerniente a las relaciones sexuales sin protección alguna. El último estudio realizado por la Red de investigación en sida ha arrojado unos resultados preocupantes en cuanto a la incidencia de nuevos casos de VIH en España. Según dicho estudio, el 50% de los nuevos casos de VIH que se han diagnosticado en España en dicho periodo se han evaluado de manera tardía, y eso tiene unas consecuencias clínicas y epidemiológicas que conllevan para la persona infectada y para la sociedad en general consecuencias que son muy negativas. De los 5.062 nuevos diagnósticos que se analizaron en estos siete años, el 82% eran españoles, hombres, infectados por transmisión sexual con una media de edad entre los 31 y los 46 años. Este estudio reveló que las cifras de mortalidad temprana en diagnóstico tardíos, es decir en el año posterior al diagnóstico, asociadas al desarrollo del sida eran más elevadas que en pacientes en los que el diagnóstico de la infección se hacía de manera precoz. Los fallecimientos de la población muestral del estudio también señalaban que la tasa de mortalidad en los diagnosticados de manera tardía era superior a los diagnosticados en las primeras fases de la infección y que no habían desarrollado sida. Esto nos confirma la importancia de esta detección precoz a la que nosotros queremos contribuir con la propuesta que traemos hoy a esta Comisión. Los especialistas que realizaron dicho estudio fueron claros en sus conclusiones: el porcentaje de personas con diagnósticos tardíos de la infección es muy elevado y se concentra en determinados grupos de población, siendo muy importante prevenir estos contagios o detectarlos a tiempo para evitar los nuevos, y todo esto se debe hacer con la elaboración de estrategias y programas que fomenten un diagnóstico precoz del VIH. El sujeto que conoce su infección y es tratado en una fase precoz tiene mejor respuesta al tratamiento, mejor pronóstico y disminuye las posibilidades de desarrollar el sida y, por tanto, de propagarlo. Esta detección precoz no solo tiene repercusiones clínicas favorables para las personas infectadas, sino que dadas las limitaciones de recursos que cada vez más tiene el Sistema Nacional de Salud el tratamiento en fases tempranas de la enfermedad supone un ahorro en el corto y el medio plazo para nuestra sanidad. Disminuyen los ingresos hospitalarios, disminuye la necesidad de pautas antirretrovirales más costosas y la de otros fármacos accesorios utilizados para controlar las infecciones derivadas del sida, mejora la calidad de vida de las personas y les permite por tanto una vida laboral más activa y productiva. A esto hay que añadir que el diagnóstico y tratamiento precoces disminuyen el número de nuevas infecciones y, por tanto, la necesidad de tratar menos pacientes.

Siendo tan patente la importancia de contar con un diagnóstico precoz, las administraciones deben comprender que cuanto más accesible sea ese diagnóstico fácil, rápido y anónimo —importante— del VIH, mayores posibilidades existen para que las personas infectadas comiencen el tratamiento de manera precoz, consiguiendo esos resultados más favorables en todos los aspectos a los que nos hemos referido antes. Numerosas ONG e incluso servicios sanitarios en algunas comunidades autónomas están utilizando este mecanismo barato de diagnóstico y tratamiento precoces que proponemos como primer cribado; y además de barato es rápido, cómodo y anónimo. Creemos que los poderes públicos deben asegurar y mejorar la salud de la población actual y futura mediante acción preventiva y curativa específica en cada caso, entendiendo la promoción de la salud de los ciudadanos y la prevención de las enfermedades como una contribución decisiva al bienestar de los españoles.

Hemos introducido una autoenmienda en la parte propositiva de esta proposición no de ley. Para acabar mi intervención, presidente, voy a leer

cómo ha quedado. El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a elaborar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud un programa estatal de prevención y diagnóstico precoz del VIH/ sida, que se incorpore al programa multisectorial VIH/sida, de manera que: primero, se facilite el acceso universal a las pruebas de detección orales de VIH en farmacias, centros de atención primaria y hospitales como medida para combatir la extensión de las infecciones por VIH, facilitando el diagnóstico y tratamiento precoces de la infección, así como el acceso a pruebas rápidas convencionales en centros sanitarios y municipales; segundo, que incluya cursos de formación en los centros educativos sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual; tercero, que incluyan medidas legislativas pertinentes para restaurar la cobertura sanitaria a todas las personas inmigrantes indocumentadas infectadas por VIH/sida, que hayan quedado sin prestación sanitaria al entrar en vigor el Real Decreto-ley 16/2012, con el fin de prevenir potenciales riesgos para la salud pública; y, en último lugar, pedimos aumentar el presupuesto destinado para el programa multisectorial VIH/sida en el ejercicio 2015 con una cuantía al menos superior a la establecida para el ejercicio 2014.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 32

Hemos recibido una propuesta de enmienda del Grupo Socialista. Estamos haciendo una transaccional que todavía no terminamos de tener perfilada, pero en breve se la haré llegar a la Mesa, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a ver la diligencia en esa enmienda transaccional.

Defensa de las enmiendas de los distintos grupos. Tiene la palabra la señora Marcos, del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **MARCOS DOMÍNGUEZ**: Señorías, el señor Cantó ha leído textualmente parte de la proposición no de ley que firmó doña Rosa María Díez González el 29 de noviembre de 2013 y que está registrada en el Boletín Oficial de las Cortes de 17 de diciembre de 2013. El primer punto de esa PNL dice que hay que elaborar un programa estatal de prevención y diagnóstico precoz del VIH/sida. El señor Cantó sabe, porque se lo he comentado hace un rato, que en el mes de diciembre de 2013 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobó en el seno de Comisión nacional de coordinación de programas de prevención del sida el nuevo Plan estratégico de prevención y control de infección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Este plan da continuidad a los a los que se refiere la enmienda del Grupo Socialista. En la elaboración de este plan, como en la de los anteriores, se ha contado con la participación de todos los agentes implicados en dar respuesta a la epidemia, incluidas por supuesto las comunidades autónomas, las ONG y las sociedades científicas. Este primer punto está cumplido, señorías; el plan está elaborado, aprobado y publicado. Es este que les muestro. Si tienen interés se lo puedo facilitar, si no quieren acceder al mismo a través de la página web. Por eso, el punto primero de la enmienda del Grupo Popular les pide que apoyen desarrollar las medidas que se incluyen en el plan. El plan que tanto UPyD y Grupo Socialista reclaman en su enmienda, y que ha sido aprobado y publicado, se enmarca además en las estrategias internacionales de lucha contra la enfermedad y de forma muy especial en la estrategia Onusida 2011-2015, con su objetivo triple cero (cero nuevas infecciones, cero muertes y cero discriminación). Esto último, la cero discriminación, es lo primero que está en nuestra mano conseguir.

El Grupo Socialista pide en su enmienda que el plan esté acompañado de guías de actuación, y ya lo está. En el verano el ministerio publicó la guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz VIH en el ámbito sanitario. Evidentemente, la proposición no de ley es de diciembre del año pasado, pero durante 2014 se han hecho las cosas que él pedía. Esta guía además da respuesta a la preocupación del Grupo de UPyD para que se facilite el acceso universal a la prueba de detección de la enfermedad. Subraya, en primer lugar, que la prueba es voluntaria, con la excepción lógica de donaciones o trasplantes, y que debe hacerse con el consentimiento informado de la persona a la que se realiza. Por supuesto, debe ser accesible a toda la población de forma gratuita y —lo más importante, dada la gravedad de la enfermedad— debe estar acompañada de consejo posprueba y tratamiento en el caso de que el análisis dé positivo. Señor Cantó, permítame que le recomiende la lectura detallada del Plan estratégico, al menos de las páginas 114 a 123, porque allí podrá ver cómo se analizan con detalle las diferentes pruebas rápidas, sus ventajas y sus inconvenientes; todo ello tiene el objetivo —que creo que todos compartimos— de fomentar el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Señorías, el Plan nacional sobre el sida está trabajando en la elaboración de una segunda guía que acompañe a la que les he mostrado. Se trataría no solamente de recomendar el diagnóstico precoz en el ámbito sanitario sino también en los entornos comunitarios. También están avanzados los trabajos de actualización del mapa de centros de realización de la prueba del VIH, una tarea que cuenta con la imprescindible colaboración de las ONG. Por eso, en la enmienda que les proponemos instamos también al Gobierno a culminar lo antes posible estos dos trabajos. Señorías, el Grupo de UPyD ha presentado una autoenmienda, en la que retira una segunda petición de la PNL, publicar los datos correspondientes al informe de evaluación del plan multisectorial. Esos datos están ya publicados, por lo que entiendo que hayan retirado esta petición. Son francamente interesantes, por eso en la enmienda que les proponemos sugerimos que se les dé mayor difusión.

