



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

Año 2017

XII LEGISLATURA

Núm. 382

Pág. 1

## **SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**

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

Sesión núm. 18

celebrada el martes 28 de noviembre de 2017

Página

**ORDEN DEL DÍA:**

- Pregunta del diputado don José Juan Díaz Trillo y de la diputada doña Josefa Inmaculada González Bayo, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre control de la introducción en España de huevos contaminados por uso del pesticida ilegal Fipronil (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/016558). (Número de expediente 181/000487) ..... 2**
- Solicitudes de creación de subcomisiones para:**
- El análisis del actual sistema de innovación y acceso a medicamentos. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 158/000013) ..... 2**
  - Realizar un estudio sobre la aplicación y la sostenibilidad futura del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 158/000017) ..... 2**
  - El estudio de tratamientos terapéuticos con cannabis y derivados. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 158/000040) ..... 2**
- Proposiciones no de ley:**
- Relativa a impulsar la tele salud a través de las nuevas tecnologías. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/001313) .... 3**
  - Por la que se insta al Gobierno a replantearse la consideración de las enfermedades infecciosas como especialidad en lugar de un área de capacitación específica (ACE). Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001377) ..... 6**

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 2

- Relativa a plantear la financiación concreta para la atención primaria de salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 161/001843) ..... 9
- Relativa a la promoción de espacios específicos para las personas mayores en los medios de comunicación. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002458) ..... 13
- Relativa a la mejora del sistema de donación de órganos. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/001981) ..... 17
- Relativa a la creación de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002102) ..... 20
- Sobre el reconocimiento de la carrera profesional de los sanitarios en todo el territorio nacional. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/002503) ..... 23
- Relativa a regular adecuadamente la figura del consumidor vulnerable. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002508) ..... 28

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

**PREGUNTA DEL DIPUTADO DON JOSÉ JUAN DÍAZ TRILLO Y DE LA DIPUTADA DOÑA JOSEFA INMACULADA GONZÁLEZ BAYO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE CONTROL DE LA INTRODUCCIÓN EN ESPAÑA DE HUEVOS CONTAMINADOS POR USO DEL PESTICIDA ILEGAL FIPRONIL (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/016558). (Número de expediente 181/000487).**

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión.

El primer punto que tenemos fijado en el orden del día era una pregunta con respuesta oral, que ha sido definitivamente retirada por el Grupo Parlamentario Socialista.

### **SOLICITUDES DE CREACIÓN DE SUBCOMISIONES PARA:**

- **EL ANÁLISIS DEL ACTUAL SISTEMA DE INNOVACIÓN Y ACCESO A MEDICAMENTOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 158/000013).**
- **REALIZAR UN ESTUDIO SOBRE LA APLICACIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD FUTURA DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 158/000017).**
- **EL ESTUDIO DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS CON CANNABIS Y DERIVADOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 158/000040).**

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, el 2.º punto del orden del día es el debate y votación de las solicitudes de creación de subcomisiones que, tal como hemos acordado la Mesa y los portavoces tramitaremos sin debate, aunque es verdad que si algún grupo parlamentario lo solicitara, le daríamos un turno breve para intervenir. Sí quiero hacer constar que en la solicitud que aparece en el 4.º punto del orden del día, de creación de una subcomisión para el estudio de tratamientos terapéuticos con cannabis y derivados, se ha presentado una enmienda, que parece que todos los grupos han aceptado, en los términos en los que se aprobó la proposición no de ley en esta misma Comisión. Entonces, si estamos de acuerdo en tramitar estos tres puntos sin debate, acumularemos todas las votaciones al final de la sesión.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 3

### PROPOSICIONES NO DE LEY:

#### — RELATIVA A IMPULSAR LA TELESALUD A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/001313).

El señor **PRESIDENTE**: Antes de comenzar con el debate de las proposiciones no de ley, me han comunicado la posibilidad de adelantar el punto 10.º y tramitarlo en tercer lugar, es decir, pasaría a ser el 7.º punto del orden del día.

La señora **SIBINA CAMPS**: En principio no hay problema. Estoy tratando de contactar con la persona que lo lleva, pero en principio sí.

La señora **ANGULO ROMERO**: Igual que nosotros, no ha llegado la ponente todavía.

El señor **PRESIDENTE**: Entonces, lo dejamos pendiente. Vamos a empezar por el punto 5.º, relativo a impulsar la telesalud a través de las nuevas tecnologías. A continuación, tramitaremos el punto 6.º, que insta al Gobierno a replantearse la consideración de las enfermedades infecciosas como especialidad. Y luego si están los intervinientes, intentaremos adelantar el punto 10.º en ese momento.

Por tanto, comenzamos el debate con el punto 5.º del orden día: Proposición no de ley relativa a impulsar la telesalud a través de las nuevas tecnologías, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra la señora Hernández Bento.

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

Señorías, nuestro sistema sanitario se encuentra en evolución constante y sujeto a cambios permanentes; cambios de todo tipo, demográficos, de necesidades asistenciales como consecuencia de los avances terapéuticos, de los progresos en la formación de los profesionales, de la innovación en modelos de gestión. En mi grupo creemos que una posible respuesta a estos cambios está en la aplicación de las nuevas tecnologías. Una respuesta que estamos convencidos que va a contribuir a mejorar la calidad, la cohesión y la equidad asistencial, que siempre son objetivos principales en nuestro debate. Además, favorece la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que es otra de las constantes no solo en los debates, sino también entre nuestras preocupaciones. Por eso mi grupo trae esta iniciativa cuyo objetivo es potenciar la telesalud y, concretamente, la telemedicina a través del uso de las nuevas tecnologías. Según la Asociación Americana de Telemedicina, esta es un intercambio de información médica entre dos sitios a través de comunicaciones electrónicas, con el objeto de mejorar el estado de salud de un paciente. Incluye una variedad cada vez mayor de aplicaciones y servicios, videoconferencias, correos electrónicos, smartphones, comunicaciones inalámbricas y todo tipo de tecnologías de telecomunicaciones. La telesalud sin duda aporta beneficios a los diferentes agentes implicados: al paciente lo compromete con su salud, le permite estar informado y participar activamente en la toma de decisiones desde la responsabilidad; al sistema sanitario le permite una gestión más integrada y eficiente; y a los profesionales sanitarios les proporciona la capacidad de acceder a la información de sus pacientes para un diagnóstico y un tratamiento mejor orientados.

En los últimos años las TIC, tecnologías de la información y comunicación, han tenido un desarrollo exponencial. El Gobierno junto con las comunidades autónomas ha priorizado la aplicación de las nuevas tecnologías a la salud. Es una de las áreas en las que más hemos avanzado, sobre todo se ha trabajado en la implementación de la receta electrónica, la historia clínica y la tarjeta sanitaria electrónica. España se ha convertido en un país líder en proyectos de uso de las TIC en sanidad. La historia clínica digital interoperable permite el acceso informático a los datos clínicos de un paciente desde cualquier punto en el que se realice su atención, y al usuario el acceso a sus datos. Más de 36 millones de personas ya disponen de esta información clínica interoperable; en el año 2012 eran solo seis millones. Por lo tanto, la historia clínica digital tiene un nivel de implantación del entorno del 77%. La prescripción electrónica también es mayoritaria en nuestro país. La receta electrónica garantiza la conexión de recetas prescritas entre las distintas comunidades autónomas, lo que permite la dispensación en farmacia dentro o fuera de la propia comunidad autónoma. Casi el 90% de las recetas, el 89,56%, ya son electrónicas, en el año 2012 la cifra era el 50%. No solo se evitan errores en la prescripción que pueden dar lugar a interacciones medicamentosas no deseadas, sino que se facilita a los pacientes la accesibilidad a los tratamientos cuando se desplazan entre comunidades. Además, se genera ahorro y eso hace que aumente la eficiencia

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 4

del sistema. Por supuesto, con la reducción de la receta en papel se producen evidentes beneficios medioambientales. Actualmente son nueve las comunidades autónomas incorporadas a la e-receta, y confiamos en que el resto de comunidades las sigan y se incorporen. Son ya también 45 millones de tarjetas sanitarias individuales en la base de datos del ministerio.

Los beneficios de la telesalud están referenciados en cuanto a su efectividad clínica en problemas cardíacos, diabetes, patologías respiratorias, en la rehabilitación tras infartos, pero hay otras áreas en las que es muy fácil ver su potencial, como podrían ser el abuso del alcohol, problemas de sobrepeso o problemas de salud mental. Otro aspecto interesante de su aplicación podría ser, sin duda, el seguimiento terapéutico aplicado en el domicilio del paciente. Somos conscientes de que el uso de la telemedicina no está suficientemente avalado por protocolos clínicos y organizativos, y parece necesaria la mejora en la formación de los profesionales en este terreno. Por estas razones, el Grupo Parlamentario Popular presenta una proposición para implementar iniciativas formativas, por supuesto siempre en coordinación con las comunidades autónomas, que mejoren la preparación de los profesionales sanitarios en relación con las tecnologías disponibles para la práctica y organización de la asistencia sanitaria, así como impulsar la elaboración de protocolos clínicos con telemedicina, que sean una auténtica vía de comunicación entre el médico y el paciente y también entre los distintos niveles asistenciales. No podemos olvidar que existe en nuestro país una Red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud que, con carácter preceptivo y previamente a su utilización en el sistema, evalúan las nuevas técnicas, por lo que siempre habría que contar con su visto bueno.

Concluyo. La aplicación de las TIC ha permitido importantes avances en nuestro sistema sanitario. Esto ya es una realidad, pero ante los retos de futuro, el envejecimiento progresivo de la población, la creciente cronicidad de las patologías, la prevalencia de enfermos pluripatológicos, así como la necesidad permanente de eficiencia en el sistema, en el Grupo Parlamentario Popular estamos convencidos de que la telemedicina será en los próximos años protagonista de nuestro sistema sanitario. Por ello defendemos su potenciación y su impulso como una necesidad.

Muchas gracias.

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

Se ha presentado una enmienda por el Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, que va a defender la señora Sibina.

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

Señorías, antes de nada quiero decir que esta PNL del Grupo Parlamentario Popular nos parece bastante vacía. La telemedicina no es algo que potenciar o no de forma general y en bloque, en todo caso será algo que evaluar de forma individualizada según el procedimiento o técnica concreta, para ver si es efectivo, seguro, eficiente y ayuda a mantener y potenciar la equidad en el sistema sanitario. Hablar de potenciar la telesalud es como hablar, por ejemplo, de potenciar los medicamentos. Ante ese discurso de brocha gorda que no diferencia matices, hay que hablar de evaluar rigurosamente las aportaciones de la telemedicina a la salud de la población y a la mejora del sistema. Las nuevas tecnologías y su capacidad para desarrollar prestaciones, tratamientos, pruebas diagnósticas, de una forma más accesible para la población y con mayor calidad para el sistema sanitario, dependerá de un aspecto fundamental: que no contribuyan a aumentar aún más las desigualdades en salud. Vivimos en uno de los países más desiguales de la Unión Europea, como recientemente nos han recordado desde Bruselas, y la implantación regresiva de la telemedicina podría ampliar esta brecha. Es preciso que la introducción de herramientas de telemedicina se haga guiada por un principio de equidad que no deje atrás a nadie.

Por otra parte, las iniciativas formativas que se implementen han de estar guiadas por las necesidades de los profesionales, de la población y del sistema. En un ámbito como el que estamos tratando de la telemedicina, las empresas privadas que se mueven en él tienen grandes intereses por capturar la organización y financiación de la formación al respecto. Es necesario que esto sea liderado desde las instituciones públicas y no delegado en empresas con notables conflictos de intereses, como se ha hecho desde hace mucho tiempo en el ámbito de la farmacoterapéutica. En este sentido hemos presentado una enmienda y nuestro voto, obviamente, estará condicionado a la aceptación o no de dicha enmienda.

Muchas gracias, señor presidente.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 5

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

Es el turno de fijación de posiciones. ¿Grupo Parlamentario Mixto? (**Pausa**). Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

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

Efectivamente, la propuesta es poco precisa y es difícil no estar a favor del bien. Nosotros solemos estar a favor del bien. Cuando uno habla de esta materia tengo un problema porque no sé si estamos hablando de telemedicina o de historia clínica digital y receta electrónica porque son cosas diferentes. La telemedicina es una gran herramienta que, además, puede servir, como muy bien dice la portavoz del Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos, para acabar con serios problemas de equidad en el acceso en el territorio. Ya se están utilizando en Castilla-La Mancha y en muchos sitios las consultas a distancia, las consultas por Skype, telerradiología, electrocardiogramas. Esto nos tiene que servir básicamente para ayudarnos a acabar con la inequidad, fijar población y dar una mejor asistencia a las zonas desérticas de nuestro país que son muchas —yo vivo en una de ellas—, ya que nos permitiría, por ejemplo, como propusimos en nuestro programa, evitar desplazamientos inútiles a gente que está a 50 o 100 kilómetros del hospital más cercano; reducir el número de consultas; reducir el número de desplazamientos, por lo que resulta una herramienta francamente útil. Esto no tiene nada que ver con la receta electrónica ni con la historia clínica digital, que son dos cosas diferentes.

Evidentemente, como dice la portavoz del Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos, hay que evaluarlo seriamente y utilizarlo como una política pública de lucha contra la inequidad. También podría servir, por ejemplo, para tener servicios de anatomía patológica o de diagnóstico centralizados, sin tener que enviar las muestras ni mandar a los pacientes, haciendo el trabajo que realizan los CSUR muchas veces, pero evitando desplazamientos. Por tanto, es una herramienta útil y necesaria en la que hay que profundizar. Nosotros votaremos a favor, pero sí nos gustaría que se tuviesen en consideración las enmiendas planteadas por el Grupo Parlamentario Confederal Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea porque nos parecen sensatas y acordes con esta necesidad.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Peña.

La señora **PEÑA CAMARERO**: Muy buenos días. Una PNL más del Grupo Parlamentario Popular para rellenar cupo, entiendo, porque no deja de ser una declaración de intenciones que no completa las deficiencias que tiene esta técnica. Es verdad que la telesalud, la teleconsulta, el telediagnóstico, la telemonitorización, la teleasistencia, resultan un gran avance que, además, supone una significativa disminución neta media en los costes directos por paciente. Es ventajoso también para el paciente, que evita el hecho de desplazarse, se aprecia un ahorro de tiempo y la inmediatez, pero hay que crear nuevas formas de relación entre el profesional sanitario y el paciente que esta PNL no contempla. Es cierto que ante el aumento de la esperanza de vida es necesario cambiar el modelo asistencial para abordar, entre otros, el problema de la cronicidad apostando por la innovación, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Los propios expertos afirman que el crecimiento sostenido de las videoconsultas aumentará hasta un 34 % en el 2020. Actualmente en nuestro país un 40 % de los pacientes están ya en contacto telefónico con su médico de cabecera. Así que es verdad que tiene ventajas siempre y cuando se den unas condiciones determinadas para garantizar la calidad. Aunque la monitorización remota en pacientes crónicos a día de hoy es ya una realidad en muchas comunidades autónomas, su implantación en el sistema tiene dificultades que esta PNL no pretende resolver. ¿Qué pasa con la seguridad, qué pasa con el coste-efectividad, qué pasa con el desconocimiento de las personas mayores sobre el sistema, con el difícil acceso a las tecnologías en el medio rural, con el vacío legal, con la privacidad de los datos médicos y su gestión, con la transparencia en los procesos, con los consentimientos, con la normativa profesional que está sin consensuar y sin garantías de seguridad? Bueno, pues todo esto falta y la PNL no pretende solucionarlo.