Termino, señor presidente. Durante más de treinta años la lucha contra el VIH/sida ha sido una prioridad política internacional. En España desde el inicio de la epidemia hasta el 30 de junio de 2013 se tiene constancia de un total acumulado de 83.171 casos de sida, con un pico de incidencia de 19 casos por cada 100.000 habitantes en 1994. A partir de 1996, y al generalizarse el tratamiento antirretroviral, disminuyó bruscamente la incidencia y la mortalidad, y esos descensos se mantienen hoy en día. Así, en 2012 la tasa de sida en España fue de 1,7 —de 19 sobre 100.000 a 1,7 por cada 100.000 habitantes—; además la tasa de nuevos diagnósticos del VIH es la mitad de la incidencia cuando la enfermedad alcanzó

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 33

su pico. A día de hoy el VIH es sobre todo una infección de transmisión sexual. Los usuarios de drogas inyectables, que fueron las principales víctimas de esta enfermedad a finales de los ochenta y principios de los noventa son solo el 5% de nuevos diagnósticos, y sobre todo podemos felicitarnos porque la transmisión de madres a hijos es únicamente del 0,2%. Todos estos datos animan a poner el acento en la prevención. Tal y como ha dicho el señor Cantó, quizá esté fallando la prevención en los últimos tiempos; pero para poner el acento en la prevención no hacen falta grandes incrementos del gasto público, sino una mejora de la cultura de la responsabilidad individual y de la prevención en la propia salud, de cuidarnos y de saber lo que hacemos. Son objetivos que creo que todos debemos y podemos compartir. Por eso les pedimos, aunque inicialmente me han dicho que no, que vuelvan a leer la enmienda y que intentemos buscar una transaccional a la del grupo proponente en la que todos podamos estar de acuerdo. En temas como estos no deberíamos tener una posición de rechazo de unos a otros. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Enmienda del Grupo Parlamentario Socialista. Doña Gracia, tiene usted la palabra.

La señora **FERNÁNDEZ MOYA**: Según el registro de nuevos diagnósticos de VIH en el registro nacional hay 3.210 nuevos casos en 2012 —últimos datos publicados—. El 85% de los nuevos diagnósticos son hombres de una media de edad de 36 años. El número de casos de sida continúa en descenso. Se han registrado 1.021 casos nuevos en 2012, el 77% varones, con una media de edad de 43 años. Hasta llegar a esta situación epidemiológica del VIH/sida han sido muchos los trabajos coordinados para el abordaje integral de una epidemia de tal magnitud y gravedad. Han sido muchos los esfuerzos que se han hecho en Gobiernos anteriores coordinados con las comunidades autónomas y con una coordinación internacional a través de Onusida. Estas actividades de coordinación estuvieron apoyadas en todo momento con presupuestos específicos y adecuados para la lucha dentro del Plan nacional del sida, presupuestos que se recortaron y prácticamente desaparecieron con el Gobierno del Partido Popular.

Los compromisos internacionales suscritos por España fueron los que enmarcaron los distintos planes frente a la infección por VIH/sida, siendo el último el Plan multisectorial 2008-2012. Aunque nos enseña la diputada del Grupo Popular el Plan multisectorial renovado, les ruego que miren en la página del ministerio, donde se supone que tienen que estar todos los documentos importantes que deben conocer los profesionales y la población, en el que consta el último Plan multisectorial España 2008-2012 y su evaluación, que se publicó en julio de 2013. Les ruego que toda la documentación —por eso he puesto énfasis en que se publicara— relevante para la población y los profesionales esté accesible, no guardada en los cajones. El periodo del plan, como le decía, ya ha terminado; hemos evaluado los datos para que se ponga en marcha —lo supervisaremos— todo lo incluido en el nuevo plan.

Recordemos que según la evolución natural de las enfermedades se puede actuar en una prevención primaria, para evitar el contagio, para evitar que la enfermedad se desarrolle; esta sería la ideal, que reduce costes personales y sanitarios. A ella se deberían enfocar la mayoría de los esfuerzos y recursos. Debería ser la prioridad. Como medidas para la prevención primaria sigue siendo fundamental la información, sensibilización para utilizar siempre preservativos en las relaciones sexuales y seguir investigando para conseguir una vacuna segura y eficaz, aparte de campañas dirigidas a la población general, sobre todo a aquellos sectores de población con mayor riesgo de infección por el VIH, aunque el riesgo para cada individuo dependa de sus prácticas y no del grupo al que pertenezca.

El marcado descenso del número de casos de Sida que se diagnostican cada año, así como de la mortalidad por esta causa y la evidente mejoría en la calidad de vida y el pronóstico de las personas infectadas, ha contribuido a extender entre la población la percepción de que la infección por VIH está controlada en España. Es evidente que esta visión no se corresponde con la realidad, y puede dar lugar a una relajación en las medidas de prevención y a una sensación de falsa seguridad en el conjunto de la población. Son las prácticas sexuales las que están determinando ya la transmisión del VIH y el futuro de la epidemia. Reforzar la cultura del sexo seguro en el contexto de una epidemia cambiante es ya el principal objetivo de la prevención, siendo su principal herramienta el preservativo. Recordemos también que la prevención es la única vía para evitar las infecciones de transmisión sexual, que son un indicador temprano de conductas sexuales de riesgo, y su incidencia está creciendo en los últimos años, incrementándose sobre todo las tasas de sífilis y gonococia. La prevalencia de coinfección de VIH y sífilis o gonococia es muy elevada. En segundo lugar, si la prevención primaria falla y se produce el contagio, deberíamos ser capaces de conocerlo lo antes posible; diagnóstico precoz para disminuir los riesgos. Creemos que es muy importante, pero no puede ser lo prioritario. El porcentaje de diagnóstico tardío —es

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 34

muy elevado— ha sido del 28 %; en 2011 fue del 29 %. Se estima que entre 120.000 y 150.000 personas viven con la infección por el VIH en España, y una cuarta parte de ellas aún no lo conoce. Esto supone un problema de salud pública y nos obliga a multiplicar los esfuerzos para aprovechar todas las oportunidades posibles para el diagnóstico de la infección por VIH, lo que significa estrategias de acercamiento a las personas que poseen mayor riesgo de ser infectadas de VIH y presentan barreras de acceso al sistema sanitario, por ejemplo con las pruebas rápidas. En Andalucía se está haciendo en coordinación con las ONG. En esta gran tarea es fundamental la implicación de atención primaria para la captación oportunista de las personas, aprovechando la realización de otras analíticas, y es fundamental un control estricto en las embarazadas. Por último está la prevención terciaria. Una vez diagnosticados los pacientes, tienen que tener un acceso al tratamiento y a los recursos necesarios para favorecer su recuperación y la mejora de su calidad de vida. Esto supone también acceso sin discriminación de ninguna persona. El Plan multisectorial frente a la infección de VIH/sida recoge en su objetivo primero como prioritario evitar nuevas infecciones con actuaciones dirigidas a población general y a personas con prácticas de mayor riesgo.

En un segundo capítulo se incluyen los objetivos para reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia, en los que se contempla el diagnóstico precoz y el tratamiento seguro y accesible. Fruto del consenso y la colaboración con profesionales y expertos también se publicaron veinticuatro guías con documentos de consenso y recomendaciones. Hace muy poco, la última guía publicada este año es precisamente sobre las recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Hemos propuesto enmiendas al grupo proponente de esta iniciativa con la intención de mejorarla, de añadir algunos puntos nuevos. Estamos tratando de llegar, como ya ha comentado su proponente, a un consenso en una transaccional que ya pasaremos a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Turno de fijación? (**Denegación**).

### — RELATIVA A LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA CONSECUCCIÓN DEL PACTO DE ESTADO POR LA SANIDAD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002806).

El señor **PRESIDENTE**: Punto 7º del orden del día: Proposición no de ley relativa a la participación de los pacientes en la consecución del pacto de Estado por la sanidad. Autor, el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra don Antonio Román.

El señor **ROMÁN JASANADA**: El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una proposición no de ley que insta al Gobierno a impulsar, en coordinación con las comunidades autónomas y los representantes de los profesionales sanitarios, la participación del colectivo de pacientes en el pacto por la calidad y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. El pacto de Estado por la sanidad es un objetivo que planteó aquí la ministra de Sanidad ya en una de sus primeras comparecencias como uno de los grandes objetivos de la legislatura. Fue en esta Comisión donde la ministra Ana Mato puso en valor la importancia de un pacto que garantice la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud; un pacto con comunidades autónomas, con profesionales sanitarios, con los partidos políticos aquí representados, con las sociedades científicas y con la sociedad civil. Ese pacto fue impulsado con las comunidades autónomas porque es imprescindible que participen, ya que son las administraciones que prestan de manera directa la asistencia sanitaria a los ciudadanos. Así, con las comunidades autónomas, poco después de aquella comparecencia se consensuó en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la hoja de ruta de ese gran acuerdo para promover la consolidación y el desarrollo del sistema sanitario.

En 2013 el Ministerio de Sanidad firmó con el Foro de la profesión médica —en el que están incluidos la Organización Médica Colegial, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, asociaciones científico-médicas, la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina, el Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina— un acuerdo marco que recoge las aportaciones de los profesionales en aspectos relacionados con la gestión clínica, los nuevos modelos de gestión y la planificación de recursos humanos, así como en la definición de las bases del pacto de Estado. Con posterioridad ha habido un acuerdo similar con el Colegio de Enfermería y con el Sindicato de Enfermería Satse, rubricado ante el presidente del Gobierno, que es un acuerdo hacia el pacto, por la calidad y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

En este compromiso adquirido con el colectivo de enfermería, hablaban de fortalecer y hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud; garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 35

universal y de calidad; promover criterios y orientaciones que mejoren la política de recursos humanos, revisando en su caso las relaciones jurídicas, la formación y la ordenación jurídica a los profesionales y definir estrategias para la implantación de la gestión clínica en los servicios de salud. Poco después de esta firma, en una reunión informal del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrada en Barcelona, fue cuando el ministerio solicitó a las comunidades autónomas su participación activa en el acuerdo suscrito con médicos y enfermeras. Con posterioridad también se han adherido al acuerdo el Consejo General de Colegios Farmacéuticos o Farmaindustria. Yo creo que estos acuerdos, en global, ponen en valor el consenso existente entre profesionales, comunidades autónomas y representantes de diferentes colectivos en la necesidad de hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud bajo esas premisas de un sistema sanitario público, gratuito, universal, de calidad, con equidad en el acceso al mismo. Creo también que entre los grupos parlamentarios, más allá de las coyunturas políticas, existe un consenso en estos principios básicos y en la necesidad de alcanzar un pacto. Aquí, en el Congreso, constituimos, a iniciativa del Grupo Parlamentario Catalán, una subcomisión de estudio para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las reformas que deben acometerse para garantizar la sostenibilidad. Esa subcomisión elaboró un documento —no un pacto, un documento— que recogía la opinión de expertos y las aportaciones de todos los grupos parlamentarios, un documento que podía servir de base para el trabajo que tenían que hacer el Ejecutivo central o los Ejecutivos autonómicos, todo ello dirigido a la sostenibilidad del sistema. Un documento en el que quiero reconocer y poner en valor el trabajo y la generosidad en la búsqueda de acuerdos de mi portavoz Rubén Moreno, como también ha sido reconocido —he repasado las intervenciones— por los otros grupos parlamentarios. Documento que, insisto, fuera de las coyunturas políticas, estoy convencido de que podría ser aprobado por la mayoría de los grupos parlamentarios.

Creo que debemos abandonar visiones de corto plazo; si no las abandonamos no trabajaremos en el medio plazo para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que hoy es responsabilidad del Gobierno central, hoy dirigido por el Partido Popular, pero quién sabe si dentro de uno o dos años tendrán la responsabilidad otros grupos políticos y tendremos también que garantizarlo. Sé que algunos de los intervinientes me podrán hablar de universalidad. Lo han hecho en otras intervenciones. Ayer, Pilar Farjas les daba el dato de los 600.000 ciudadanos que antes no estaban cubiertos y que ahora sí lo están en el sistema sanitario actual. Me van a hablar de copagos y yo insistiré que son los mismos de siempre, pero ahora mejorados para aquellos que menos tienen. Me podrán hablar de calidad, de índices, de tasas de mortalidad, de vida media o de satisfacción de los usuarios y todo podrá tener un debate, una réplica y una contrarréplica, pero en lo que estamos de acuerdo es en que el Sistema Nacional de Salud necesita un pacto de Estado para garantizar su sostenibilidad por encima de quien gobierne en cada momento. Por eso presentamos esta proposición no de ley, porque hay que seguir trabajando en ese acuerdo. Y en este caso, para que se incorpore también parte de la sociedad civil, los colectivos de pacientes, que también tienen mucho que aportar.

Concluyo, presidente. El Grupo Parlamentario Socialista ha presentado una enmienda que mi grupo estaría dispuesto a aceptar y para ello ha presentado una transaccional. El primer punto quedaría tal y como dice la proposición no de ley del Grupo Popular; el segundo habla de que se incorporarán a este pacto los grupos parlamentarios y las comunidades autónomas; y en el tercero, se ha ofrecido una transaccional en la cual mi grupo propone que se diga que el Gobierno de España y los Gobiernos de las comunidades autónomas que impulsan el pacto de Estado por la calidad y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud garantizarán la suficiencia financiera para un Sistema Nacional de Salud universal, de calidad, equitativo, de acuerdo con la Ley 22/2009, por la que se regula el sistema de financiación de las comunidades autónomas. Es una enmienda transaccional a la presentada por el Grupo Socialista, que espero que sea aceptada, porque mi grupo lo que desea es que a este pacto de Estado se incorpore todo el mundo. Un pacto de Estado que tiene que traspasar las barreras de un mandato, por eso sería bueno que estuviera todo el mundo. Creo que ese pacto por la calidad y por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud para garantizar esos principios de universalidad, de equidad en el acceso a esa sanidad pública es algo que compartimos todos los que estamos aquí presentes. Por eso espero la generosidad del Grupo Socialista y que acepte la transaccional del Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Para la defensa de la enmienda del Grupo Socialista, señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Muchas gracias, señor Román, por el discurso que nos acaba de hacer de consenso. Yo le invitaría a que repasara los «Diarios de Sesiones» de la legislatura pasada,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 36

donde se trabajó durante más de año y medio por el consenso y el acuerdo con la presencia de todos los grupos parlamentarios, y cuando ya teníamos prácticamente alcanzado un acuerdo por el pacto, llegó su compañera, la señora Pastor, hoy ministra de Fomento, y decidió que se tenían que poner encima de la mesa no sé cuántos miles de millones —no recuerdo ahora mismo— y rompió el pacto unilateralmente. Por tanto, ¿qué quiere que le diga? He leído con muchísima atención la exposición de motivos de la proposición no de ley que han presentado y la verdad es que no solo he tenido que poner atención sino también muy buena voluntad, no solo por lo que le acabo de decir, sino porque siguen describiendo un país multicolor que nada tiene que ver con la realidad que viven cada día todos los sectores sanitarios y sobre todo los pacientes.