Simplemente haré tres apuntes. En primer lugar, los juristas sanitarios piden que se regule la telemedicina para evitar riesgos de seguridad y confidencialidad. Por eso solicitamos que se cree un marco legal que ofrezca garantías de seguridad a profesionales y pacientes. En segundo lugar, es imprescindible un acuerdo de inversión en nuevas tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la salud, que contemple planes autonómicos de inversión para regular la sintonía entre la historia clínica

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 6

electrónica y la receta interoperable. En tercer lugar —quizá porque vengo de una comunidad autónoma como Castilla y León, con un alto envejecimiento, con una dispersión brutal, con consultorios dispersos, con reordenaciones sanitarias que recortan los horarios de atención, con un sistema informático individual, Medora, que está continuamente suspendido, con consultorios y centros de salud donde la banda ancha ni siquiera llega—, creemos que hay que mejorar esos sistemas informáticos para la plena integración y la interoperabilidad completa de la gestión informatizada de la atención primaria, cosa que tampoco se pide en esta PNL.

Muchas gracias.

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

A efectos de votación, señora Hernández Bento, ¿acepta las enmiendas o hay transacción?

La señora **HERNÁNDEZ BENTO**: Intentaré llegar a un acuerdo.

El señor **PRESIDENTE**: Bien, esperaremos a que así sea.

### — POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A REPLANTEARSE LA CONSIDERACIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMO ESPECIALIDAD EN LUGAR DE UN ÁREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA (ACE). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001377).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al 6.º punto del orden del día: Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a replantearse la consideración de las enfermedades infecciosas como especialidad en lugar de un área de capacitación específica. Es del Grupo Parlamentario Socialista y para su defensa, tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (Jesús María): Buenos días. El reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas es un asunto que ya se ha debatido en la Comisión de Sanidad de este Congreso en anteriores legislaturas. Creo que nadie puede dudar de que las enfermedades infecciosas continúan siendo un grave problema de salud pública, y es un área de conocimiento que ha tenido un fuerte impulso y desarrollo en los últimos treinta años. Una especialidad que aunque es verdad que tenía ya raíces históricas en España y en otros países con motivo de la lucha contra las enfermedades infecciosas, fundamentalmente la tuberculosis, su principal desarrollo se produjo hace treinta años por la pandemia de sida, que hizo que muchos profesionales de otras ramas se especializaran en esta materia. Desde entonces se ha ido generando un cuerpo de conocimiento amplísimo, en el que España lidera los *rankings* internacionales de producción científica y de investigación en esta materia de las enfermedades infecciosas, entre otras razones gracias también a la existencia de dos redes nacionales de investigación cooperativa vinculadas al Instituto de Salud Carlos III, concretamente la Red Española de Investigación en Patología Infecciosa y la Red Española de Investigación en Sida.

En segundo lugar, solicitamos este reconocimiento porque es una realidad en la práctica asistencial del Sistema Nacional de Salud. Hay más de cincuenta servicios o unidades clínicas de enfermedades infecciosas reconocidas en todas las comunidades autónomas españolas. Por tanto, es una realidad asistencial que se enfrenta al desafío de la renovación de toda una generación de especialistas en enfermedades infecciosas que se van a jubilar en los próximos años, y que requiere un recambio generacional y la formación de nuevos especialistas que estén preparados para afrontar las enfermedades infecciosas de hoy, de sobra conocidas, pero no solamente las endémicas y prevalentes en España desde hace muchos años, como la tuberculosis que sigue estando presente y cada vez es más compleja de tratar, sino también otras infecciones prevalentes como la hepatitis, cuyo tratamiento hemos visto la importancia que ha tenido en los últimos dos años, y las enfermedades infecciosas emergentes que vienen de otros países. Hemos tenido el caso de la pandemia de gripe y los problemas vinculados con el virus del zika o con el ébola, pero pueden surgir nuevas infecciones.

En tercer lugar, me referiré a la posición de esta Comisión de Sanidad en torno al reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas. Es algo que ya se ha aprobado dos veces por unanimidad en los años 2010 y 2012. El Gobierno de la X Legislatura del Partido Socialista preparó un borrador de real decreto para hacer este reconocimiento, pero decayó. Y después el Gobierno del Partido Popular ha hecho oídos sordos a esta reclamación de las sociedades científicas y del Parlamento. Se planteó como un área de capacitación específica dentro del Real Decreto por el que se regula la troncalidad que, como

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 7

ustedes saben, fue anulado por sentencia del Tribunal Supremo muy recientemente. Por tanto, hemos quedado en un espacio de nadie, donde ni es una especialidad ni es un área de competencia específica. Por eso consideramos que es el momento de replantear el reconocimiento de esta especialidad de las enfermedades infecciosas, que quiero resaltar una vez más que es aceptado en veinticinco de los veintisiete países de la Unión Europea, y que además no viene a competir con ninguna otra especialidad, sino a complementar la labor de otras especialidades que tienen su propia área de trabajo también en el ámbito de las enfermedades infecciosas, como son la medicina interna o la medicina de familia y comunitaria, pero, como digo, la importancia que están adquiriendo las enfermedades infecciosas requiere una especialidad específica en esta área de conocimiento.

Dado que presentamos esta proposición no de ley ya hace unos cuantos meses y, recientemente, ha surgido un debate científico y político sobre la importancia que están teniendo las resistencias a los antibióticos en todo el mundo, hemos introducido una enmienda de adición para abordar de una manera reforzada el Plan nacional frente a la resistencia a los antibióticos. La importancia de este problema es evidente, se calcula que actualmente se producen 25000 muertes en la Unión Europea como consecuencia de las resistencias a antibióticos, pero para el año 2050 se prevé que en el mundo habrá 10 millones de muertes por esta misma causa, un millón en Europa. De manera que en este año 2050, por primera vez las resistencias a los antibióticos causarán más muertes que las propias muertes por cáncer. Hay distintos organismos internacionales que han planteado una acción conjunta frente a las resistencias a los antibióticos. Concretamente, en el año 2016 se planteó en la Asamblea General de Naciones Unidas esta prioridad. Del mismo modo, el G-20 en su reunión en Hamburgo trató también el problema global de las resistencias a los antibióticos. Y más recientemente, la Acción Conjunta de la Unión Europea, EU-Jamrai, que solicita a todos los Estados miembros que planteen sus propios planes de lucha contra las resistencias a los antibióticos. España tiene un buen plan aprobado en 2014, que justamente ahora, tres años después, está empezando a dar sus primeros pasos creando una red de coordinadores a nivel autonómico. Nos parece que es un buen plan porque relaciona dos aspectos que son complementarios: la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la lucha contra las resistencias a los antibióticos. Sin embargo, consideramos que este plan para que sea eficaz requiere recursos.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Fernández, debe ir terminando.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (Jesús María): Por eso hemos planteado una enmienda. El Grupo Parlamentario Popular también ha presentado una enmienda, y vamos a tratar de transaccionar para presentar un texto conjunto y resolver este tema.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Efectivamente, el Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda a esta iniciativa. Para su defensa, tiene la palabra el señor Moreno.

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

Se plantea aquí esta PNL para instar al Gobierno, concretamente al Ministerio de Sanidad, a considerar la disciplina de enfermedades infecciosas más como una especialidad que como se planteó en la X Legislatura, es decir, como un área de capacitación específica. Esta disciplina fue una de las que recurrió el Real Decreto 639/2014 por el que se regula la troncalidad, que resultó fallido. A favor de que se considere especialidad tienen el apoyo de algunas comunidades autónomas, que no es un tema menor y ya diré por qué, es el caso de Andalucía. Es verdad que de los veintiocho Estados miembros, hay veinticuatro —se exceptúan Bélgica, Luxemburgo, Chipre y España— que la reconocen con matices, en algún caso también se incluye la medicina tropical. Además, hay servicios y unidades en muchos hospitales, cierto es, y también sociedades científicas que sin duda lo apoyan, pocas del área de medicina interna porque es verdad que a veces lo consideran una amenaza. Por tanto, tenemos farmacología o farmacia hospitalaria, anatomía patológica, cirugía torácica y cardiovascular, medicina tropical y medicina del trabajo. Tienen en contra otras muchas sociedades, Semergen, medicina general, medicina interna, oncología, neumología, etcétera. No es una batalla, aunque ahí haya una lucha por la hegemonía de un área, que es importante, y tiene comunidades autónomas muy en contra, como pueda ser la de Madrid.

Creo que el hecho de que haya Retics orientadas a enfermedades infecciosas es neutro, ni a favor ni en contra, porque también lo hay para enfermedades raras y no por ello tiene que haber una especialidad.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 8

En cualquier caso, el recambio generacional, tanto si hay especialidad como si hay un área de capacitación específica, va a encontrar siempre una mejor formación que la que tuvieron los que originariamente intentaron superespecializarse. De hecho, el área de capacitación específica es una superespecialidad, que en este caso sería de la medicina interna. En todo caso, lo que se plantea es que sea considerada como especialidad. La posibilidad que existe —creo que ha sido reconocida— es que pueda dirigirse al tratamiento de infecciones de alta complejidad, evidentemente no a todas las infecciones, con una formación muy sólida en medicina interna. En todo caso, la decisión final no va a depender ni de los grupos parlamentarios ni del ministerio. ¿Por qué? Porque lo dice la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que hace descansar esto en la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, es decir, ministerio con comunidades autónomas, que es la que determina el perfil del personal que necesita el Sistema Nacional de Salud.

¿Hacia dónde vamos? Vamos a trabajar sobre troncalidad en la misma línea del real decreto, pero extrayendo de ella, para incluirla en normas independientes, la creación, la ampliación, la fusión o bien la extinción de especialidades, para lo que va a ser necesario el acuerdo de la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Se apuntaba el Plan de resistencias antimicrobianas como elemento a favor. Creo que todos estamos de acuerdo en que es un plan complejo, absolutamente necesario, y que nunca serán suficientes los esfuerzos en esta materia por lo que se nos viene encima si no actuamos. Ese plan, que contempla ya ochenta acciones y seis líneas estratégicas orientadas al enfoque *One Health* de la Unión Europea, que se va a revisar ahora para sacar la actuación en julio de 2018, hace que no pueda descansar solo en una especialidad, porque empezaríamos mal, y ya sé que el proponente no lo ha planteado en esos términos, pero es algo que compete a todo el universo que conocemos. Pero más allá del área médica y científica tiene que entrar también el tratamiento de la alimentación animal, etcétera, y de ahí el hecho del enfoque *One Health*, que creo que es el adecuado.

Vamos a intentar llegar a una transaccional. Consideramos que es positivo que pueda haber esa especialidad, pero en todo caso, será esa comisión de recursos humanos, con todas las comunidades autónomas y el ministerio, la que finalmente decida.

Muchas gracias.

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

Para fijar la posición de los grupos parlamentarios, tiene la palabra, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Gracias, señor presidente.

No podemos estar más de acuerdo con esta propuesta del Grupo Socialista, porque nosotros ya la presentamos en la pasada legislatura sin que llegara a ser debatida, motivo por el cual votaremos a favor. Es evidente que este país tiene un serio problema con las resistencias antibióticas y con las infecciones. Lideramos el problema en Europa, porque somos el país con mayor número de sepsis posquirúrgica de toda Europa, después de cirugía abdominal, y estamos muy por encima de la media de la OCDE en dosis diaria de antibióticos. Una de cada diez muertes que se producen en Europa por resistencias microbianas se da en España. Por tanto, España tiene un serio problema y nosotros somos conscientes de ello. Hemos realizado varias preguntas a lo largo de esta legislatura sobre el Plan de resistencias a antibióticos, sobre el uso de antibióticos en veterinaria, etcétera; es decir que todos estos temas que se han tratado han sido objeto de nuestra preocupación y de nuestra actividad parlamentaria.

Votaremos a favor de la proposición sin ninguna clase de duda.

Muchas gracias.

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

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

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

Vamos a desvincular lo que es la resistencia a antibióticos, que lo tenemos contemplado en otra proposición no de ley, y nos vamos a ajustar a la PNL de infecciosos. Los pacientes con enfermedades infecciosas en nuestro país tienen garantizada una atención sanitaria con un alto nivel de cualificación científica y técnica. Los indicadores asistenciales en patologías infecciosas en España y la producción científica y técnica así lo avalan. La respuesta de nuestro sistema sanitario público a las recientes



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 9

epidemias, como la gripe A, ébola, etcétera, han sido eficientes y otros parámetros como el número de pacientes con tuberculosis multirresistente o la tasa de mortalidad por neumonía nos traducen la calidad de la atención en esta área.

En este contexto, ¿esta solicitud responde a una necesidad de la población? Las unidades de infecciosos en nuestro país se conformaron ante la epidemia de VIH. A esta área de capacitación llegan médicos formados en medicina interna y en microbiología clínica. Es cierto que la ausencia de normativa a nivel nacional sobre los programas formativos de enfermedades infecciosas y la indefinición de una cartera de servicios propia de estos profesionales está propiciando un desarrollo desorganizado. En ocasiones, suele haber solapamiento asistencial de unos servicios hospitalarios con otros. En la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se establecen áreas de capacitación específicas y también, como ya se ha comentado, en el decreto de troncalidad, si bien es cierto que la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica ha reivindicado su oposición a la troncalidad como modelo de formación sanitaria especializada. La denominación de enfermedades infecciosas está recogida en la mayoría de los países de la Unión Europea, sin embargo, su grado de diferenciación con la microbiología clínica varía ampliamente entre los distintos países, por lo que la Sociedad Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas ha realizado una recomendación para armonizar el mapa de competencias y el desarrollo curricular de ambas especialidades. También hay que aclarar que el desarrollo de las especialidades médicas en la Unión Europea no es comparable al modelo español. Mientras que en España las especialidades médicas son finalistas y contemplan un programa formativo destinado a alcanzar una única especialidad, en la mayoría de los países europeos existe un sistema de subespecializaciones, que es como está contemplada la especialidad de infecciosos en catorce países.

El señor **PRESIDENTE**: Debe ir concluyendo.

La señora **BOTEJARA SANZ**: En estos momentos —nuestro sistema sanitario lo requiere— es importante que el Ministerio de Sanidad planifique con los profesionales las especialidades que nuestro sistema sanitario necesita para solucionar los problemas de la población y no derive durante más tiempo de la troncalidad, porque llevamos quince años. Es hora de abordar este problema de forma integral.

Muchas gracias.

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

Esperamos esa transacción anunciada por los grupos antes de que se produzca la votación.

Pregunto si es posible tratar el punto décimo. **(Pausa)**. Parece que no.

### — RELATIVA A PLANTEAR LA FINANCIACIÓN CONCRETA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 161/001843).

El señor **PRESIDENTE**: Continuamos con el séptimo punto del orden del día, proposición no de ley relativa a plantear la financiación concreta para la atención primaria de salud, del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Botejara.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Gracias, señor presidente.

La reforma de la atención primaria se inició en nuestro país con el Real Decreto de estructuras básicas de salud, en el año 1984, que sentó las bases del modelo de atención primaria que nuestra población necesitaba. En este real decreto se definían las zonas de salud, los centros de salud, los equipos de atención primaria y las funciones de estos, siendo el objetivo una atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad, debidamente evaluados y controlados, extendiendo los servicios a toda la población.