Desde que gobierna el Partido Popular, se ha generado una preocupación y una inseguridad sobre el sistema sanitario; así se refleja en cada encuesta del CIS, donde la asistencia sanitaria no aparecía como problema para los españoles y que ha ido escalando posiciones sin cesar. Ya es la cuarta preocupación de los ciudadanos españoles y sigue subiendo; subiendo más desde la rueda de prensa de ayer y desde lo que acabamos de ver en esta Comisión hace escasos minutos. Seguramente, señor Román, algo tendrá que ver la disminución progresiva de la dotación presupuestaria, que es del 40% desde que ustedes gestionan el Ministerio de Sanidad. Con la excusa de la crisis han encontrado la coartada perfecta para avanzar en el deterioro paulatino de la sanidad pública para poder introducir más fácilmente la sanidad privada. No lo digo yo, no es una introducción de la sanidad privada como complementaria sino que la sustituyen directamente, como vienen haciendo en las comunidades autónomas donde gobiernan. Ustedes hablan en su propuesta de incorporar a los pacientes al pacto de Estado porque dicen que para el ministerio son la piedra angular del Sistema Nacional de Salud y lo cierto, señorías, es que no paran de darles pedradas a los pacientes: recortes, copagos, privatizaciones, medicamentazo, barreras de acceso, y puedo seguir, porque esta es la realidad que viven los ciudadanos cada día y no lo que la ministra Mato nos cuenta cada vez que nos visita. Por cierto, que en esto tampoco la ministra Mato pasa el corte porque creo que ha comparecido una vez al año, por mucho que diga su portavoz, y lleva tres años de gobierno. Por tanto saquen la cuenta; con una mano tenemos y nos sobran dedos.

A pesar de este panorama bastante preocupante, aceptamos en su momento incorporarnos a la subcomisión parlamentaria para el pacto, condicionado a que el Gobierno aceptara tramitar el Real Decreto-ley 16/2012 como proyecto de ley y en ese trámite poder recuperar la universalidad, la cohesión y la calidad del Sistema Nacional de Salud. Se negaron y, por tanto, tuvimos que abandonar las reuniones de la subcomisión. Claro que nosotros creemos en la participación de los pacientes y en que deberían ser el centro de las políticas sanitarias, por eso insistimos una y otra vez en mantener y consolidar las conquistas de los derechos sanitarios conseguidos desde el año 1986 con la Ley General de Sanidad y otras leyes posteriores, algunas de los Gobiernos del Partido Popular. Esas leyes, el Gobierno las ha jibarizado o decapitado directamente con este real-decreto ley que cambia de manera unilateral el modelo del sistema sanitario. Creemos en esa participación de los pacientes y que ha de ser una tarea continua y no una iniciativa coyuntural en una PNL para cubrir el cupo o bien para obtener una foto. Nosotros pensamos que la voz de los pacientes debe ser escuchada y considerada en todas las fases del desarrollo de las acciones del sistema nacional e incluso que se debería reforzar el control social, a través de mecanismos de participación, en la gobernanza del sistema.

Señorías, no es cuestión de hacer bonitos discursos o de escribir hermosas PNL, ya que el papel al fin y al cabo lo aguanta todo, la cuestión es bajar a la arena de la realidad que viven los pacientes, sobre todo los crónicos, y resolver sus problemas y sus necesidades. ¿Qué creen que van a pensar los pacientes de hepatitis C de su iniciativa de ahora mismo, cuando ni siquiera se les ha recibido al más alto nivel en el ministerio? Ahora sí, ahora les van a incorporar a un pacto, les van a invitar al ministerio y les van a hacer hasta una foto. ¿O qué creen que van a pensar de las palabras de la señora De Cospedal, compañera suya y presidenta de Castilla-La Mancha, cuando habla de las mareas blancas y dice que ella se cree que vienen a darle las gracias por conservar el sistema sanitario y no a protestar por los recortes del Gobierno del Partido Popular, de los que ella, además, es una verdadera campeona en Castilla-La Mancha?

Voy terminado, señor presidente. A pesar de todo ello, una vez más queremos diálogo y pacto, por eso hemos presentado una enmienda de adición, porque seguimos erre que erre en el empeño de la recuperación de la universalidad del Sistema Nacional de Salud y la garantía de su suficiencia financiera. Además de solicitar la incorporación de los representantes de los ciudadanos, como somos los grupos parlamentarios, y de las comunidades autónomas para que participen en primera persona en el seno del pacto y no en esas reuniones informales del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 37

ahora le ha dado a la ministra por convocar, nuestra posición es de diálogo y mano tendida una vez más. Estamos estudiando la propuesta que nos han anunciado para intentar conseguir una transacción, pero de verdad. Sin embargo, si una vez más el Gobierno del Partido Popular confunde este diálogo con la adhesión incondicional, entenderán que mi grupo no se suba a un tren en vía muerta que conduce la señora Mato.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún grupo quiere hacer alguna intervención? **(Pausa)** Señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: No voy a calificar la propuesta buenista que nos propone hoy el Partido Popular presentando un pacto de Estado como si el Partido Popular nos estuviera dando un ejemplo continuo de pactos en todas las políticas que está realizando en esta durísima legislatura para una inmensa mayoría de españoles. Lo que sí me gustaría decir es que me molesta una farsa en la que se pretende contar con los pacientes, a quienes ustedes en muchas ocasiones no tratan como tales sino como a clientes por cómo ha cambiado la concepción de la sanidad pública, pues evidentemente ustedes quieren una muy distinta a la que defiende nuestro grupo. En este Parlamento se ha llevado a cabo una subcomisión en la que se ha pedido a multitud de sectores que vinieran a hacernos sus aportaciones, entre ellos a pacientes, y se llegó clarísimamente a algunas recomendaciones que yo quisiera simplemente recordar. En primer lugar, pacto de Estado para sanidad. Sí, por supuesto, pero en el tratamiento de este tema y de otros como la educación, donde también debería ser de cumplimiento necesario un pacto como ese, viendo cómo debaten ustedes, cómo debaten los dos partidos grandes, nuestra percepción es que en esto no se va a poder conseguir un pacto de Estado, ni mucho menos. Uno recuerda aquel cuadro de Goya de los garrotes y cómo se utilizan muchas veces en estas comisiones o en el Pleno temas tan importantes como estos para arrear en vez de para llegar a pactos y consensos. No tenemos una percepción de que ustedes quieran llegar a pactos y mucho menos a consensos. Sí me gustaría repetir, o recordar al menos, cuáles son las recomendaciones de esa subcomisión que se creó y en la que, repito, estaban incluidos los pacientes, porque es fácil llegar a cuáles serían esas medidas en las que todos podríamos ponernos de acuerdo si quisiéramos trabajar a la vez, de manera conjunta, para garantizar una sanidad pública de calidad. En primer lugar, recuperar la competencia de sanidad para el Estado como mejor manera de garantizar el derecho a la protección de la salud de manera efectiva en todo el territorio nacional. En segundo lugar, rechazar la introducción del ánimo de lucro en la asistencia sanitaria pública; la gestión privada —esto lo dicen ustedes a menudo y es falso— no ha podido demostrar nunca ser ni más eficaz ni más barata que la pública y a menudo hemos hecho insinuaciones de que eso era así, desde mi punto de vista poniendo en muy mal lugar a los gestores de la sanidad pública, que en muchos casos sí que lo merecían porque estaban puestos con criterios políticos y no con criterios sanitarios y de buen funcionamiento. En tercer lugar, propugnar una mayor participación directa de los profesionales sanitarios en la gestión racional y la optimización de los recursos disponibles, etcétera. En cuarto lugar —voy resumiendo porque no tengo mucho tiempo—, llevar a cabo una regulación homogénea del régimen laboral de los profesionales sanitarios, garantizar su libertad de opción a cualquier plaza del Sistema Nacional de Salud para el que se encuentren debidamente cualificados, y la finalización del abuso en las contrataciones temporales —muy importante también—, que ha introducido una gran precariedad laboral, con altas y bajas en un periodo de tiempo cortísimo, lo que afecta a la calidad de la asistencia sanitaria en nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: Don Antonio, vaya terminando, por favor.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Acabo.

Eliminar la proliferación de empresas públicas sanitarias que recortan los derechos laborales del personal. Dotar al Consejo Interterritorial de Salud de una verdadera capacidad de gestión. Elaborar un plan nacional de infraestructuras sanitarias para que se hagan de verdad las infraestructuras sanitarias de este país con criterios sanitarios, no con criterios de irresponsabilidad política. Potenciar la atención primaria. Mejorar los sistemas de información sobre los recursos sanitarios. Proseguir con las reformas estructurales que han demostrado ser eficaces. Crear una agencia similar al National Institute for Clinical Excellence, el NICE británico, que sea de ámbito nacional, técnico, cualificado, que evalúe, que no evaluamos. Con este tipo de cosas sí que nos encontrarán al ladito. Estoy de acuerdo con usted en que este es un pacto necesario, este es un ámbito en el que, como en la educación u otros, debíamos hacer un pacto de Estado, pero mientras sean unas propuestas buenistas como las que ustedes nos proponen

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 38

hoy que no estén sustentadas en algo mínimamente sólido, como poco nos abstendremos, no apoyaremos este lavado de cara que organiza hoy el Partido Popular.

### — SOBRE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS DE HEPATITIS C. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002860).

El señor **PRESIDENTE**: Punto 8.º del orden del día, proposición no de ley sobre la atención a los enfermos de hepatitis C. El autor es el Grupo Parlamentario Socialista. Para su defensa, tiene la palabra el señor Martínez Olmos.

El señor **MARTÍNEZ OLMOS**: Mi grupo parlamentario trae a debate una proposición no de ley sobre una cuestión que tiene una actualidad no solamente sanitaria sino también en el ámbito de la información general, porque la ciudadanía ha conocido durante estos meses la petición que reiteradamente han hecho tanto los profesionales del ámbito de la hepatología, sociedades científicas y otras organizaciones profesionales médicas y de enfermería, como los propios pacientes afectados por esta enfermedad, la hepatitis C, una enfermedad importante por la gravedad que tiene, por las consecuencias a las que puede dar lugar, en muchos casos con trasplantes y una afectación muy relevante de los órganos vitales de cualquiera de los pacientes afectados; una enfermedad que también tiene una prevalencia relevante por lo que se va conociendo con los estudios epidemiológicos. Han aparecido terapias que en términos de ensayos clínicos muestran un avance muy importante para poder albergar la esperanza de que esta enfermedad se pueda curar en un porcentaje muy alto, y es verdad que han aparecido medicamentos que tienen un precio elevado y que han llevado a que el Gobierno haya estado durante muchos meses tratando de conseguir rebajarlos para hacer posible la sostenibilidad de esta decisión en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En diferentes intervenciones de este grupo parlamentario hemos manifestado que apoyábamos la iniciativa del Gobierno de procurar conseguir el mejor precio posible de estos productos innovadores, al tiempo que exigíamos que las negociaciones terminaran cuanto antes y, mientras tanto, que se desarrollaran protocolos que permitieran que las personas que pudieran tener un acceso a este medicamento de manera inminente no pudieran sufrir el retraso de una negociación necesaria. Se hicieron protocolos por parte de la Agencia Española del Medicamento, se aplicaron los criterios para utilizarlos en las situaciones de uso compasivo, pero denunciábamos que a pesar de esa voluntad del Gobierno y de las comunidades autónomas, no siempre se daba la circunstancia de que todos los pacientes que cumplían los requisitos podían tener acceso en las comunidades autónomas; de hecho, ha habido una desigual aplicación del protocolo de uso compasivo. Bien es cierto que la enfermedad de la hepatitis C ha tomado actualidad informativa por esta cuestión, aunque es algo que ya hace tiempo que a todos nos preocupaba y este es un buen momento para plantearse cómo abordar la patología, como abordarla en términos de prevención, en términos de diagnóstico precoz y en términos de tratamiento eficaz. Esa es la base fundamental de nuestra iniciativa cuando planteamos hacer un plan nacional sobre la hepatitis C, un plan que, a imagen y semejanza de otras estrategias que el Sistema Nacional de Salud ha puesto en marcha, nos permitiría darle un marco temporal, un marco organizativo y un marco de igualdad al conjunto de los pacientes que se ven afectados por la hepatitis C, pero también a la ciudadanía, porque arbitraríamos medidas que, con la evaluación, podríamos comprobar su eficacia a la hora de prevenir esta enfermedad. También planteábamos en su momento la incorporación de uno de los medicamentos que ha estado en el debate mediático que antes he comentado, pero hemos visto, cuando se ha producido el debate en esta Comisión de Sanidad, que el Gobierno ya había tomado la decisión de incorporar este último medicamento de un laboratorio que ahora no voy a citar en la prestación farmacéutica. Eso ha dado lugar a que nosotros propiciemos una autoenmienda de nuestra proposición no de ley en la que pedimos al Grupo Popular y a todos los grupos que la estudien y la apoyen, porque uno de los retos que la incorporación de la innovación terapéutica tiene al Sistema Nacional de Salud es que cuando aparentemente vamos a disponer de herramientas terapéuticas de posible impacto en beneficio de la salud de los pacientes, su enorme precio, dado el modelo de financiación de la prestación farmacéutica, puede ser una carga para las comunidades autónomas. A pesar de que el Gobierno, que por cierto no nos ha dado información oficial —hemos pedido en preguntas parlamentarias esa información oficial—, ha determinado un techo de gasto con la compañía farmacéutica, no deja de ser cierto que esa es una cantidad a la que tienen que hacer frente las comunidades autónomas. Es el momento de plantearse, y por eso lo incorporamos en nuestra proposición no de ley, que tiene que haber una dotación presupuestaria en estos casos de innovaciones terapéuticas relevantes

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 39

porque, si no lo hacemos así, las comunidades autónomas, con la dificultad presupuestaria que todas ellas tienen, extremando la vigilancia para usar lo mejor posible esta herramienta terapéutica, se va a producir de nuevo una desigualdad en la utilización de estos productos en el conjunto del territorio. Básicamente estos son los argumentos que justifican nuestra iniciativa.

Nos gustaría encontrar el consenso y, a ser posible, que ofreciéramos a los pacientes, ya que hay nuevas posibilidades terapéuticas, un horizonte de optimismo y fuéramos capaces de ponernos de acuerdo en la elaboración de un plan nacional sobre hepatitis C.

El señor **PRESIDENTE**: Enmienda del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra el señor Alonso.

El señor **ALONSO RUIZ**: Señorías, setenta y seis nuevos medicamentos innovadores de elevado coste económico aprobados por el Ministerio de Sanidad en tres años de Gobierno a disposición de los pacientes en España. Ese es el mérito del Gobierno del Partido Popular, un ejemplo de eficacia y eficiencia en la buena gestión y es de justicia reconocerlo. **(El señor vicepresidente, Román Jasanada, ocupa la Presidencia.)** Y aún tiene más mérito en un escenario de profunda crisis originada y negada por el Gobierno socialista en un contexto de disminución de ingresos del Estado en más de 60.000 millones de euros y una deuda del Estado con las empresas farmacéuticas y sanitarias de más de 26.000 millones de euros a la que el Gobierno ha tenido que hacer frente. En ese escenario, el ministerio aprueba setenta y seis nuevos medicamentos innovadores de alto coste sin aumentar el gasto farmacéutico. Ese es el gran mérito. Lo hace, por un lado, negociando y revisando los precios de medicamentos aprobados por el Gobierno anterior con un precio por encima de la media europea y, por otro lado, negociando condiciones y precios de nuevos medicamentos innovadores con el noble objetivo primordial de garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, esa sostenibilidad a la que el Gobierno socialista dio la espalda.