Durante estos años —después fue contemplado en la Ley General de Sanidad del año 1986— hubo importantes avances en nuestra sanidad, por ejemplo, más recursos, ya que del porcentaje del 5,9% del PIB del año 1982 se pasó al 7,6% del PIB en 1995. Aunque fue desigual el ritmo de implantación, el nuevo modelo de atención primaria se consolidó, fue evolucionando hacia una atención más integral, más accesible y mucho más resolutiva, y se pasó de unos niveles de satisfacción de la población en 1985 por debajo del 50% al 80% en 1995.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 10

En el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un documento, llamado Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España, proyecto AP21, para responder a las distintas necesidades. Este documento fue realizado por numerosos expertos y asociaciones de pacientes. En él se reconoce que aunque la atención primaria en España era una de las mejores del mundo, había que hacer una valoración de la situación de aquella época y dar respuesta a nuevos retos, como el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento en las cargas de trabajo de los profesionales, como las burocráticas, la necesidad de mejorar la coordinación asistencial y otras variables como el inicio del consumo sanitario. Este documento contemplaba crear un marco estratégico útil para orientar las actuaciones que pudieran mejorar la atención primaria en el periodo 2007-2012. A esto se unió que la II Conferencia de Presidentes, en septiembre de 2005, incluyó entre sus acuerdos la necesidad de aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.

¿Qué pasó al llegar la crisis económica? Que la atención primaria, que es la estructura que más podía contribuir a la racionalización de los recursos, fue relegada como consecuencia de la debilidad del apoyo institucional; el expansionismo hospitalario, en parte por la fascinación de las nuevas tecnologías, las funciones de educación sanitaria, prevención, atención integral, rehabilitación, han ido poco a poco deteriorándose por la disminución de los recursos adecuados, déficit de personal sanitario, alta temporalidad, lo que ha impedido la atención longitudinal y la continuidad. Daré un dato para que sirva de ejemplo, y es que de todos los países europeos nosotros ocupamos el quinto lugar en la tasa de médicos de familia por población. Este deterioro nos ha llevado a las circunstancias que vivimos actualmente. A esto hay que añadirle la deficiente gestión de recursos públicos y la politización de cargos de gestión que hemos tenido en los últimos años.

Nuestra proposición no de ley insta al Gobierno a que se pongan en marcha las medidas necesarias para que se configure correctamente la atención primaria como eje del sistema sanitario y a que se garantice que la atención primaria tenga una financiación concreta dentro de los presupuestos del área de salud correspondiente.

Muchas gracias.

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Gracias, señor presidente.

La verdad es que a veces en este Parlamento uno no acaba salir de su asombro. Hace escasamente dos semanas, entre las medidas que presentamos de lucha contra la inequidad en el sistema, planteamos una propuesta para reforzar la atención primaria, potenciar el modelo de zonas de salud y los equipos de salud, eliminando figuras como el médico de área, y fue rechazada por el Grupo Podemos, argumentando —probablemente no sin falta de razón— que era poco concreta y etérea. Sin embargo, han venido ellos a concretar la propuesta diciendo que se pongan en marcha las medidas necesarias para que se configure el modelo de atención primaria y que se garantice que la atención primaria tiene una financiación concreta, cosa que al parecer hasta ahora no tenía. ¡Hágase la luz! Menos mal que han venido a concretar la propuesta que nosotros tan inconcretamente habíamos presentado el otro día.

Hemos presentado una enmienda para intentar mejorar un poquito este desaguisado. Creemos que se debe hacer un proyecto de reforma —hacer una reforma es una medida concreta— y mejora integral de la atención primaria en España y no simplemente cantar las bondades de la atención primaria. Creemos que se debe incidir en la financiación adecuada y finalista, para lo cual tendremos que entender si somos o no centralistas, si somos o no esos peligrosos falangistas que algunos dicen, cuando decimos que la financiación autonómica tiene que tener cierto carácter finalista. Pero para eso nada mejor que el descaro de la enmienda presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, que dice literalmente que tenemos que dedicar al menos un 20 % del presupuesto a la atención primaria. Plantean esto los mismos señores que nos acusan, sin rebozo alguno, de centralismo cuando proponemos que se revise la financiación autonómica para darle un carácter más finalista. Ellos marcan el 20 %. Para que se hagan una idea les diré que esto supondría en diferentes comunidades, como Madrid, Cataluña, Andalucía, Asturias, Baleares, que dedican menos del 13 % a la atención primaria, un incremento del 50 % del presupuesto de atención primaria de un día para otro. Esto no debe ser centralismo, no debe ser imponer a las comunidades autónomas lo que tienen que hacer, no debe ser falangismo, esto debe ser otra cosa, sobre todo cuando uno dice a las comunidades autónomas cómo tienen que repartir su presupuesto, después de darnos lecciones a los demás de lo malo que es el centralismo.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 11

Estamos dispuestos a llegar a un acuerdo, a una transaccional con el grupo proponente sobre esta propuesta tan a favor del bien, de la bondad y de la paz en el mundo, intentando concretar un poco más lo que queremos hacer con la atención primaria.

Muchas gracias.

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Martín.

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

La verdad es que me llena de satisfacción mirar las iniciativas y ver que se va a debatir sobre atención primaria de salud, pero según se empieza a leer el contenido de la propuesta esa satisfacción va cayendo un poco. Los problemas pendientes de abordar en nuestra atención primaria no se pueden resumir en dos líneas, que es lo que ocupa su propuesta, señora Botejara. Creo que se podía haber concretado un poco más. ¿Imagina lo que deben pensar los profesionales de atención primaria que lean el acta y los documentos de esta Comisión? Cualquier ciudadano, sea profesional o no, tiene relación con la atención primaria de salud y seguro que puede interpretar muy bien lo que estamos hablando aquí.

¿Qué quiere decir Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea con su propuesta? ¿Que la atención primaria no merece más esfuerzo que dos líneas? ¿Que no pueden concretar alguna propuesta más específica para mejorar la atención primaria? Quizá no pueden dedicar más tiempo y reflexión a las necesidades de atención primaria, nivel tan bien valorado por la mayoría de los ciudadanos y que tanto ha sufrido en estos últimos años los recortes y la dotación de personal. ¿Quieren decir que no hay partidas presupuestarias específicas? Creo que cada comunidad autónoma tiene partidas específicas. ¿Insuficientes? Seguro, pero las hay.

Hay que hacer propuestas un poco más sólidas. Perdona, pero yo no estoy de acuerdo con la escueta proposición que han presentado. La limitación de tiempo a cinco minutos no puede ser la excusa para que no demos un contenido razonable a nuestras proposiciones no de ley. Por eso, señora Botejara, hemos propuesto una enmienda un poco más ambiciosa que sustituye a su iniciativa. Ya hay comunidades autónomas que han comprometido al menos un 20% de su presupuesto de sanidad para atención primaria. Yo soy de la comunidad de Castilla-La Mancha y en el proyecto de presupuestos de 2018 ya se supera ese 20%, concretamente se cifra en un 20,4% y se avanza en el compromiso de llegar al 25% antes de que finalice la legislatura. Creo que ese debe ser el objetivo —un objetivo no impuesto por el Ministerio de Hacienda—, que se puede consensuar perfectamente con las comunidades autónomas, porque es una demanda histórica de los profesionales de atención primaria.

Pedimos que en el marco de la financiación autonómica las comunidades autónomas se comprometan, no que se les imponga por ley, como el señor Igea ha interpretado, con esas interpretaciones tan particulares que hace. Pedimos una adecuada dotación de personal en atención primaria, porque estamos muy preocupados por ese 30% de jubilaciones que se prevén en los próximos cinco años. Decimos que ni un recorte más en personal y, sobre todo, que haya tasas de reposición completas en las plazas vacantes. La Estrategia AP21, como bien dice en la exposición de motivos, fue una buena herramienta, y sigue siéndolo, pero pedimos al ministerio que la actualice y que sea de aplicación inmediata. Para finalizar, proponemos ser el eco de lo que demandan nuestros compañeros del foro de atención primaria, porque aquí somos representantes de los ciudadanos, pero también somos la voz de nuestros compañeros y compañeras.

Espero que se acepte nuestra enmienda, aunque ocupa un poco más de dos líneas.

Muchas gracias.

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

Para la defensa de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Cabezas.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Gracias, señor presidente.

Tras la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en 1978 y el establecimiento de los centros de salud, la atención primaria en España experimentó un gran desarrollo dando lugar a un nuevo modelo que ha supuesto mejoras importantísimas en los cuidados de salud de la población. Si hacemos un balance de la atención primaria en España desde su reforma en los años ochenta, vemos que es claramente positivo. Contamos con excelentes profesionales que están dedicando cada día su esfuerzo, trabajo e ilusión en los centros de salud. Nuestro sistema nacional sanitario dispone de más de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 12

tres mil centros de salud y de más de diez mil consultorios de atención primaria. La proporción media de 3,3 consultores locales por cada centro de salud muestra el amplio rango de 14,8 — 0,0, reflejo de las variaciones de la dispersión geográfica en España.

Señorías, estamos de acuerdo en que la atención primaria es un tesoro de nuestro sistema nacional sanitario y garantizar su sostenibilidad y la de la sanidad pública en su conjunto es un gran reto al que nos enfrentamos. El Gobierno ha manifestado en numerosas ocasiones su compromiso con nuestro sistema nacional sanitario, pero además de manifestarlo lo ha demostrado. Conviene recordar en qué situación económica estaba la sanidad pública allá por el año 2011, con una deuda de más de 16 000 millones de euros y con el fraude en el uso de las tarjetas sanitarias que costaba 1 000 millones de euros al año. Para ayudar a las comunidades autónomas en el pago de su deuda se pusieron a su disposición el Fondo de Liquidez Autonómica y el Fondo de Pago a Proveedores. El trabajo realizado por el Gobierno desde el inicio ha ido dirigido a mantener el carácter universal, público y gratuito de nuestro sistema sanitario, conservando los altos niveles de calidad y profesionalidad.

Señorías, me gustaría hacer un inciso para hablar sobre lo que ocurre en mi tierra como ejemplo de que no se soluciona todo con la financiación. En Andalucía la atención primaria está siendo desmantelada desde hace años, y así lo dicen los informes de los sindicatos y la memoria del Consejo Económico y Social, CES, cuando el pasado verano destacaba que Andalucía es la autonomía con el menor gasto presupuestario sanitario por habitante, 1 007,11 euros, cuando la media nacional se sitúa en 1 232,60 euros. El presupuesto andaluz de 2016 era aproximadamente de 9 000 millones de euros y se ha gastado el 27%, lo que quiere decir que se ha dejado en un cajón el resto, el 73%. Señorías, esto no es culpa de Rajoy ni del Ministerio de Sanidad, simplemente es la pésima gestión que hace la Junta de Andalucía de los recursos públicos, porque teniendo dinero no invierte en sanidad, en la atención primaria. Cuando hablamos de la sanidad, señorías, no debemos olvidar que desde el año 2001 las competencias están transferidas a las comunidades autónomas y son sus Gobiernos quienes deciden el dinero que destinan a la sanidad, ya que la financiación que reciben las comunidades autónomas del Gobierno de España no es finalista, como todos sabemos, porque parece que olvidamos este importante dato.

Hecho este pequeño paréntesis sobre Andalucía, diré que nuestro sistema nacional sanitario es todo un reto y una prioridad, como manifestó el presidente en la última Conferencia de Presidentes, en la que la financiación sanitaria ha ocupado un papel central. Para ello se ha creado un grupo de trabajo conjunto, comunidades autónomas y Gobierno, sobre el nuevo modelo de financiación autonómica, teniendo en cuenta la evolución del gasto sanitario. También la financiación de nuestro sistema sanitario es una prioridad para nuestra ministra, que ha ido más allá proponiendo al resto de fuerzas políticas en reiteradas ocasiones la necesidad de alcanzar un gran pacto de Estado sobre la sanidad pública que dé respuesta a los nuevos retos demográficos, asistenciales y tecnológicos, con una financiación sostenible y estable en el tiempo que garantice la universalidad, la equidad, la conexión y la calidad de las prestaciones y servicios.

Voy concluyendo, señor presidente. Nuestra enmienda propone que en coordinación con las comunidades autónomas la atención primaria se configure como el eje de nuestro sistema sanitario y que tenga una financiación suficiente y adecuada. Por otro lado, al Grupo Parlamentario Popular le gustaría escuchar que van a arrimar el hombro para que tengamos presupuestos en 2018 si de verdad estamos todos tan preocupados por la atención primaria, por la fuga de profesionales, por la sanidad, por una mejor financiación de las comunidades autónomas. Tengo que recordar que esa financiación la aprobó el Partido Socialista con el voto en contra del Partido Popular. Estarán de acuerdo conmigo en que necesitamos aprobar los próximos presupuestos más pronto que tarde, por lo que les invito a ponerse a trabajar con el Gobierno en la aprobación de los mismos. Sin ellos, difícilmente se podrá hacer nada. Eso es lo que esperan los ciudadanos de nosotros...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Cabezas, vaya concluyendo.

La señora **CABEZAS REGAÑO**: ... para garantizar la sanidad pública gratuita y universal. Gracias.

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

Señora Botejara, ¿están preparando alguna transacción o acepta alguna de las enmiendas presentadas?

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 13

La señora **BOTEJARA SANZ**: Aceptamos la del Grupo Socialista y la del Grupo Popular.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

### — RELATIVA A LA PROMOCIÓN DE ESPACIOS ESPECÍFICOS PARA LAS PERSONAS MAYORES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002458).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto décimo del orden del día, proposición no de ley relativa a la promoción de espacios específicos para las personas mayores en los medios de comunicación, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Navarro.

La señora **NAVARRO LACOB**A: Muchas gracias, señor presidente.

El Grupo Parlamentario Popular trae esta mañana a debate una iniciativa en positivo, constructiva, que entendemos que viene a sumar. Señorías, no debemos olvidar que el propósito de los que aquí estamos no debe ser otro que intentar mejorar la vida de los españoles. La propuesta de mi grupo aún a dos temas que por el impacto en la vida diaria de todos, y porque las circunstancias del momento así lo requieren, es necesario abordar: los mayores y los medios de comunicación.

Señorías, que vivimos más y con mayor calidad de vida es una realidad indiscutible, y también lo es que España en ese asunto se sitúa a la cabeza de la Unión Europea, y los datos lo avalan. Nuestro país tiene una esperanza de vida al nacer de 83 años frente a los 80,6 de la media europea, algo que se debe principalmente a la reducción de la mortalidad de las personas mayores de 65 años que viven una media de 21 años más, y el 45 % de ellas viven sin discapacidad. España ha ganado casi 4 años de esperanza de vida al nacer en los últimos 15 años, ya que en el año 2000 la vida era de 79,3. Hoy, más de 7 millones de españoles son mayores de 65 años y se prevé que en 2050 el 40 % de la población supere esa edad.

Por otro lado, los cambios que envuelven la totalidad del planeta, y que han sido conceptualizados como globalización por su alcance internacional, están basados en una vertiginosa aceleración de los procesos tecnológicos, pero este fenómeno de la tecnología no se queda solo en el ámbito económico-financiero comercial, sino que también desciende al ámbito sociocultural, transmitido especialmente por los medios de comunicación masiva. La prensa, la radio y, sobre todo, la televisión son considerados instrumentos que influyen en la forma de vida de los habitantes de un país. Por otra parte, las opiniones en la sociedad se constituyen a partir de informaciones. Una sociedad informada suele ser una sociedad activa y participativa, porque la información es un mecanismo formidable para fomentar la participación social a través de la implicación en la opinión pública. Por ello, el binomio mayores y medios de comunicación es importante.

Que envejecemos es una realidad. Además, todos queremos hacernos mayores. Pero nadie quiere hablar de vejez, ¡qué pena! Y los medios de comunicación aquí juegan un papel clave. Por ejemplo, ¿saben que la media de tiempo que los españoles emplean frente al televisor es de 6,6 horas al día y que los jóvenes entre doce y dieciséis años triplican el tiempo que dedican a la televisión con respecto al tiempo que dedican al estudio? Sin embargo, en muchas ocasiones la imagen que dan los medios de comunicación sobre las personas mayores es sesgada y no corresponde con la realidad, moviéndose entre tópicos y estereotipos. Les invito a hacer un ejercicio de memoria para recordar qué es lo último que leyeron, escucharon o vieron sobre los mayores en prensa, radio o televisión o a que lo hagan a partir de hoy durante algunas semanas y analicen el resultado. En mi opinión, todo este tratamiento tiene sus consecuencias, no es neutral, como nada lo es: con él se integra o se margina.