Respecto a la terapia de la hepatitis C, en España están disponibles los últimos medicamentos innovadores, luego es falso lo expresado en la exposición de motivos de la proposición no de ley socialista —comprendo que está presentada antes de la aprobación de los nuevos medicamentos innovadores— cuando se afirma que es casi imposible acceder a los nuevos fármacos. Desde 2012 medicamentos como telaprevir y boceprevir están financiados. Además, desde el 1 de agosto está disponible para los pacientes con hepatitis C un nuevo medicamento, simeprevir, como nueva terapia avanzada. Respecto al sofosbuvir, nuevo medicamento innovador, la Agencia Española del Medicamento ha tenido abierto un programa de uso compasivo gratuito hasta enero de 2014, un uso compasivo que han utilizado todas las autonomías por igual porque era de financiación gratuita, lo financiaba el laboratorio, luego no ha sido un motivo económico el que se haya utilizado de manera diferente en una u otra autonomía.

A partir de enero de 2004, cuando la agencia europea autoriza el sofosbuvir, la Comisión Interministerial de Precios aprueba, el 1 de octubre, la financiación del sofosbuvir. En la actualidad, solo Bélgica y Luxemburgo, dentro de la Comunidad Europea, financian el medicamento, luego estamos a la cabeza de las terapias en la enfermedad de la hepatitis C. Si no se ha aprobado antes en España es por el esfuerzo que se ha hecho para negociar un precio y unas condiciones que se han fijado para el primer año de financiación en 125 millones de euros, y el presupuesto de 2015 contempla una cantidad para que sea posible por parte de las comunidades autónomas financiar ese medicamento. Además, el Plan estratégico de prevención y control de infección de VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016, contempla acciones con impacto en la prevención y control de las hepatitis. En definitiva, la enmienda que presentamos, en el fondo, viene a decir lo mismo que la autoenmienda del Grupo Socialista. El punto número uno dice: Continuar impulsando el Plan estratégico de prevención y control de infección de VIH y otras ETS 2013-2016 mediante el desarrollo de acciones dirigidas a la prevención y control de hepatitis C —un plan de control e intervención de hepatitis C dentro de otro plan más amplio— y seguir incorporando en el Sistema Nacional de Salud medicamentos innovadores para el tratamiento de la hepatitis C, que es el empeño del Ministerio de Sanidad. Sentimos que haya intentado llegar a acuerdos porque yo creo que, en el fondo, coincidimos en que hay que elaborar un plan especial de control y protección de hepatitis C que el Ministerio de Sanidad va a hacer. En cuanto a que haya un presupuesto suficiente para que las autonomías puedan hacerse cargo de este gasto, también lo contempla el presupuesto de 2015 del ministerio. Por tanto, apelamos a que por el bien de este sector de enfermos de hepatitis C se apruebe nuestra enmienda.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 40

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): ¿Grupos que desean fijar posición? (**Pausa**). Por el Grupo de Unión Progreso y Democracia, tiene la palabra el señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Nuestro partido se ha mostrado favorable a que el Gobierno tome las medidas oportunas para garantizar el acceso al sofusubir, al que en adelante llamaré fármaco, para facilitar el trabajo de todas aquellas personas que tienen un proceso clínico avanzado y en sus últimos estadios. La elevada tasa de curaciones que el fármaco produce contrarresta el coste unitario del mismo, ya que, de solucionarse la enfermedad, hay que recordar que tratamientos tan costosos y a veces tan infructuosos como el de algunos trasplantes se podrían evitar, como los trasplantes de hígado. Sin embargo, este problema, desde nuestro punto de vista, vuelve a poner sobre la mesa el tema competencial al que he aludido antes, puesto que hay un problema a la hora de garantizar que cualquier ciudadano español pueda o no pueda, en función de su territorio, tener acceso a este tratamiento.

Hemos hecho algunas preguntas y me gustaría simplemente recordar cuatro para que veamos dónde iban nuestras preocupaciones. Primero, ¿qué precio pactó el Gobierno con el laboratorio por cada dosis de fármaco? Segundo, ¿qué cantidad de dosis estima el Gobierno que debe adquirir? Tercero, ¿piensa el Gobierno canalizar esa compra a través de la central de compras del Sistema Nacional de Salud y facilitar así ahorros en la adquisición de dosis? Por último, ¿cómo piensa garantizar el Gobierno que la inacción de las administraciones autonómicas impida que este fármaco se distribuya a los enfermos en fases más avanzadas? ¿En qué plazos estima el Gobierno que los pacientes comiencen a recibir las primeras dosis de este fármaco?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Por el Grupo de La Izquierda Plural, señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Mi grupo parlamentario va a respaldar esta iniciativa. Estamos convencidos de que los avances que se han producido en los últimos tiempos en fármacos innovadores sobre la hepatitis C y que han creado una expectativa en profesionales y pacientes tiene que tener una respuesta por parte del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, estamos convencidos de que estos fármacos deben incorporarse a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Pero hay dos dificultades que me gustaría abordar. Por una parte, las compañías farmacéuticas tienen cada vez un menor interés en enfermedades infecciosas y enfermedades agudas, lo que lleva a una menor inversión en innovación, y cada vez tienen un mayor interés por las enfermedades degenerativas o crónicas, lo que les lleva a centrar fundamentalmente sus investigaciones en esa materia. Esto es especialmente grave en enfermedades como la hepatitis C u otras que tienen un impacto social muy importante y, sin embargo, podemos encontrarnos en un determinado momento con que no haya fármacos suficientemente innovadores para abordar el problema. Es un planteamiento que está en la conciencia de todos en estos momentos, sobre todo en determinadas enfermedades infecciosas que no solamente afectan a África, sino que también afectan a Europa. Por tanto, esa es una cuestión que en mi opinión es importante. Es importante que el Gobierno contribuya a incorporar estos fármacos al Sistema Nacional de Salud, pero también es importante el debate sobre cómo se favorece la investigación en unas materias que algunas compañías consideran poco rentables, aunque son socialmente imprescindibles. Es un debate de fondo que nos puede situar ante un colapso, por ejemplo, en materia de antibióticos a corto plazo, no a medio plazo.

Por otra parte, otro de los problemas es la especulación que se está llevando a cabo en muchos sectores, el sector alimentario entre ellos, pero también en el sector de la farmacia. Una compañía no investiga y, sin embargo, compra una investigación y luego especula con ella. Eso lo estamos viendo en estos momentos. Frente a eso no vale únicamente la negociación de un Estado miembro, sino que es necesario modificar la legislación internacional y es necesaria también la presión de conglomerados de Estados como la Unión Europea. Ante la dinámica que están tomando los acontecimientos no va a haber más remedio que conglomerados que tienen capacidad de compra y masa crítica empiecen a enfrentarse a esta especulación que se está centrando ahora en algunos fármacos, y en concreto en algunos relativos a la hepatitis C. Por tanto, somos favorables a que se incorpore este fármaco, respaldamos que se haga en condiciones de viabilidad del Sistema Nacional de Salud, pero alertamos sobre dos cosas: la investigación y la especulación en el sector farmacéutico.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 41

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pregunto al portavoz del Grupo Parlamentario Socialista si acepta la enmienda. (**Denegación**). Se votará en sus propios términos.

— **SOBRE EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE IU, ICV-EUIA, CHA: LA IZQUIERDA PLURAL. (Número de expediente 161/002941).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Pasamos al punto 9.º del orden del día, que es la proposición no de ley sobre el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Su autor es el Grupo Parlamentario de La Izquierda Plural. Tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Señor presidente, intervendré brevemente.

Hace veinte años de la Conferencia internacional sobre población y desarrollo y uno de sus aspectos fundamentales era el relativo al acceso a todos los servicios necesarios en materia de salud sexual y reproductiva. Esta iniciativa tiene que ver con la reunión que ha tenido lugar recientemente en Naciones Unidas para hacer una evaluación de ese compromiso en materia de salud sexual y reproductiva y tiene que ver también con la convocatoria de la 47.ª sesión especial de la Conferencia de población y desarrollo para el año 2015. La primera parte ha pasado ya en septiembre de este año, pero la segunda parte está pendiente y tiene que ver con una conferencia de Naciones Unidas en esta materia tan importante para 2015.

Recientemente la revista *The Lancet* acaba de hacer un macrotrabajo en el que aparecen dos factores importantísimos en materia de salud sexual y reproductiva. Se pregunta el trabajo cómo enfrentar el problema de los embarazos no deseados y se llega a dos conclusiones en ese estudio, dos conclusiones que son los ejes prioritarios de intervención. Los conocíamos ya, pero ese macroestudio los reafirma. Por una parte, la educación sanitaria. Es imprescindible que la educación sanitaria sea uno de los elementos fundamentales de prevención de los embarazos no deseados y no se está haciendo lo necesario en materia educativa. Muy al contrario, en algunos casos se está desmontando lo que hay en materia de educación y formación sexual y reproductiva. Por otra parte, la segunda conclusión, es la relativa a los métodos anticonceptivos accesibles—dice gratuitos en *The Lancet*, pero yo hablo de métodos accesibles—, para los que tampoco corre en estos momentos la mejor época. Ha habido una retirada de parte de los métodos anticonceptivos más finos del Sistema Nacional de Salud y en estos momentos no hay una política de métodos anticonceptivos accesibles para los jóvenes para evitar los embarazos no deseados. Luego vendrán aquellos que piensen que la fórmula es dificultar las cosas a las adolescentes embarazadas. Será únicamente una muestra de impotencia y de no haber hecho bien las cosas en materia preventiva y en materia educacional. Por eso proponemos también en esta iniciativa —y lo propone también la conferencia internacional— no dificultar el acceso a la interrupción del embarazo a las jóvenes; es decir, garantizar el derecho de las jóvenes a decidir sobre su maternidad, con más razón todavía en estos momentos. Esos son los elementos fundamentales, aparte de eliminar las diferentes formas de violencia contra las niñas y una serie de medidas que son conocidas y respaldadas por la comunidad internacional y que no está de más reverdecer, volver a pensar en ellas precisamente en estos momentos en nuestro país. No basta únicamente con retirar una ley regresiva, es necesario desarrollar políticas educativas, es necesario desarrollar métodos anticonceptivos y es necesario que las adolescentes, las jóvenes tengan acceso a la interrupción voluntaria del embarazo sin aumentar su dolor, sin aumentar la presión sobre ellas. Estas son las razones de esta iniciativa. Tenía evidentes razones en su momento y ahora creo que sigue teniéndolas en materia de salud sexual y reproductiva.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Román Jasanada): Turno de fijación de posiciones por parte de los grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Socialista, doña Marisol Pérez.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Damos la bienvenida a una iniciativa más en este Parlamento para recordar y pedir al Gobierno algo tan obvio como que cumpla con sus obligaciones y compromisos y desarrolle la actual Ley de Salud Sexual y Reproductiva que aprobamos en este Parlamento y en el Senado la mayoría de los grupos parlamentarios, a excepción del Grupo Parlamentario Popular. Por tanto, vaya por delante la bienvenida a esta iniciativa, que vamos a respaldar.

Quiero señalar que ya en diciembre de 2012 presentamos una iniciativa conjunta el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario de La Izquierda Plural sobre este mismo tema, que fue aprobada en la Comisión de Cooperación. El doble discurso con que afronta el Gobierno la mayoría de los temas —y

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 42

este es otro más— no iba a impedir de ninguna manera que se cumplieran, como así se pedía, los principios y compromisos acordados en la Conferencia internacional sobre población y desarrollo de El Cairo por acción de nuestro Gobierno en la cooperación al desarrollo y en el exterior con el resto de los países, mientras aquí nos sometía al sufrimiento y al dolor de encontrarnos encima de la mesa con una propuesta de modificación de la Ley de interrupción del embarazo que finalmente hemos tenido la fortuna, con el trabajo de muchos, de que fuera retirada por el propio Gobierno. Había que cumplir los compromisos y el objetivo número cinco de los objetivos del desarrollo del milenio que habla de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, llama la atención que una misma propuesta presentada en la Comisión de Igualdad —y está aquí mi compañera doña Susana Ros— por las mismas fechas pidiendo el cumplimiento de esos mismos compromisos a los que está obligado el Gobierno fuera rechazada en nuestro país por el Grupo Parlamentario Popular, mientras que cuando se pedía para el cumplimiento de otros países sí se sumaban a la misma. Es un triste espectáculo el que se da en muchas ocasiones en este Parlamento por parte del Gobierno. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Como bien ha dicho el señor Llamazares, proponente de esta iniciativa, es mucho lo que hay que desarrollar en la vigente Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Es mucho lo que hay que desarrollar sobre la ley y mucho lo que tiene que avanzar este Gobierno. Además de retirar la propuesta que iban a hacer sobre la Ley del aborto, lo que deberían hacer es precisamente desarrollar la ley, la normativa vigente, favorecer el acceso a los métodos anticonceptivos y avanzar en la educación preventiva. Eso es lo que queremos exigir hoy al Gobierno apoyando esta iniciativa. No basta con haber decidido que no nos van a presentar esa propuesta de reforma de la ley, sino que deben desarrollar la actual y retirar el recurso ante el Tribunal Constitucional que presentó el Grupo Parlamentario Popular. Cumpliremos con las obligaciones a las que nos hemos comprometido tanto en la Conferencia de El Cairo como en Cairo+5, como en Cairo+10 como en la Conferencia de Beijing, como en tantas resoluciones que ha firmado y que ha avalado este Gobierno y que está obligado a cumplir.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Turno de fijación de posiciones? **(Pausa)**.  
Por el Grupo Parlamentario Popular, doña Felicidad Rodríguez.

La señora **RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**: Señorías, nuestro voto va a ser negativo a esta proposición no de ley. En cuanto a los puntos de la propuesta que tienen que ver con la CIPD, deseo recordar que España ha ratificado todos los objetivos de la Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo, tanto en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva como a los aspectos incluidos en su programa Acción. Todos esos compromisos ya están recogidos en la estrategia de salud sexual y reproductiva, en el Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia y en la estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer 20013-2016. A este respecto, en lo que se refiere al *petitum* de la propuesta hay que señalar, primero, que entre las medidas puestas en marcha para la prevención de la violencia sobre las niñas está, entre otras, esa estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer, en la que las niñas se consideran un grupo especialmente vulnerable, o el anteproyecto de ley de protección a la infancia, o las iniciativas llevadas a cabo a través de la Delegación del Gobierno contra la violencia de género, o la actualización del Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil, aprobado en junio por el pleno del Observatorio de la infancia, ampliándolo a los supuestos de menores expuestos a violencia de género e incorporando formas de violencia como la mutilación genital femenina o los matrimonios forzados, o también la inclusión de la atención a las menores como elemento innovador entre los criterios de valoración de la convocatoria de subvenciones para la atención a las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual. Segundo, que el acceso a la educación y a la información es universal, tal y como se puede observar en el punto 7 del Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia en todo lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva de las jóvenes. Tercero, que el derecho al acceso universal de las mujeres a la salud sexual y reproductiva está recogido en nuestra cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en atención primaria como especializada, tanto en los servicios de atención a la adolescencia como dentro de los servicios de atención a la mujer y tanto en lo que se refiere a la atención al embarazo, parto y puerperio como en lo referente a la planificación familiar, y las comunidades autónomas garantizan la calidad de esos servicios.