Señorías, como he dicho en muchas otras ocasiones, se habla de las personas mayores como si todas fueran iguales, como si estuviésemos ante un colectivo homogéneo, como si todas fuesen iguales en la inutilidad. Vivimos en una sociedad que ha decretado que a partir de la jubilación las personas no aportan, no producen y, por lo tanto, son una carga, personas que no sirven para nada. ¿Cuántas veces se han escuchado afirmaciones como que consumen el 50 % del tiempo del médico de familia, el 90 % de las visitas domiciliarias, el 48 % del gasto farmacéutico? No discuto que estos datos sean ciertos, pero también lo son estos otros: el 90 % de las personas de más de sesenta y cinco años tienen capacidad para ser útiles, el 72 % no necesita ninguna ayuda y el 13 % de los voluntarios enrolados en distintas entidades del tercer sector son mayores de sesenta y cinco años.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 14

Señorías, hay muchas personas que han sido declaradas incapaces por una parte de la sociedad por el mero hecho de ser jubiladas, pensionistas o tener una edad determinada. Creemos que la insistencia en la presentación de estas imágenes dificulta que se vean las cualidades positivas, que les aseguro que existen y son muchas. Un estudio reciente sobre envejecimiento saludable señala que dos de cada tres europeos mayores de cincuenta y cinco años se sienten infravalorados por la sociedad. Señorías, hoy se nos abre una oportunidad para desterrar ese pensamiento y ese sentimiento; se lo debemos y nos lo debemos como sociedad, porque es nuestro deber trabajar para cambiar la imagen que a veces se proyecta de las personas mayores y lograr que en su concepción pasen de ser pasivas a activas y de carga a recurso y desaparezca la imagen de mayor igual a persona que recibe ayudas y servicios.

Esta tarea, como les digo, debe ser una labor de los poderes públicos, pero también de los propios mayores a través de sus asociaciones y organizaciones y, cómo no, de la sociedad, en su conjunto, y aquí juegan un papel fundamental los medios de comunicación, porque, señorías, creo que estos tienen un papel decisivo. ¿Por qué lo tienen? Para que no den una visión sesgada de este colectivo. Se explica en la teoría del espejo, que viene a decir que la realidad es como es y los medios simplemente la reflejan. Pero esta no es toda la verdad: los medios de comunicación no son simples espejos que reflejan la realidad, sino intérpretes y mediadores de esa realidad; son creadores de opinión y pueden contribuir muy decisivamente a que esa imagen social cambie. Decía Einstein que es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio. Sigue habiendo muchos prejuicios, muchos tópicos, muchas fotos antiguas que, en mi opinión, incapacitan e invalidan.

Por todo ello, mi grupo parlamentario insta al Gobierno —y pido el apoyo del resto de fuerzas políticas— a llevar adelante esta iniciativa, para elaborar una guía de estilo para tratar estos temas en los medios de comunicación, para afrontar la formación de los profesionales de los medios de comunicación y para promover una mayor participación de las personas mayores, que les haga visibles, en coincidencia con el tercer pilar de la Declaración Universal de los Derechos de las Personas Mayores, que es precisamente la participación.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Para defender la enmienda de su grupo, en lugar primer lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Navarro.

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

Por supuesto, nosotros estamos de acuerdo con el contenido de esta iniciativa que ha presentado la señora Navarro. Estamos de acuerdo en la elaboración de esa guía de estilo, estamos absolutamente de acuerdo en fomentar una imagen positiva, y no estereotipada, de las personas mayores y estamos absolutamente de acuerdo en que tengan una mayor presencia, todo ello dirigido a normalizar la situación de las personas mayores, algo que es completamente normal. Pero nosotros hemos introducido una pequeña enmienda, por una cuestión meramente técnica, y esperamos que nos pongamos de acuerdo.

En todo caso, dado que se espera que en 2050 los mayores de sesenta años superen el 20% de la población, dado que —ya lo hemos tratado en la Comisión— es interesante dar facilidades a las personas mayores para que permanezcan en su domicilio siempre que sea eso lo que quieren y dado que la televisión es el medio menos afectado por la brecha digital, hay un campo ideal para ser más ambiciosos no solo por lo que se refiere a contenidos, que es a lo que se dirige esta iniciativa, sino en otra serie de acciones que, de hecho, ya está subvencionando la Unión Europea, por ejemplo, la creación de plataformas interactivas para facilitar la continuidad y la vida social de las personas mayores en sus domicilios, la creación de plataformas también interactivas para facilitar tareas y juegos con los que los mayores permanezcan mental y socialmente activos, o incluso para una monitorización no intrusiva de estas personas mayores, puesto que se sabe, entre otras cosas, que los cambios de hábitos en el visionado de la televisión pueden ser indicativos de trastornos emocionales.

Nosotros en el futuro presentaremos iniciativas sobre esto y, por supuesto, apoyaremos esta que nos ha presentado el Grupo Popular.

Muchas gracias.

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

Para defender la enmienda del Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Sahuquillo.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 15

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

Hay mucho escrito y estudiado sobre este asunto, aunque es verdad que poco o nada se ha avanzado en los últimos años. Habría que remontarse a septiembre de 2011, cuando en unas jornadas organizadas por el Imsero en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Santander se planteaba la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación y cuyo objetivo era conseguir una mejor comprensión de las dificultades, difundir una imagen positiva de las personas mayores y promover un diálogo constante entre los profesionales de los medios de comunicación y las personas mayores. Hubo una serie de conclusiones y recomendaciones, que es bueno recordar, fundamentalmente dos: en primer lugar, definir las nuevas políticas relacionadas con la imagen de las personas mayores, para lo que se planteaba que era necesario, entre otras cuestiones, repensar la forma en que se presenta la vejez y el envejecimiento en los medios de comunicación, siendo el objetivo final conseguir una presencia normalizada junto a todos los demás grupos sociales, desarrollar mensajes más representativos de la actual realidad social, superando estereotipos anclados en el pasado y mostrando a las personas mayores como ciudadanos activos, fomentar su visibilidad, priorizar los valores de solidaridad con las demás generaciones, prestar la pluralidad que concurre en este, como en cualquier otro grupo social, y destacar la presencia de mujeres mayores como protagonistas; también hacer valer la importancia cualitativa y cuantitativa de este colectivo desde el punto de vista político, cultural, económico y social, exigiendo protagonismo, presencia y la imagen que se merece, y, finalmente, impulsar la creación y el uso de los canales de expresión y medios de comunicación sobre los mayores, potenciando interlocutores que reconozcan y conozcan la realidad con el fin de lograr una buena capacitación de los profesionales en el fenómeno de envejecimiento; y en segundo lugar, potenciar la voz de las entidades más representativas de mayores, como consejos, asociaciones, confederaciones. Y aquí la enmienda de adición que ha presentado el Grupo Parlamentario Socialista.

Siempre ha sido una constante, y no ha habido congreso o foro donde no se haya plasmado el desacuerdo de las personas mayores con la imagen que se refleja de ellas en los medios de comunicación. Desde el II Congreso de la Gent Gran, celebrado en Barcelona en 1993, en el que se expresaron estas peticiones, hasta el último congreso del Consejo Estatal de Personas Mayores, celebrado en Madrid en 2009, las personas mayores han solicitado que la imagen reflejada por los medios de comunicación se corresponda con las diferentes realidades de las que son actores. También en septiembre de 2005, cuando confluyeron personas mayores y periodistas de diversos medios, se marcó un hito, firmándose por parte de los periodistas asistentes una declaración que contenía una batería de propuestas realizadas por las personas mayores tendente a que los medios de comunicación difundieran una imagen de estas más acorde con la realidad, se desarrollaran compromisos adquiridos tales como mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida o incluir a las personas mayores como parte de la población, en plano de igualdad con los demás colectivos, evitando el lenguaje peyorativo, paternalista y discriminatorio. Fue muy importante esta declaración, pero, en honor a la verdad, hay que decir que las cosas cambiaron muy poquito. Seguramente por eso, dos años más tarde, en 2007, alumnos de la Universidad de Alicante, tras seguir un curso titulado Las personas mayores y los medios de comunicación, tratamiento de una presencia, hicieron público un manifiesto, con la necesidad de acercar la imagen de las personas mayores a su verdadera esencia, y además crearon el Observatorio de mayores y medios de comunicación, para analizar de forma continuada la imagen de los mayores que se proyectan sobre la sociedad, desmontando estereotipos negativos tan incrustados en la actual cultura, objetivo, sin duda, tan ambicioso como necesario.

Señorías, conseguir que las personas mayores sean visibles en los medios de comunicación, con una imagen ajustada a su realidad actual, es tarea que corresponde llevar a cabo a las propias personas mayores y en lo que tienen que implicarse mucho más sus organizaciones representativas. De ahí, como les decía, nuestra enmienda de adición. Son los nuevos mayores, que no se reconocen en la imagen que presentan habitualmente los medios de comunicación, personas autónomas e independientes, con diferentes formas de vida, otros intereses, proyectos y realidades satisfactorias, quienes pueden hacer más para cambiar la imagen social del envejecimiento. Pero también es imprescindible, señorías, la colaboración y el compromiso de los profesionales de los medios de comunicación y la implicación de la sociedad, en su conjunto.

Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 16

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

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

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

Evidentemente, votaremos a favor de esta proposición no de ley del Grupo Popular, aunque, como siempre, vamos a ser críticos con este tipo de propuestas. En primer lugar, es que ya no sé muy bien cómo llamar a estas iniciativas. Lo he estado dando un par de vueltas y creo que estaría bien llamarlas proposiciones simulacro, porque son para que parezca que hacemos algo, pero, en realidad, no hacemos nada.

Asimismo, me llama la atención que sea debatida en esta Comisión. Creo que esta es una proposición no de ley que correspondería a la Comisión de RTVE o a otras, pero, desde luego, no a la Comisión de Sanidad.

Por otra parte, y no me parece menor, estoy bastante sorprendida también por la intervención del portavoz del Grupo Socialista. No creo que haya que responsabilizar única y exclusivamente a las personas mayores de la imagen que se da y de su... **(El señor Sahuquillo García: No se ha enterado de nada).**

No me habré enterado de nada, ¡vaya por Dios! ¡Cuánta educación, Dios mío! **(El señor vicepresidente, De Arriba Sánchez, ocupa la Presidencia).**

Señor presidente, creo que está fuera de lugar lo que me acaban de decir.

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): No interrumpa, por favor.

La señora **RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**: Vale. Gracias, presidente.

Como decía, me parece bastante grave que no nos centremos en las cuestiones fundamentales que sufren las personas mayores en nuestro país a día de hoy. Soy de una comunidad autónoma gobernada por el Partido Popular en la que, de todas las personas que necesitan estar en centros de día, de todas las personas mayores, solamente el 1 % puede tener acceso a estas plazas, habiéndose recortado un 93 % en teleasistencia, y en el Estado, en general, se ha recortado un 39 % en envejecimiento activo y ayuda a la dependencia, habiendo cientos de miles de personas que no pueden tener acceso a todos los servicios básicos para la convivencia, etcétera, y creo que estas son todas las cuestiones que realmente podrían hacer posible que se diese otra imagen de las personas mayores tanto en los medios de comunicación como en la sociedad, en general. Creo que no hay mayor invisibilización de las personas mayores que la que hacen las políticas del Partido Popular, porque, desde luego, en los últimos años y con los tijeretazos en políticas de dependencia, la situación es verdaderamente grave.

Por tanto, nos parecería estupendo que se hiciese esta guía de estilo. Nos sorprende que se tenga que debatir en una comisión como esta la necesidad de tratar mejor comunicativamente a las personas mayores, aunque tampoco nos sorprende tanto, teniendo en cuenta los hechos que suceden en TVE, como, por ejemplo, lo sucedido con Sostres y la Ley de violencia de género, absolutamente inadmisibles desde un punto de vista político e institucional, y, sobre todo, que el Gobierno no se quiera responsabilizar de este tipo de cuestiones. Por tanto, estaremos de acuerdo, porque nos parece una buena medida, pero, por supuesto, creemos que no se va al fondo de la cuestión e insisto en que esta es otra proposición no de ley más en la que simplemente se hace que parece que hacemos algo, pero, en realidad, no se aborda la causa que hace que muchas de las personas mayores a día de hoy en España estén en riesgo de exclusión social y, desde luego, invisibilizadas completamente.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): Muchas gracias, señora Rodríguez, y disculpe, porque me estaba sentando en la Presidencia y no escuché. Pero, por favor, ruego a todos que no interrompan los turnos de intervención de cada una de sus señorías.

Señora Navarro, ¿acepta las enmiendas presentadas?

La señora **NAVARRO LACOPA**: Aceptamos las enmiendas del Grupo Ciudadanos y del Grupo Socialista.

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): Muchas gracias.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 17

### — RELATIVA A LA MEJORA DEL SISTEMA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/001981).

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): A continuación, pasamos a debatir la proposición no de ley relativa a la mejora del sistema de donación de órganos, del Grupo Parlamentario Mixto. Para la defensa de la iniciativa, por un tiempo de siete minutos, tiene la palabra la señora Sorlí.

La señora **SORLÍ FRESQUET**: Gracias, señor presidente.

El sistema de donación de órganos en el Estado español se ha demostrado que es bueno, pero siempre tiene mejoras. La muerte de un familiar cercano siempre es muy dolorosa. Además, si esta muerte sucede de manera sobrevenida en una persona joven o en cualquier tipo de situación excepcional, no esperada, es mucho más dolorosa y difícil de superar. Por eso, pensamos que tenemos que revisar nuestro sistema de donación de órganos, para que sea aún mejor que el que ya tenemos. Las personas que son aptas para donar órganos tras su muerte representan solo el 1% de los fallecimientos. Aunque el Estado español lidera todos los *rankings* de donación de órganos, pensamos que nuestra legislación tiene en estos momentos un vacío que podemos mejorar de cara a facilitar esta decisión traumática para las familias, una decisión sobre la que los profesionales tienen que ayudar, acompañar a las familias en momentos de mucha presión y brevedad.

Actualmente, la ley española contempla el consentimiento tácito, que todas las personas somos donantes de órganos, pero, si no hay una autorización familiar, dicho consentimiento tácito no puede llevarse a cabo. Por tanto, existe un consentimiento tácito reconocido en la ley, pero no es un consentimiento real en la aplicación habitual de este proceso. En una situación tan dolorosa como la muerte de un familiar cercano de una manera sobrevenida, en una situación de urgencia para los profesionales, ya que estamos hablando de que hay que tomar la decisión en pocas horas, nos encontramos con una situación realmente difícil tanto para profesionales como para familias que pensamos que es importante facilitar. Además, la tarjeta de donante que actualmente reconoce nuestra legislación no tiene ningún tipo de valor legal. Por tanto, aunque una persona quiera manifestar su voluntad de donar sus órganos, independientemente de lo que pueda opinar su familia, no tiene una vinculación legal y, por tanto, no se puede llevar a cabo sin esa autorización posterior de la familia.

Para salvar vidas es fundamental esta solidaridad de la donación de órganos y pensamos que es necesario facilitar al máximo este trámite tanto para las familias como para los profesionales. Por eso presentamos esta proposición no de ley, con la intención de que ese consentimiento tácito que ya reconoce la ley sea real, que se pueda llevar a cabo, haciendo todas las reformas legales pertinentes para que así sea y descargando a las familias y a los profesionales de una decisión tan difícil en un momento tan complicado. Por supuesto, queremos que se garantice la posibilidad de no donar a todas las personas que por los motivos que sean no quieran donar sus órganos a través de un registro de no donantes, que sea de fácil inscripción, para que cualquier persona pueda inscribirse con total normalidad, y de fácil acceso, para que los profesionales puedan acceder a esos datos. Como ya he dicho, pensamos que es importante facilitar esa decisión traumática para las familias y ese proceso para los profesionales, garantizando de una manera clara la voluntad de aquellas personas que por el motivo que sea no quieran donar y garantizando también el consentimiento tácito que ya reconoce nuestra ley.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): Muchas gracias, señora Sorlí.

En defensa de la enmienda presentada, por un tiempo de cinco minutos tiene la palabra el portavoz del Grupo Ciudadanos, señor Igea.

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

Desgraciadamente, no podremos llegar a un acuerdo sobre las enmiendas porque no hemos conseguido llegar a un acuerdo sobre el principio de la proposición.

Señorías, España tiene el sistema de trasplantes de mayor éxito del mundo, y cuando las cosas van bien a veces con no tocarlas es suficiente. Es decir, cuando uno lidera en el mundo algo, y somos líderes mundiales de trasplantes, con no tocarlo es suficiente, sobre todo si no ha habido un acuerdo o una petición expresa de la propia Organización Nacional de Trasplantes, y no la ha habido y, además, nos consta que no están de acuerdo. Y nosotros no es que no estemos de acuerdo porque lo diga la ONT, sino porque vamos a transformar algo que es un modelo de altruismo, colaboración y generosidad entre los

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 18

españoles en una expropiación forzosa del cuerpo, y esto no lo contemplamos desde el punto de vista de la legalidad, en primer lugar, porque es dudosamente legal. La Ley de autonomía del paciente hace que sea imprescindible concertar con la familia, con lo cual es dudosamente legal que se haga, y es dudosamente útil, porque no creemos que vaya a cambiar el número de donantes, aparte de que desde nuestro punto de vista es más que dudosamente ético. Es difícil obligar a los ciudadanos españoles a expresar por anticipado y por escrito que sus convicciones les obligan o les motivan a no donar. Sería como realizar un registro de adventistas del Séptimo Día. Es dudosamente legal y es dudosamente ético, desde nuestro punto de vista.

Pero es que además la ONT es un modelo de éxito, como les he dicho, y quizás convendría que nos parásemos a pensar por qué lo es, si se debe a que es un modelo centralizado, porque tiene indicadores claros o si es porque se incentiva a la gente por sus resultados. Es decir, la ONT tiene algunas cosas buenas para reflexionar sobre el sistema sanitario y propuestas que podríamos adoptar y trasladar al resto del sistema. Señorías, nosotros tenemos el 18,5% de los trasplantes de toda Europa, una tasa de 102 pacientes trasplantados por millón de habitantes, más del doble de la tasa que tiene Francia. Les voy a dar a un consejo: si quieren imitar o copiar en algo a los franceses, hagan como ellos, voten a su Macron. **(Rumores).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (De Arriba Sánchez): Muchas gracias, señor Igea.

En el turno de fijación de posiciones, de menor a mayor y por un tiempo de tres minutos, en primer lugar tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Botejara.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Gracias.

En 1989 Julián García Vargas nombra a Rafael Matesanz responsable de trasplantes. Fue el fundador y director de la Organización Nacional de Trasplantes hasta 2001, cuando la ministra Celia Villalobos lo destituyó, si bien fue repuesto en el cargo por la ministra Ana Pastor en el año 2004, y ha sido el redactor principal de la directiva europea de trasplantes aprobada en 2010. Como ya se ha dicho, España es líder mundial desde el año 1992, con más del doble de donaciones y trasplantes que la media de la Unión Europea.

El año pasado el coordinador nacional fue invitado por el ministerio galo para ver cómo podían hacer alguna mejora en su sistema de trasplantes. Les voy a dar algunos datos. España tiene 43 donaciones por millón de habitantes, mientras que Francia tiene 25,3 donaciones. En España la negativa familiar supone el 15,3%, mientras que en Francia la negativa familiar se sitúa en un 40%. ¿Por qué sucede esto? ¿Es que en España somos más solidarios que en otros países? Se han hecho estudios que han evidenciado que no es así, que las poblaciones de otros países que llegan al nuestro adoptan las actitudes que nosotros tenemos. Con esto quiero decir que el éxito de nuestro sistema de trasplantes está en la organización que tenemos actualmente, que es la de una perfecta coordinación a nivel estatal, autonómico y hospitalario, una perfecta formación a nivel de coordinadores de trasplantes —la mayoría de ellos son intensivistas— y un control de calidad, que desde hace veinte años se viene desarrollando por la Organización Nacional de Trasplantes. Todo ello hace que nuestro sistema sea líder mundial desde 1992. En esta proposición no de ley se propone un registro de negativas de donación, un registro que ya ha sido considerado por los profesionales sanitarios galos y una parte importante de aquella población, que no aceptan este sistema. Por eso, nosotros entendemos que, teniendo un éxito evidenciado en nuestro sistema de trasplantes, no deben adoptarse otras aportaciones que están en negativo. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

Por último, nuestro sistema de trasplantes tiene una organización de una alta calidad. Pero su éxito no estaría garantizado si esta organización no estuviera asentada en un sistema sanitario público, sino privado, semiprivado u otras fórmulas, como está pasando en la Comunidad de Madrid.

Gracias.

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

Para manifestar la posición del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Ramón tiene la palabra.

La señora **RAMÓN UTRABO**: Muchas gracias, señor presidente.

Como han dicho los compañeros y compañeras que me han precedido en el uso de la palabra, España es líder mundial en donación y trasplantes, y lo ha sido durante veinticinco años consecutivos. Cada

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 19

ejercicio alcanzamos máximos históricos en donación y trasplantes. La tasa actual es de 43,4 donantes por millón de habitantes, y, como he dicho, cada año se mejoran los resultados, y ello es así también porque se ha ido avanzando en las técnicas de donación. Hoy en día, uno de cada cuatro donantes lo es en asistolia; el 24 % del total de donantes lo es mediante esta técnica, que se lleva a cabo en 68 hospitales españoles.

Las claves de la eficacia de nuestro modelo, según se manifiesta desde la propia Organización Nacional de Trasplantes, son las siguientes: primero, la designación de profesionales adecuados, y la mayoría son médicos de cuidados intensivos, en estrecha coordinación con el resto de los servicios; en segundo lugar, la identificación de los potenciales donantes, no solo en la uci, sino también en el resto de los departamentos de urgencias de los hospitales y entre pacientes ingresados; en tercer lugar, considerar donantes de órganos también a los mayores de sesenta y cinco años y contemplar la donación no solo en el caso de muerte cerebral, sino también, como he dicho antes, a corazón parado o con la técnica de asistolia, como se conoce comúnmente. También hay que reconocer el papel que durante estos años han jugado los propios medios de comunicación para mejorar el conocimiento de la población sobre la donación y los trasplantes. En España, el Congreso de los Diputados ya sancionó la norma por la que toda persona mayor de dieciocho años fallecida será considerada donante a menos que exprese lo contrario en vida. Estamos hablando del consentimiento tácito o de la figura del donante presunto.

El Grupo Socialista considera que esta iniciativa que hoy plantea Compromís, en definitiva, viene a burocratizar un sistema que actualmente funciona bien, porque, si no, no llevaríamos veinticinco años siendo los líderes mundiales. Como han dicho otros portavoces, no es una demanda. La propia Organización Nacional de Trasplantes considera que el sistema funciona bien y que no hay una demanda para que se haga esta modificación. Además, me gustaría poner de relieve que con este procedimiento de donante presunto la media de la negativa de las familias en el ámbito nacional apenas es de un 15%.

Por tanto, siendo conscientes de que el sistema funciona bien, aunque es verdad que son momentos delicados y complejos, en los que los profesionales del mundo sanitario juegan un papel fundamental en ese acercamiento a la familia, no habiendo una demanda y que la propia Organización Nacional de Trasplantes manifiesta que el sistema funciona bien como está, el Grupo Socialista considera que no es necesaria esta iniciativa, por lo que no la vamos a apoyar.

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

Por último, para fijar la posición del Grupo Popular, tiene la palabra el señor Tremiño.

El señor **TREMIÑO GÓMEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Aunque me reitero en lo que dije antes, lo voy a leer, porque son las últimas noticias que han salido en relación con la Organización Nacional de Trasplantes. Leo, literalmente: La Organización Nacional de Trasplantes alcanzó el año pasado los objetivos que se había planteado para 2020: 40 donaciones por millón de habitantes y 5000 trasplantes. Estas cifras no solo convierten a España por vigésimo cuarto año consecutivo en el líder mundial de donantes, sino que amplía su distancia con el resto del mundo. Somos los líderes del mundo.

Otra noticia: Cuando España actúa como un país y sabe compartir, los resultados son muy favorables, los mejores del mundo. La verdad es que deberíamos aprender del sistema de trasplantes para otras actividades del país. Durante el año que acaba de terminar, los donantes aumentaron un 10 %, el mayor aumento de donantes en la historia de la ONT. Esta cifra coloca a España en una tasa de donación de 39,7 por millón de habitantes de población, el doble que la Unión Europea y muy lejos de países como Estados Unidos o Francia, como se comenta en la PNL. Publicado esta semana en *El País*: España mantiene su hegemonía mundial en trasplantes y donaciones de órganos. Pero es más, voy a leer un pequeño artículo unos minutos, ya sé que solo tengo tres, de la revista *Clínica Las Condes*, del doctor Barriles y del doctor Rojas, que es de los más prestigiosos del mundo, sobre la Ley de trasplantes de Francia y de por ejemplo Chile. La nueva ley de donación universal en nuestro país ha despertado el recelo de toda la ciudadanía que ve constreñido su libre albedrío para decidir en una materia que considera de carácter exclusivamente individual. Ha mostrado la suspicacia de una parte de la sociedad hacia los sistemas y personales sanitarios en cuanto al respeto y dignidad hacia los potenciales donantes y hacia la transparencia de los sistemas de lista de espera. En España ya existe además un sistema de consentimiento, tanto favorable como negativo. Además existe un sistema que permite registrar el posicionamiento individual frente a la donación de órganos tras el fallecimiento. Creo, señorías, que lo que funciona, no bien, sino extremadamente bien y en lo que somos líderes y en el que es marca España,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 20

cómo se nos ocurre meternos en este jardín. Sería a mi juicio, y estoy seguro que se ha hecho con toda la buena intención, pero sería una atrocidad el modificar lo que funciona de maravilla. El sistema español del abordaje para la obtención del consentimiento y para la donación funciona, como he dicho, extraordinariamente bien y la mayor donación descrita en el mundo. Por todo lo anterior, creo señorías que sería una atrocidad meternos en este jardín, aunque entiendo que ha sido con toda la mejor intención, pero que todos los profesionales médicos, la ONT y, sobre todo, la ciudadanía rechaza, como ya ha ocurrido en Francia y en otros países. Por eso el Grupo Popular va a votar en contra de esta proposición no de ley. Muchas gracias, señorías.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Tremiño.  
Señora Sorlí, ¿a efectos de votación acepta la enmienda de Ciudadanos?

La señora **SORLÍ FRESQUET**: No.

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

### — RELATIVA A LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002102).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al 9.º punto del orden del día que es la proposición no de ley relativa a la creación de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente, que es del Grupo Parlamentario Popular, y para su defensa tiene la palabra la señora Angulo.

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

En la última Comisión de Sanidad que celebramos, hablamos de los trastornos de salud mental como uno de los problemas de salud que más afectan a la población y de las consecuencias que estas enfermedades tienen en el desarrollo personal, social o laboral de las personas que lo padecen. Entonces se habló también de la prevalencia de dicha enfermedad entre la población infanto-juvenil, ya que muchos de estos episodios mentales aparecen precisamente en edades tempranas. De hecho, la propia Organización Mundial de la Salud señala que aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los catorce años y más del 70% lo hacen antes de los dieciocho años, teniendo un peso significativo en la movilidad y mortalidad de los jóvenes. Hasta no hace mucho tiempo se negaba o minimizaba el hecho de que los niños sufrieran trastornos mentales, cuestión que afortunadamente ha cambiado y hoy toda la comunidad es consciente de la necesidad, de la importancia y la conveniencia de una actuación especializada en el ámbito de la salud mental de los niños y jóvenes de especial relevancia para su normal desarrollo. Puesto que carecer de un adecuado tratamiento condicionaría su futuro, sus oportunidades educativas y laborales, ya que hablamos de personas que se encuentran en pleno desarrollo, no solo físico, sino también emocional, formándose su personalidad. En este contexto, y atendiendo a las recomendaciones del Comité de Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de los niños, en España la atención de la salud mental de niños y jóvenes cuenta con dos marcos estratégicos. Por un lado, la estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud de cuya actualización hablábamos aquí en la última Comisión de Sanidad en la que ya trabajan el ministerio y las comunidades autónomas, y en la que llegamos a un acuerdo en la pasada Comisión sobre la necesidad de su evaluación y actualización. Por otro, el Plan estratégico de la infancia y de la adolescencia 2013-2016, uno de cuyos objetivos, el de la salud integral, contiene una serie de medidas y actuaciones específicas en el campo de la salud mental de los niños y adolescentes. Quiero aquí hacer mención a que uno de los puntos que presenta la enmienda del Grupo Socialista habla de la necesidad de que se apruebe un nuevo plan de infancia y de adolescencia y nosotros estamos de acuerdo en ese sentido en que sería conveniente que se aprobara a lo largo del próximo año ese nuevo plan. La creación de la especialidad médica de psiquiatría del niño y del adolescente, que con esta iniciativa promovemos hoy, sería el siguiente paso para dar una mejor respuesta a las necesidades de atención de la salud mental de niños y jóvenes, mediante la formación de especialistas que orienten su periodo formativo a este grupo de pacientes. Necesidades de atención, hoy desgraciadamente en muchos aspectos: trastornos del desarrollo neurológico, espectro de la esquizofrenia, depresivo, de ansiedad, alimentarios, del control de los impulsos y la conducta, relacionados con sustancias y consumo de psicotrópicos, adictivos, entre otros muchos. Una especialidad que en España fue creada en el año 2014 con la aprobación del real decreto por el que se regulaba la troncalidad. Una norma que venía a mejorar el ya de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 21

por sí magnífico sistema de formación de nuestros profesionales sanitarios, pero que sin embargo fue paralizada, como todos sabemos, como consecuencia de la anulación de dicho real decreto por el Tribunal Supremo por cuestiones formales, en concreto por insuficiencia de la memoria de análisis del impacto económico, no cuestionando lo esencial del fondo de dicha normativa. Por ello, dado que como digo el Tribunal Supremo no entró a cuestionar el contenido material de este real decreto, desde el Grupo Parlamentario Popular, como así han manifestado también asociaciones y las propias comunidades autónomas, creemos conveniente avanzar en el desarrollo de aquellas materias del mismo para las que existía pleno consenso. Esta de la creación de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente es una de las cuestiones que contaba con la aprobación de la comisión de recursos humanos del consejo interterritorial. Así como con un amplio respaldo de las sociedades científicas, profesionales, de los pacientes y también de los políticos. Por ello, dado que se cuenta ya con el trabajo que durante años se efectuó para el desarrollo de la especialidad y de su programa formativo que entendemos se debe aprovechar. Entendemos desde mi grupo oportuno insistir en ello también desde este ámbito a fin de culminar lo antes posible el proceso administrativo, técnico, necesario para la creación de una especialidad médica sobre la que entiendo que hay pleno consenso. Porque supondría un avance en el abordaje de patologías de salud mental que sufren nuestros menores, garantizando así el derecho de los niños y adolescentes a ser atendidos por médicos especializados en esta importante y especial etapa de su vida beneficiándose con ello de medidas y recomendaciones apropiadas para su edad. Una cuestión por la que mi grupo pide la aprobación y ojalá contemos con el apoyo unánime de esta Comisión. Gracias, presidente.