Por último, deseo recordar que el concepto de derechos sexuales y reproductivos contenidos en las conferencias de El Cairo y de Beijing no se refieren al aborto, sino que esos derechos se refieren al reconocimiento a decidir libre y responsablemente el número de hijos, a disponer de la información y los medios para ello y al derecho a alcanzar el nivel más elevado en salud sexual y reproductiva. La única

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 43

mención al aborto en las conclusiones de la 57.<sup>a</sup> sesión de la Commission on the Status of Women se hace para hablar de servicios de aborto sin riesgo, siempre que esos servicios estén permitidos por la legislación nacional, y la prestación de servicios sanitarios sin riesgo es algo con lo que siempre ha cumplido España desde la ley de 1985. Es más, en las conclusiones de la 47.<sup>a</sup> reunión de la Comisión de población y desarrollo, que se celebró en abril, como ya se ha dicho, se explicita que en ningún caso debe promoverse el aborto como método de planificación familiar, pero es que además en esas conclusiones se reconocen los derechos, deberes y responsabilidades de los padres en materia sexual y reproductiva. De hecho, el Gobierno ha planteado la necesidad del conocimiento y consentimiento de los padres en las interrupciones de embarazo de las menores, de la misma manera que ha anunciado un plan especial de apoyo a la familia, cuestión que, por cierto, ocupa todo un capítulo de los 16 que tiene el programa Acción de la Conferencia de El Cairo, programa Acción con que se ha justificado la presentación de esta proposición no de ley.

Solo una cosa más, cuando en la iniciativa se indica que se libere a las mujeres detenidas por haber abortado, se debería aclarar a qué país se refieren —que obviamente no es este— o a qué época histórica se estaba haciendo referencia.

El señor **PRESIDENTE**: No hay enmiendas, por lo que la iniciativa se votará en sus propios términos.

### **RATIFICACIÓN DE LA PONENCIA DESIGNADA PARA INFORMAR SOBRE:**

#### **— PROYECTO DE LEY POR LA QUE SE CREA EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. (Número de expediente 121/000096).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la ratificación de la ponencia designada para informar la siguiente iniciativa legislativa: proyecto de ley por la que se crea el Consejo general de colegios de terapeutas ocupacionales. ¿Ratifican la ponencia? (Asentimiento).

### **APROBACIÓN CON COMPETENCIA LEGISLATIVA PLENA, A LA VISTA DEL INFORME ELABORADO POR LA PONENCIA SOBRE:**

#### **— PROYECTO DE LEY POR LA QUE SE CREA EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. (Número de expediente 121/000096).**

El señor **PRESIDENTE**: Proyecto de ley por el que se crea el Consejo general de colegios de terapeutas ocupacionales. ¿Algún grupo quiere intervenir? (**Denegaciones**). Ninguno. Entonces votaremos directamente el dictamen. ¿Están los señores portavoces preparados para la votación? (**Pausa**).

Proyecto de ley por la que se crea el Consejo general de colegios de terapeutas ocupacionales. Votamos el dictamen de la ponencia.

#### **Efectuada la votación, dijo**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobado por unanimidad. Y como es con competencia legislativa plena pasa directamente al Senado.

Votamos el punto 4.º, proposición no de ley sobre las ayudas a la dependencia en el territorio valenciano. Votamos la transaccional.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 23.**

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 44

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

La señora **MONTESINOS DE MIGUEL**: Señor presidente, si no he dejado de saber contar y aunque acaba de entrar la portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), sumando los votos no me salen los 17.

El señor **PRESIDENTE**: Son 13 del Grupo Socialista, el de UPyD hace 14...

La señora **MONTESINOS DE MIGUEL**: Pero el Grupo Socialista no tiene a todos sus miembros. **(Rumores)**. Perdón, si fuera al revés... Estamos en una Comisión en el seno del Congreso, en sede parlamentaria. (Un señor diputado: ¡Qué más te dará!) Yo creo que ese tipo de comentarios están al margen. Los votos son los que son.

La señora **AGUILAR RIVERO**: Entonces nosotros pedimos que se pare la votación hasta que vengan los compañeros, que están en la sesiones de presupuestos.

El señor **PRESIDENTE**: La intervención de la señora Montesinos está en su justo término. Tiene toda la razón del mundo. Cuando he preguntado a los portavoces si tenían a todos sus votantes he creído entender que sí, pero doy cinco minutos para que el Grupo Parlamentario Socialista tenga a todos sus miembros. **(Pausa)**.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, reanudamos la votación. Vamos a repetir la votación del punto 4.º del orden del día. **(La señora Montesinos de Miguel pide la palabra)**.

La señora **MONTESINOS DE MIGUEL**: Señor presidente, hablando con el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista he entendido que no habían entendido la explicación de mi intervención. Yo decía que se estaban contando más votos de los que estábamos en la sala, no que el Grupo Socialista tuviera obligación o no obligación de estar. Sencillamente que en ese momento no estaba al completo, y lo he dejado muy claro. Si han interpretado otra cosa, lo siento, pero he dicho lo que he dicho, no que deberían venir.

El señor **PRESIDENTE**: Así lo hemos entendido.

La señora **MONTESINOS DE MIGUEL**: Por eso mismo tampoco se entiende que repitamos la votación, pero usted, como presidente, tiene la potestad de hacer lo que considere.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, señora Montesinos, pero vamos a repetir la votación porque no es correcta desde un punto de vista aritmético.

Votamos el punto 4.º, sobre las ayudas a la dependencia en el territorio valenciano. Enmienda transaccional.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Punto 6.º, proposición no de ley sobre la elaboración de un programa estatal de prevención y diagnóstico precoz del VIH/sida. Se vota la enmienda transaccional firmada por UPyD y por el Grupo Popular.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 24; abstenciones, 16.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular relativa a la participación de los pacientes en la consecución del pacto de Estado por la sanidad. Se vota en sus propios términos. **(La señora Grande Pesquero pide la palabra)**.

Señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Presidente, me gustaría hacer una aclaración del voto, porque en la intervención habíamos comentado que íbamos intentar llegar a una transaccional. Yo le he dicho al portavoz del Grupo Popular que se le agradezco mucho, pero lo que nos propone es la misma situación

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 652

7 de octubre de 2014

Pág. 45

que tenemos ya y, por tanto, no lo podemos apoyar. En cuanto a la suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud, es el Ministerio de Hacienda el que tiene que poner el dinero. **(El señor Román Jasanada pide la palabra).**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Román.

El señor **ROMÁN JASANADA**: La voluntad del Partido Popular y del Grupo Popular siempre es que se unan a ese pacto que consideramos necesario. Ustedes dicen que son palabras vacías; yo creo que se está demostrando con hechos, porque cada vez hay más miembros de la comunidad sanitaria que se adhieren a ese pacto. Las comunidades autónomas están en esa línea y lamento que el Grupo Parlamentario Socialista no acepte esa transaccional que podría traerles al voto a favor, con lo cual se incorporarían también los grupos políticos además de los pacientes. Me gustaría que alguna vez en esta Comisión saliera por unanimidad algo relacionado con el pacto de Estado por la sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: Votamos entonces en sus propios términos la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular que he leído anteriormente.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 23; en contra, 17.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la proposición no de ley sobre la atención a los enfermos de hepatitis C, del Grupo Parlamentario Socialista. Votamos la proposición no de ley con la autoenmienda del propio Grupo Parlamentario Socialista.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 23.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

La última votación de la mañana es sobre el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y se vota en sus propios términos.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 23; abstenciones, 2.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Se levanta la sesión.

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