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

Es tiempo de escuchar los argumentos para defender las enmiendas presentadas. En primer lugar, por el Grupo de Ciudadanos el señor Igea tiene la palabra.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Nuevamente nos encontramos ante la solicitud de la creación de una especialidad con la que ... (**Rumores**).

El señor **PRESIDENTE**: Un poco de silencio, por favor.

El señor **IGEA ARISQUETA**: ... no podríamos estar más de acuerdo, ya que presentamos esa misma solicitud en abril del presente año con prácticamente los mismos argumentos, con lo cual naturalmente contará con nuestro voto a favor. Lo único que hemos solicitado es que se fije un tiempo prudencial para llevar el asunto a la comisión de recursos humanos y a nivel territorial, enmienda que estoy seguro que alcanzaremos a apoyar. No me gustaría dejar pasar la ocasión de comentar mi sorpresa porque el Grupo Parlamentario de Podemos haya presentado una enmienda solicitando que se le denomine área de capacitación específica. Probablemente esta es una de las pocas especialidades cuya creación no había ninguna discusión ni ningún conflicto de interés incluida la Sociedad Española de Psiquiatría, que de haber conflicto con alguien sería con la propia Sociedad Española de Psiquiatría. La Sociedad Española de Psiquiatría ha felicitado públicamente al ministerio por esta iniciativa de llevar adelante la psiquiatría infantil como decreto y es difícil de entender que en una especialidad en la cual hay un acuerdo prácticamente unánime, el Grupo Podemos haya tomado esta decisión, salvo que haya algún tipo de explicación que a mí se me escapa y que estaré encantado de escuchar. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Para defender esa enmienda del Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Sibina.

La señora **SIBINA CAMPS**: Muchas gracias, señor presidente.

De entrada tengo que decir que si esta proposición no de ley se queda como está votaremos en contra. Al señor Igea que acaba de hacer unos comentarios sobre nuestro grupo que siempre pone alguna coletilla, nuestro grupo conviene y defiende lo que cree oportuno, como usted también lo hace. Yo muchas veces tengo mis dudas de que usted tenga la razón en todo, pero parece ser que en esta Comisión es usted el que lo sabe todo y aprendemos mucho de usted, como le he dicho en otras ocasiones.

Me voy a centrar en mi intervención, gracias por todos sus comentarios, señor Igea, muy amable. En nuestro Sistema Nacional de Salud tenemos problemas en la forma en la que damos respuesta, tanto en los servicios sanitarios, como en los sociales, a los problemas de salud mental de la población infantil y juvenil. Tenemos un importante e inequívoco déficit de recursos como muestran los datos de la Asociación

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 22

Madriñeña de Salud Mental, que muestran diferencias de más de 300 días para ser vistos por primera vez en una consulta de psicología y psiquiatría en diferentes distritos de Madrid.

Tenemos déficit de coordinación entre los diferentes dispositivos de asistencia a estos pacientes, que no se van a subsanar ni a paliar con la creación de una nueva especialidad. Los centros de salud mental y los centros de atención a la infancia están saturados. Los diferentes dispositivos de asistencia no tienen capacidad material para coordinarse como debieran. Los planes de actuación en atención, en salud mental a la población infantil y juvenil, se centran en aumentar los recursos hospitalarios y segmentar aún más la asistencia. Está claro que con la atención a la salud mental de la población infantil y juvenil tenemos un grave problema, pero no es un problema de taxonomía profesional, sino un problema de modelo que no tiene como solución la creación de una especialidad y que debería contar con un área de capacitación específica que ayudara a estandarizar y a enriquecer la formación en este ámbito, siendo siempre conscientes de que el grueso de la problemática en este tema está en otro sitio. Por tanto, hemos presentado una enmienda de modificación del artículo único de esta PNL y, como he dicho al principio, si no se acepta votaremos en contra. Muchas gracias, presidente.

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Martín tiene la palabra.

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

Nos encontramos una vez más con una iniciativa del Grupo Popular que puede ser oportuna, por qué no, pero que realmente es una iniciativa más para rellenar el cupo de intervenciones. No es la primera vez que debatimos la necesidad de reconocer la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil o la psiquiatría del niño y del adolescente, como se llama ahora, y cualquier denominación es válida, pero es verdad que hay referencias de este contenido en todos los diarios de sesiones publicados que haya encontrado desde hace más de doce años. Hoy volvemos otra vez al debate. Siempre son los mismos argumentos. Es necesario crear la especialidad. Los niños y adolescentes requieren una atención temprana con un enfoque diferente, hay que cumplir las recomendaciones del Comité de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño, para que los Estados apliquen una política nacional de salud mental, siempre lo mismo, señor Aguirre de verdad. Siempre lo mismo. Ustedes mismos dicen en su exposición de motivos que la psiquiatría del niño y del adolescente se encuentra en proceso de reconocimiento como especialidad acreditada por el ministerio, pero cuánto dura el proceso. Porque esto no tiene fin. Hablan de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013 y hablan del Plan Estratégico de la Infancia y Adolescencia 2013-2016. ¿Se han fijado bien en las fechas? Porque ya van tarde y saben que nunca cumplen los plazos, pues en esto tampoco. Sabe la diputada que ha defendido la propuesta que el consejo interterritorial rechazó en el mes de abril la Estrategia de Salud Mental presentada y aún no han vuelto a presentar una nueva que responda a las necesidades reales de las comunidades autónomas. Supongo que lo saben. Lo que sí sabe la diputada, y lo digo con tono afirmativo, es que en diciembre de 2016 el Tribunal Supremo anuló el decreto de troncalidad, pero ha pasado un año y no ha habido un nuevo decreto. Así que amplíen la lista de asignaturas pendientes. Los profesionales siguen esperando, señor Aguirre.

Señoras y señores del Grupo Popular, creo que hay que ser un poco más serio. Pueden traer una proposición no de ley de complacencia, por rellenar su cupo, pero debería tener un artículo único y polivalente para todas: instar al Gobierno a que trabaje de verdad en esta y en el resto de cuestiones que tienen aparcadas. Naturalmente hemos presentado una enmienda. Terminen de una vez el reconocimiento de la especialidad y los trabajos para completar las estrategias que afectan de verdad a la infancia y a la adolescencia. Por supuesto que estamos a favor de la creación de la especialidad. No quieren ustedes comprometerse en los plazos que sugerimos en la enmienda y vamos a votar a favor, para que a lo largo de 2018, se apruebe el Plan de Infancia y Adolescencia. Lamentamos que ustedes no quieran esos tres meses para aprobar de una vez la Estrategia de Salud Mental. Vamos a votar a favor, pero les recordaremos continuamente que hoy ya es tarde. Muchas gracias.

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

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

La señora **ANGULO ROMERO**: Estamos preparando una transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien. Esperaremos para la votación.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 23

### — SOBRE EL RECONOCIMIENTO DE LA CARRERA PROFESIONAL DE LOS SANITARIOS EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/002503).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al punto número 11.º que es una proposición no de ley sobre el reconocimiento de la carrera profesional de los sanitarios en todo el territorio nacional, que es del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, y para su defensa tiene la palabra el señor Igea. (**Rumores**).

Un poco de silencio, por favor.

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

Cuando nos preguntaron en la primera reunión que tuvimos con la ministra de Sanidad cuál era lo más urgente que deberíamos de hacer en el sistema sanitario, nosotros contestamos sin dudar que lo más urgente es rescatar a los profesionales. Los profesionales del sistema han soportado la crisis con una estoicidad digna del mayor elogio. Han sufrido los recortes. Han sufrido recortes en días libres. Recortes en salario y también han sufrido la paralización (**Rumores**) —la verdad es que es difícil hablar con el runrún, pero voy a intentarlo— de la carrera profesional en todas las comunidades.

El señor **PRESIDENTE**: Silencio.

El señor **IGEA ARISQUETA**: La paralización desde el año 2010 ha dado resultados desiguales. Hay comunidades que han paralizado el reconocimiento, otras que han paralizado el pago. Hay otras que pagan todos los niveles de carrera. Para que entiendan ustedes en qué consiste la carrera profesional. La carrera profesional es, según la Ley de Cohesión Sanitaria 16/2003, el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencias en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización. El estatuto marco previsto en el artículo 84 de la Ley 14/86 contendrá la normativa básica aplicable al Sistema Nacional de Salud que será desarrollado. ¿Qué quiere decir esto? La carrera profesional es un sistema de incentivación y de mejora salarial de los profesionales que permite que a lo largo de su permanencia en el Sistema Nacional de Salud mejoren sus condiciones retributivas. En esto, como en muchas otras cosas, la situación en el territorio nacional —ya sé que no les gusta, me refiero a España, lo digo para los plurinacionales— es la siguiente. Galicia, País Vasco, Extremadura y Canarias no han movido ficha desde 2012. Galicia lleva parada desde 2009 pagando lo ya reconocido. El País Vasco lo ha pagado desde 2011 por estar judicializado. En Canarias la propuesta de resolución que se hizo en marzo no llevaba a ninguna parte. Madrid tiene bloqueado el reconocimiento y el pago. Hay una enmienda en la actualidad de Ciudadanos en los presupuestos para reconocer el pago. Cataluña tiene reconocidos y paga los cuatro niveles. Una vez más una situación de absoluta inequidad, tanto en el reconocimiento y el pago de la carrera, como de diferentes baremos, de diferentes importes, según el nivel de carrera que llegan hasta el 200 %, de diferentes requerimientos para entrar a la carrera profesional de entre cinco y ocho años, de diferentes requerimientos de años para acceder al último nivel de entre veinte y veinticinco años, todo ello hace que haya una situación de absoluta inequidad con el sistema y de absoluta ilegalidad. La situación es tal que como por ley es obligatorio reconocer el nivel de carrera profesional cuando uno se traslada, se dan casos de profesionales que se trasladan de una comunidad donde tienen reconocidos hasta el nivel cuatro de carrera, a otras comunidades donde no se reconoce la carrera a los profesionales de la comunidad autónoma, pero sin embargo a este señor que viene de traslado sí se le reconoce y sí se le paga dentro del mismo sistema, con la misma antigüedad, con las mismas situaciones se dan situaciones de pago absolutamente diferentes. Creemos que esto difícilmente se puede soportar un día más.

Nosotros proponemos instar al consejo interterritorial y a la Comisión Nacional de Recursos Humanos que cumplan con la ley. Esto está previsto en la ley. Tenemos que homogeneizarlo, como piden las sociedades de familia, como piden las sociedades médicas, como piden los sindicatos médicos: homogeneizar el pago; reconocer de manera uniforme los niveles de carrera y evitar que existan diferencias tan flagrantes como existen en la actualidad.

Este es el sentido de nuestra proposición. Hemos presentado una enmienda para mejorar nuestra propuesta incluyendo la Comisión de Recursos Humanos y especificando la petición tanto de desbloqueo de acceso a la carrera, como de pago a la misma, porque se dan, como les he dicho las dos situaciones.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 24

De las enmiendas que se nos han presentado, que creo yo que se me permitirá hablar, por parte de Podemos se han presentado tres enmiendas, no sé si les gusta o no. Me veo en la obligación de hacerlo: vamos a admitir dos. Ninguna de las dos aporta gran cosa, porque nosotros no habíamos dicho en el texto que se haga de forma jerarquizada. Por tanto a veces cuando uno tiene el pensamiento de los demás de que van a hacer una cosa y no lo hacen, se ve con la enmienda que no nos lleva a ninguna parte. Por otra parte, el reconocimiento de carrera personal interino es una cosa aprobada por la ley y sentenciada por los tribunales.

También aceptaremos la enmienda del Grupo Popular si él acepta la redacción de la nuestra. Con respecto a la enmienda del Grupo Socialista voy a decirles que es difícil contenerse ante algunas cosas. Cuando se nos propone en su enmienda elaborar un informe sobre las necesidades de financiación sanitaria e incluir en el nuevo sistema de financiación con el fin de garantizar la calidad y la equidad, es exactamente lo mismo que pedimos hace dos semanas y ustedes votaron en contra. **(La señora Hernández Bento: Otra vez)**. Otra y tantas veces como ustedes se llevan la contraria asimismo. Por lo demás, lo que se pide es el discurso de Miss Universo: dignidad, retribución, estabilidad, reconocimiento de carrera, la paz en el mundo. **(Rumores)**.

El señor **PRESIDENTE**: Un poco de silencio, por favor.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Simplemente hemos traído esta propuesta... **(Rumores)**.

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

Un poco de silencio, luego los grupos van a tener su turno de intervención y podrán replicar.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Hemos traído esta propuesta simplemente para saber si los grupos parlamentarios apoyan o no el reconocimiento de la carrera de forma uniforme y homogénea y si lo apoyan en las comunidades en las que ellos gobiernan y en las que no gobiernan. No vaya a ser que nos pase como en otras circunstancias, que en la Comunidad de Madrid uno es muy beligerante y en la de Extremadura no lo es tanto. Lo que tratamos, de acuerdo a los profesionales y al interés de los sindicatos profesionales, es que se reconozca de manera uniforme y homogénea y no solo que se haga una batalla en Madrid y no se haga en Extremadura, en Andalucía o en el País Vasco. Muchas gracias.

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

Para defender las enmiendas de sus grupos. En primer lugar, por el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Sibina tiene la palabra.

La señora **SIBINA CAMPS**: Muchas gracias, señor presidente.

Tampoco tenía intención de hacer una pequeña introducción al señor Igea, porque creo que básicamente es lo que busca, pero se me ocurre que ya que llegan estas fechas navideñas, no soy muy dada a hacer regalos, pero a usted le podríamos regalar un *pack* de esos de relax. Si me escucha, para que se lo aplique antes de entrar a la Comisión, baje de revoluciones y deje de tratarnos como si fuéramos niñas y niños y dándonos lecciones cada vez que empieza una intervención de las suyas, a todos los grupos nos da. Eso es, le haremos un *pack* de relax. **(El señor Igea Arisqueta: Gracias)**. Otra opción es que haga yoga, se lo recomiendo, va muy bien.

Me centro en la PNL. No cabe duda de que las condiciones laborales de reconocimiento profesional y de retribución de la actividad de los profesionales sanitarios son un aspecto clave en la organización del Sistema Nacional de Salud y en la forma en la que las instituciones tratan a los y a las profesionales que los hacen funcionar. Ciudadanos trae a esta Comisión una PNL que nos parece que tiene algunos déficits muy importantes. El primero de ellos, por un lado no visibiliza una de las mayores carencias del modelo actual de la carrera profesional. Es mediocéntrico y fuertemente jerárquico. Sí, señor Igea, fuertemente jerárquico. En casi todas las comunidades autónomas donde se ha implementado se ha hecho siempre siguiendo una jerarquía profesional que acrecenta las desigualdades internas dentro de los sistemas autonómicos de salud y que generalmente margina por completo a muchas categorías profesionales. Es necesario un modelo de carrera profesional que reconozca, incentive, promueva y fomente el desarrollo de los profesionales, de medicina y de enfermería, pero así mismo este ha de ser un sistema de carrera más amplio, que desarrolle esas mismas acciones en la totalidad de las categorías profesionales que trabajan en nuestro Sistema Nacional de Salud.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 25

Otro déficit que tiene esta PNL es que en un sistema sanitario muy fuertemente precarizado con una alta tasa de temporalidad y con una incapacidad crónica y creciente para estabilizar a sus profesionales, cualquier medida entorno a la carrera profesional tiene que tener una llamada de atención hacia el papel de esta en el desarrollo profesional de los profesionales eventuales que no han consolidado estabilidad en sus puestos de trabajo. No por no haber querido, sino porque el sistema es claramente fallido en este aspecto. Hay en nuestro Estado dos servicios autonómicos de salud que acumulan noticias y movilizaciones con el desprecio de las administraciones por la carrera profesional como protagonista. Estos son: Andalucía y la Comunidad de Madrid. Dos comunidades autónomas en las que el partido que presenta esta proposición no de ley, Ciudadanos, hace de muleta del Gobierno. Sin embargo, a pesar de ese rol de muleta del Gobierno, Ciudadanos intenta apropiarse de cualquier avance que se puede llevar a cabo en los próximos años en materia de retribución de la carrera profesional en algunas comunidades autónomas.

Señorías, si hay comunidades autónomas en las que se logra dar pasos en ese sentido, será por los colectivos profesionales que llevan años y años trabajando y luchando y no por una formación política, como Ciudadanos, que llegue a atribuirse este trabajo. Hemos realizado, como usted ha podido leer, unas enmiendas, que usted ya ha calificado como ha calificado, que no servían para nada o no sé exactamente cómo ha dicho, que no aportaban nada. Si aceptan estas enmiendas votaremos a favor y si no ya lo sabe. Muchas gracias, presidente.

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

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

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

Es indiscutible el impacto negativo que en nuestro sistema sanitario han tenido las políticas del Gobierno central durante la crisis. Muchas medidas han afectado directamente a los derechos laborales y a los salariales en los profesionales del Sistema Nacional de Salud, especialmente con la Ley de Estabilidad Presupuestaria en la exposición de la jornada de 37,5 horas sin aumento de retribución alguna. Frente a esto el personal sanitario ha jugado un papel esencial en el sostenimiento del sistema durante esa etapa de recortes y de retrocesos laborales, porque han priorizado ante todo la prestación de unos servicios de calidad, han demostrado una vocación de servicio público y han demostrado un compromiso con un sistema sanitario público que es un logro de nuestro país y que sin duda hay que preservar. Por tanto, es lógico que si el Gobierno anuncia una mejoría de la situación económica del país, se produzca la recuperación de los derechos profesionales y ahí el PSOE está al frente de estas reivindicaciones. Pero no vamos a compartir, señor Igea, los brindis al sol que usted trae a esta Cámara. ¿Por qué? Porque Ciudadanos trata de presentarse como los salvadores en este asunto de la carrera profesional. Pero a nadie se le escapa que trae a este debate para tapar su actuación en la Asamblea de Madrid donde presentaron una proposición para recuperar la carrera profesional y a la hora de la verdad en el debate de los presupuestos tumbaron las enmiendas presentadas por el Grupo Socialista para dotar de recursos esta medida, dando la espalda a los trabajadores sanitarios. Traen este tema justo cuando la alianza de Gobierno del Partido Popular y Ciudadanos en Madrid tiene que hacer frente a las movilizaciones de los sindicatos y al anuncio de jornadas de huelga por el incumplimiento suyo con el personal sanitario. Ciudadanos, por tanto, está intentando enmascarar su incoherencia trasladando un debate a esta Cámara para tapar su falta de compromiso en Madrid con el personal sanitario, y lo está mezclando con la situación de la carrera profesional a nivel nacional. Este tipo de incongruencias seguro que fueron determinantes, entre otras, en la dimisión, en febrero de este año, del anterior portavoz de sanidad en la Asamblea de Madrid, una persona cabal y rigurosa.

Además, la proposición recoge la obsesión recentralizadora de Ciudadanos, porque hace un planteamiento al margen de las competencias autonómicas y de la negociación colectiva. En el primer punto se insta al Gobierno a que imponga a las comunidades autónomas que cumplan la ley, cuando lo lógico sería una llamada a la necesidad de coordinación y, sobre todo, de financiación. Desde el PSOE reivindicamos el respeto a la autonomía de las comunidades autónomas en el planteamiento de su política profesional y retributiva, siempre en el estatuto marco que ya establece el marco común. También exigimos el respeto a la autonomía de la negociación colectiva en el seno de las mesas sectoriales con las organizaciones sindicales. Respecto al segundo punto, no nos consta que se reconozca ese grado cuando un profesional tiene movilidad territorial de una comunidad a otra. Por tanto, no entendemos bien el sentido de ese punto.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 26

Señorías, mi grupo ha presentado una enmienda que incluye la necesidad de financiación que Ciudadanos omite y que es absolutamente necesaria para convertirla en una iniciativa útil para la demanda de los profesionales. Ciudadanos no hace mención de la necesidad de revisar la financiación sanitaria pública —de hecho ahora lo ha llamado algo así como deseos de Miss Universo y lo ha ridiculizado—, que es necesaria para que las comunidades autónomas puedan recuperar las condiciones de empleo que existían antes de los recortes impuestos por el Partido Popular. Además, urge cambiar el sistema de financiación autonómica porque genera profundas disparidades entre territorios, pero parece que ni al Gobierno, que se lo está tomando con calma, ni a Ciudadanos les importa. Urge un nuevo sistema que garantice que las comunidades autónomas tengan financiación para cumplir sus competencias dentro del Estado del bienestar, porque los expertos coinciden en que el actual sistema de financiación es insuficiente para que las comunidades puedan cumplir.

La proposición ignora el Plan presupuestario enviado por el Gobierno del Partido Popular a Bruselas, en el que se prevé seguir reduciendo el porcentaje del PIB dedicado a la sanidad pública. Señor Igea, usted es muy poco ambicioso a la hora de defender los derechos de los profesionales. ¿De qué sirve que el Gobierno riña a las comunidades autónomas y les diga que cumplan y que paguen si no las financia y les da el dinero y los recursos justos para que puedan hacerlo? Ese es el sentido de la enmienda del Grupo Socialista. Creemos que ya es hora de abordar la mejora de las condiciones retributivas del personal sanitario, de recuperar el poder adquisitivo perdido con las medidas del Partido Popular y de avanzar en la carrera profesional, de manera que contribuya a reconocer el importante esfuerzo que hacen los profesionales de nuestro sistema sanitario público. Pero para eso es necesario establecer las bases de un sistema de financiación autonómica suficiente, justo y equitativo. De ahí, como decía, el sentido de nuestra enmienda, en la que urgimos al Gobierno a plantear, en el seno del próximo consejo interterritorial, un acuerdo con las comunidades autónomas sobre las necesidades de financiación sanitaria.

Señorías, los profesionales no quieren más palabras vacías ni discursos, queremos financiación y recuperación de derechos.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

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

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

En primer lugar, señor Igea, entiendo que cuando habla de la carrera profesional de los sanitarios se refiere a los profesionales de la sanidad, es decir, tanto al personal sanitario como al estatutario de gestión y servicios.

Señorías, hace dos años mi grupo parlamentario presentó en el Senado una moción para restablecer la carrera profesional entre el personal del Sistema Nacional de Salud y homogeneizar los criterios de la carrera profesional para que esta pueda desarrollarse de forma armónica. Recibimos las críticas manidas de siempre, de ser una iniciativa vacía de contenido, de rellenar cupo, ornamental, etcétera, lo habitual por parte de los demás grupos. Incluso nos animaron a retirarla por ser una materia ya regulada. Pero coincidían, como no se podría entender de otra forma, con su contenido en la defensa de nuestros profesionales como piedra angular de nuestro sistema sanitario y principal activo sobre el que se sustenta nuestro Sistema Nacional de Salud, al que confieren, en buena medida, esa calidad y reconocimiento internacional del que nos sentimos muy orgullosos.

La normativa estatal establece los principios generales del reconocimiento de la carrera profesional en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que se ha citado hoy aquí, la cual salvaguarda las competencias autonómicas y contiene los principios básicos del desarrollo de la carrera y también la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud. Define el desarrollo profesional y enuncia los criterios comunes acordados en el seno del consejo interterritorial. También la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias hace referencia a la carrera, así como la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Señorías de Ciudadanos, ¿a quién corresponde el desarrollo de la carrera profesional a la que hace referencia su PNL autoenmendada, a la que solo le ha faltado establecer la asignación de las cuantías retributivas de los distintos grados de carrera? Al final, el pago corresponde a las comunidades autónomas. El desarrollo de la carrera profesional es un concepto retributivo complementario que es competencia de cada una de las comunidades autónomas. El artículo 40 del Estatuto marco deja claro que la competencia

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 27

es de las comunidades autónomas y que serán ellas las que negocien la carrera con las organizaciones sindicales con representación en la mesa sectorial. Usted, sin embargo, en su proposición no de ley no pierde oportunidad de realizar una dura crítica al Gobierno del Partido Popular, que durante estos últimos años ha cumplido con el objetivo de mantener el núcleo esencial de la sanidad, una sanidad pública, universal, gratuita y de calidad. La sanidad ha sido prioritaria en todas y cada una de las decisiones presupuestarias del Gobierno, y se ha conseguido una gestión más racional y eficiente de nuestros recursos sanitarios. No introduzca ingredientes en ese recorrido —si me permite la expresión—, no sé si oportunista o propagandista, que tiene su formación, porque están utilizando calificativos que no voy a reproducir. Tampoco voy a hablar sobre los datos anuales de los certificados de idoneidad del último año, ni de la cooperación internacional, por ejemplo, de los médicos que salen de nuestras fronteras ni de la realización de estudios ni de globalización, pero sí tengo claro que los países que demandan profesionales sanitarios quieren a los españoles por su alto nivel de formación y preparación.

Señorías, es cierto que tras sostener nuestra sanidad pública con importantes reformas —no voy a recordar aquí la situación crítica asistencial y económica de nuestro sistema a finales de 2011— tenemos que seguir mejorando, y debemos intentar restablecer determinadas actuaciones e iniciativas previas a la crisis económica, que se pusieron en marcha con gran aceptación por parte de los profesionales de nuestra sanidad en materia laboral y de recursos humanos. Desde el Ministerio de Sanidad se está trabajando para mejorar la normativa que regula a los profesionales de nuestra sanidad y dotarles de las herramientas que les faciliten su labor diaria para continuar progresando a través del autoaprendizaje, del reciclaje continuo y de la formación continuada. Hay un grupo de trabajo en el seno del consejo interterritorial, junto con las comunidades autónomas, para establecer un proceso, al que se ha denominado desarrollo profesional continuo para todas las profesiones, que se configura como proceso de evaluación periódica y recertificación de las competencias, que garantice, por ejemplo, que un profesional médico mantiene actualizados sus conocimientos y habilidades a lo largo de toda su vida laboral, que sus conocimientos mejoran a medida que cambia el conocimiento médico y cuyos objetivos son la formación continuada de los profesionales, la seguridad y la salud del paciente y la calidad de la asistencia sanitaria.

La importancia —voy concluyendo— del desarrollo profesional continuo, en concreto, en el ámbito sanitario, está planteada en las directivas comunitarias, como señala la Directiva 2013/55 del Parlamento Europeo y del Consejo. Tenemos que plantearnos un abordaje de coordinación a nivel europeo, estatal y autonómico. La propia convergencia con Europa y la propia sociedad exigen que este compromiso ético se oficialice. En la actualidad se quiere determinar qué instrumento normativo es el idóneo para regular con carácter básico esta materia y que pueda contribuir a su progresiva implantación y su vinculación en el futuro con los modelos de carrera profesional y promoción profesional.

Planteamos como texto adicional a su proposición no de ley seguir avanzando, en coordinación con las comunidades autónomas, en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en la regulación del desarrollo profesional continuo. Pero creo que no podemos inmiscuirnos en las competencias de nuestras comunidades autónomas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor De Arriba.

Señor Igea, a efectos de la votación, recuérdenos cuáles eran las enmiendas aceptadas y cuáles no.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Las del Grupo Popular y del Grupo Podemos.  
Me gustaría intervenir por el artículo 71.1.

El señor **PRESIDENTE**: ¿A raíz de?

El señor **IGEA ARISQUETA**: De inexactitudes que se han dicho.

El señor **PRESIDENTE**: La cuestión concreta.

El señor **IGEA ARISQUETA**: La cuestión concreta es que se ha afirmado aquí que uno de los miembros del Partido de Ciudadanos dimitió por esta razón de la Asamblea de Madrid. Como no se puede defender, me gustaría aclararlo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene un minuto para hacerlo, pero tendrá réplica.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 28

El señor **IGEA ARISQUETA**: El propio Daniel Álvarez Cabo informó de las razones de su dimisión. El propio Daniel Álvarez Cabo sigue trabajando con nosotros; de hecho, es uno de los autores de la enmienda que vamos a presentar a los presupuestos de la Comunidad de Madrid. Por tanto, lo que se ha dicho es una inexactitud y es absolutamente falso.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Alconchel, ¿quiere replicar?

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Solo he dicho que precisamente en una persona rigurosa y cabal muchas incongruencias de este tipo han influido en su decisión. No he faltado ni al exportavoz ni al señor Igea. **(El señor Igea Arisqueta: Es absolutamente falso).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

### — RELATIVA A REGULAR ADECUADAMENTE LA FIGURA DEL CONSUMIDOR VULNERABLE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002508).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al último punto del orden del día, proposición no de ley relativa a regular adecuadamente la figura del consumidor vulnerable, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Tundidor.

La señora **TUNDIDOR MORENO**: Gracias, señor presidente.

Señorías, el Grupo Parlamentario Socialista trae una proposición a debate para regular adecuadamente la figura del consumidor vulnerable que recoge las demandas de numerosos expertos y organizaciones sociales que señalan que el decreto actual no es la manera adecuada de abordar el problema, pues presenta grandes deficiencias. En los tiempos que corren cualquier ayuda es poca para llegar a fin de mes, sobre todo, para poder asumir los elevados gastos de la factura de la luz. Se trata de un servicio de necesidades básicas que en los últimos años se está convirtiendo en un problema muy grave para la ciudadanía. Hace poco más de un año, Rosa, con ochenta y un años, vivía sola y le habían cortado la luz en septiembre. En la madrugada de un lunes se olvidó de apagar las velas que iluminaban su piso en Reus, Tarragona, y llegó la catástrofe: ardió el colchón en el que dormía y murió envuelta en llamas. Este desgraciado incidente no es un caso aislado. Más del 10 % de la población del país afronta la llegada del frío sin recursos suficientes para poder pagar sus facturas. Mientras tanto, el Gobierno del Partido Popular no hace lo suficiente para combatir de manera eficaz la pobreza energética. Cada año, miles de familias llegan a cruzar incluso la frontera del delito y la negligencia para calentar sus casas. Es una realidad que muchas familias enganchan su instalación a una red de manera clandestina, según recogen las memorias de la Fiscalía General del Estado, con el riesgo que esto supone.

Señorías, más del 10 % de la población del país afronta la llegada del frío sin recursos suficientes para poder pagar sus facturas. Según indica la encuesta de condiciones de vida del INE, 4,4 millones de ciudadanos y 1,8 millones de familias no puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada, en un país en el que la pobreza energética causa entre 2400 y 9600 muertes prematuras cada año, según el informe de la Asociación de Ciencias Ambientales. Solo las comunidades autónomas y los ayuntamientos ofrecen una vía para las familias que no puedan hacer frente al recibo de la luz. Según un estudio de la Fundación Ecología y Desarrollo, realizado en catorce ciudades españolas, el número de personas en situación de pobreza energética se ha duplicado en los últimos años. Como ustedes conocen, las principales causas de la pobreza energética son: la falta de ingresos, el hecho de que más de un 50 % del parque de viviendas en España esté construido sin criterios energéticos y el aumento continuado del precio de la energía, que ha subido, señorías, más de un 80 % desde 2008.

El Gobierno intentó solucionar el problema con el Real Decreto 897/2017, pero este tiene grandes deficiencias. Numerosos expertos y organizaciones sociales han señalado que esta no es la manera adecuada de abordar el problema. La Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España ha puesto de manifiesto que la medida presenta lagunas y efectos perversos como un importante impacto presupuestario en ayuntamientos y comunidades autónomas. No hay garantía de asunción para las administraciones con servicios sociales. Los Presupuestos Generales del Estado de 2017 no han contemplado el impacto de la medida. Se genera una sobrecarga de gestión imposible para los servicios y para los profesionales. Se discriminan positivamente algunas circunstancias, como familias numerosas,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 29

con independencia de sus ingresos, mientras que otras, mucho más castigadas actualmente, monoparentales o personas que viven solas, no son tenidas en cuenta. Se limita el beneficio del paquete a tramos de consumo muy inferiores a los reales o se penaliza a aquellos ciudadanos que viven en zonas con un clima extremo. Este nuevo bono social continúa sin solucionar la problemática de la pobreza energética en su totalidad y dificulta su acceso a las ayudas por las trabas burocráticas que supone solicitarlo. Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialista cree necesaria su modificación.

Planteamos reformar el actual real decreto regulador de la figura del consumidor vulnerable, el bono social y otras medidas de protección para los consumidores domésticos de energía eléctrica; aprobar una norma que impida el corte del suministro del gas a los consumidores vulnerables; incluir en los Presupuestos Generales del Estado una cantidad suficiente para sufragar el coste de la protección al consumidor vulnerable, de manera que no se haga recaer el coste en las administraciones territoriales y locales; por último, pedir al Gobierno que como beneficiarios de las familias numerosas sin tope de rentas incluya también a las monoparentales o a las personas que viven solas.

El Grupo Parlamentario Socialista espera que apoyen esta iniciativa, porque según palabras del Comité Económico y Social Europeo la energía es un bien común esencial que permite tener una vida digna. Intentemos que sea así.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Clemente.

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

Me gustaría apartarme un poco del orden. En la anterior exposición realizada por un compañero de mi grupo he visto gestos de alguna señoría que afortunadamente han quedado grabados en video. Me avergüenzan bastante los gestos que han hecho a un miembro de mi grupo.

La proposición que se trae hoy aquí no es un tema menor y agradezco bastante, si no muchísimo al Grupo Socialista que la traiga. Hemos presentado una enmienda que no deja de recoger nuestra sensibilidad. Agradezco a la ponente su voluntad de llegar a una transaccional y esperamos que recoja las sensibilidades de todos. La votaremos favorablemente.

Se habla de proteger y regular la figura del consumidor vulnerable. Estamos esencialmente de acuerdo cuando se dice que hay que utilizar el instrumento de los Presupuestos Generales del Estado para ayudar a las distintas administraciones. Podría hacer un ataque fácil y decir: ¿No tiene un cierto carácter centralista? No, estoy convencido, y dejo clara nuestra postura. Ciudadanos es un firme defensor del Estado de las autonomías; es más, creemos, también quien les habla, en un Estado federal simétrico. Está claro que tenemos muchísimas desigualdades, como pone de manifiesto la exposición de motivos. Pondré un ejemplo sobre la brecha energética. Yo estuve en un ayuntamiento y es verdad que recae mucha carga en la Administración local. Aquí el truco es entrar en el debate del reparto de competencias. Creo que con buena voluntad se puede encontrar un equilibrio para la colaboración entre administraciones y así llegar al objetivo, que es paliar y erradicar ese problema, porque como sociedad es motivo de vergüenza que haya cinco millones de personas que sufren pobreza energética, que mueran siete mil personas al año por pobreza energética, que son seis veces más que los fallecidos en accidente de tráfico. El coste medio del suministro energético sobrepasa los 900 euros. Como bien se ha dicho, el coste del suministro energético ha aumentado desde la crisis más de un 80 %.

Ciudadanos cree firmemente en la justicia social. De hecho, lo hemos demostrado, con voluntad de diálogo, en el acuerdo de intento de Gobierno que hicimos con el Partido Socialista. También viene reflejado en las 150 medidas que firmamos con el Partido Popular en el acuerdo para un Gobierno reformista y de progreso. Nosotros llevábamos en nuestro programa la necesidad de blindar los derechos sociales en la Constitución.

Vemos acertada esta PNL y espero que llegue a mucho más, puesto que las condiciones de habitabilidad y salubridad deben entrar en este artículo de la Constitución que garantiza el derecho a una vivienda digna. Los tres vectores que más influyen en esta desigualdad son la brecha salarial, la brecha energética y la brecha digital. Debemos actuar en todos ellos. Evidentemente, este real decreto, como dicen los expertos, no soluciona todos los problemas, puesto que hay discriminación positiva y no trata sobre algunos colectivos más vulnerables. Se puede poner el ejemplo de nuestros abuelos, que son los que más han sufrido en esta crisis, que con su pensión no cumplen los parámetros de ayuda y se

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 30

encuentran en la dicotomía de comer o ayudar a la familia, a los nietos, de pagar hipoteca o alquiler o pagar la luz. Eso es algo que debería avergonzarnos como sociedad.

Espero que con generosidad y con habilidad la proponente elabore un texto transaccional que recoja las sensibilidades de los distintos grupos. Por supuesto, mi grupo parlamentario apoyará esta iniciativa. Espero que se la tomen incluso más en serio y que vaya a Pleno para que nos mojemos todos en este momento en el que debemos debatir los presupuestos. Creo que no es un tema menor, sino que es muy importante.

Gracias.

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

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

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

El Grupo Socialista nos trae a debate la regulación de la figura del consumidor vulnerable del bono social del sistema eléctrico español. Para nosotros, lo primero de todo es poner el marco general para encuadrar lo que ha sido la evolución del mercado energético y la capacidad de las familias de acceder a un bien básico, que no es otro que la energía. Este encuadre debe ser el de los derechos humanos, y hacerlo desde la perspectiva no de satisfacción de una necesidad, sino del cumplimiento de un derecho. ¿Por qué decimos que el acceso a la energía es un derecho? Porque la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25 y en la observación 4 dex, establece que toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, incluyendo tener el derecho al acceso a recursos naturales y comunes, a agua potable, a energía y a la calefacción. Llegados a este punto, la pregunta que hago al grupo proponente es si los distintos Gobiernos han legislado teniendo en cuenta la Declaración Universal de Derechos Humanos. A nuestro juicio, claramente no. ¿Las políticas sobre el sector energético de los diferentes Gobiernos han seguido un enfoque de defensa de los derechos humanos? A nuestro juicio, no. Hagamos memoria sobre ello.

En el año 1997 se privatiza el sector de la energía, que eliminó la consideración de servicio público con el supuesto objetivo de modernizarlo. A través de la privatización se produjo una correlacionada subida de precios de la energía. Creo que para hablar del bono social primero hay que hablar de tres grandes cifras que muestran la evolución de los beneficios que entre los años 2008 y 2017 han tenido Iberdrola, más de 21000 millones de euros, Gas Natural Fenosa, más de 10000 millones de euros, y Endesa, más de 25000 millones de euros. Eso sin mencionar los 3500 millones embolsados indebidamente por los denominados costes de transición a la competencia. En todas estas políticas tenemos que poner el foco en las puertas giratorias. Aquí que cada grupo parlamentario mire a quién tiene sentado en los consejos de administración.

Frente a esta realidad tenemos a cinco millones de personas que no pueden pagar la calefacción de sus hogares y pasan frío en invierno; la pobreza energética se ha triplicado desde el estallido de la crisis en 2007; en España más de siete millones de personas tienen dificultades para pagar la factura de la luz; cada año mueren aproximadamente diez mil personas por falta de suministro, más que como consecuencia de accidentes de tráfico, según los informe de la ONU. Revisando todo ello, ¿se puede decir que las políticas y la legislación desarrollada en el sector se pueden encuadrar en un enfoque de defensa de los derechos humanos? Verdaderamente no.

Ahora nos toca hablar del bono social, que es lo que nos trae el grupo proponente. Lo primero que decimos es que la reforma del bono social viene de la presión ciudadana, que situó en la agenda política el tema de la pobreza energética. En cuanto al análisis del mismo, vamos a comenzar diciendo que la pobreza energética debería ser valorada como un conjunto de suministros, y no solo desde una perspectiva parcial. Por ello, planteamos las siguientes enmiendas. Una definición ajustada del consumidor vulnerable que responda a las verdaderas necesidades de la pobreza energética. Existen dudas más que justificadas desde las entidades de la sociedad civil de que los criterios de renta y consumo mínimo sean los adecuados para proteger a la ciudadanía vulnerable. Dichas dudas vienen no solo por la cuantía referida, sino también porque la pobreza y el riesgo de exclusión social son procesos complejos y multifactoriales. El hecho de que la definición de consumidor vulnerable venga del Ministerio de Fomento, sin tomar en consideración las valoraciones que pueda hacer el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, a nuestro juicio parte de una base poco objetiva y de gran desconocimiento sobre el tema.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 31

Segunda enmienda que planteamos. Garantizar las prestaciones suficientes que impidan los cortes de luz. El bono social recoge la categoría del consumidor vulnerable en riesgo de exclusión social al que supuestamente queda prohibido cortar la luz. Para ello, el corte no se realizará mientras que los ayuntamientos abonen el 50 % de la factura y el otro 50 % corra a cargo de las compañías eléctricas. La trampa de todo esto es que las ayudas referidas al pago de los suministros básicos de los ayuntamientos no generan derechos subjetivos, con lo cual está lejos del derecho a la energía y están sujetos a disponibilidad presupuestaria. Por tanto, si un ayuntamiento no tiene fondos para poder hacer frente a ese 50 % de la luz no podrá evitar que se produzca el corte del suministro.

Siguiente enmienda que presentamos y se nos desoye. Desarrollar los protocolos y procedimientos administrativos ágiles y claros. Uno de los principales problemas de este bono, según manifiestan los profesionales de los servicios sociales, es la dificultad para certificar la condición de consumidor vulnerable. Por ejemplo, en el caso de Madrid dicha certificación solo puede ser realizada por la comunidad autónoma, no por los servicios sociales municipales. Además, la fórmula de copago está sujeta a la ley de subvenciones, lo que ralentiza aún más todo este proceso. Todo esto, teniendo en cuenta que el pago de la factura es mes a mes, lo que puede provocar una saturación administrativa muy poco eficaz. No se ha valorado cómo repercutirá todo este proceso en los servicios sociales, qué medidas se van a tomar para que no se saturen los servicios sociales de base. No se ha tenido en cuenta la valoración de los profesionales ni de los trabajadores y trabajadoras sociales, que son los que van a tener que abordar esta tarea. Deja, una vez más, a los trabajadores de los servicios sociales como meros tramitadores de las ayudas, sin que puedan hacer una valoración y ver si es necesaria una intervención social y comunitaria.

Siguiente enmienda que también se nos desprecia.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Marcello, debe ir concluyendo.

La señora **MARCELLO SANTOS**: Elaborar un plan nacional de lucha contra la pobreza. No conozco a nadie que solo tenga dificultades para pagar la factura de la luz.

No estamos frente a una realidad de no satisfacer una necesidad, sino del cumplimiento de un derecho. Vamos a votar a favor a sabiendas de que esta proposición no de ley del grupo proponente está vacía de contenido, busca simplemente un titular y rechaza parte de nuestras enmiendas.

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

Para fijar la posición del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Torres.

La señora **TORRES TEJADA**: Muchas gracias, señor presidente.

Lamentablemente volvemos a ver cómo el Grupo Socialista trae aquí una muestra de lo que es su habitual populismo socialista con un tema tan delicado como es el bienestar de las familias. Demagogia, porque presentan una PNL sobre un tema que ya se está aplicando. No sé si recuerdan o sabrán que el pasado mes de octubre se aprobó el bono social. Se trata de un bono que aplica descuentos en la factura eléctrica del 25 % para aquellas familias que se consideren vulnerables y de hasta un 50 % en determinados casos, con una especial protección para familias numerosas, para víctimas de violencia de género, para personas con discapacidad. Se regulan mecanismos para evitar el corte del suministro eléctrico, debiendo las propias comercializadoras asumir el 50 % del coste de la factura que antes pagaba servicios sociales. Desaparece el criterio de potencia contratada inferior a 3 kilovatios. ¡Pero si es que hasta el propio PSOE lo vendió como un gran pacto y el portavoz decía que era el principio del fin de la pobreza energética! Es pura demagogia.

Lo presentan como una iniciativa sin una sola propuesta concreta. Solo dicen: reformar el real decreto. Ya podían aprender un poco de las enmiendas que presenta, por ejemplo, el Grupo de Podemos, que aunque no sean competencia de esta Comisión, sino de la de Energía o de la de Hacienda, al menos hacen propuestas concretas. Como no tienen nada nuevo que aportar, tiran de archivo y vuelven a presentar continuamente las mismas PNL una y otra vez, porque saben que dará un titular y lo intentarán vender. No tienen nada nuevo y no pueden venir a dar ejemplo cuando aquí piden una cosa y donde gobiernan hace otra totalmente diferente. Para muestra un botón. Programa extraordinario de contratación de la Junta de Andalucía que acaba de aprobarse recientemente. Para poder acceder al programa de contratación una unidad familiar de dos personas debe tener unos ingresos no superiores a 4195 euros. Sin embargo, esa misma unidad familiar va a poder optar al bono social con hasta 11 279 euros de ingresos anuales. Hay cantidad de familias que se han quedado en la calle y no han podido acceder este

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 32

año 2017 a la contratación extraordinaria de la Junta de Andalucía. Por cierto, apoyados por el Grupo Ciudadanos, que es quien sostiene al Gobierno socialista en la Junta de Andalucía.

Es el Gobierno del Partido Popular el que cumple con los ciudadanos vulnerables, por mucho que les duela. Hemos aprobado el bono social, mantenemos la financiación del plan concertado, mantenemos programas de protección a las familias y de atención a la pobreza infantil. En total, solo en la partida de prestaciones básicas de servicios sociales va a haber más de 100 millones de euros. Pero, claro, el PSOE no va a aprobar los Presupuestos Generales del Estado de 2018. Se ve que no les interesa. Dejen de utilizar la situación de las familias españolas para hacer política. Den ejemplo donde gobiernan. No han tenido bastante con dejar a nueve millones de personas por debajo del umbral de la pobreza cuando gobernaron en España, sino que ahora pretenden beneficiarse políticamente de ellas.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Creo que se está elaborando una enmienda transaccional. Damos tres minutos para que lleguen las transaccionales prometidas y ordenar un poco las votaciones.

Les anuncio que cuando termine la sesión se quedarán un momento la Mesa y los portavoces para ver cómo elaboramos el orden del día de la siguiente Comisión. **(Pausa)**.

### **SOLICITUDES DE CREACIÓN DE SUBCOMISIONES. (VOTACIÓN):**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a proceder a las votaciones.

En primer lugar, vamos a votar una a una las solicitudes de creación de subcomisiones. Luego, como quedamos en la reunión de la Mesa y los portavoces, votaremos en qué orden queremos que vayan como solicitudes a la Mesa de la Cámara. Esto tiene un carácter más testimonial que otra cosa, porque esta votación no es vinculante.

Vamos a votar la creación de la subcomisión para el análisis del actual sistema de innovación y acceso a medicamentos, del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 22; abstenciones, 15.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

A continuación, votamos la creación de una subcomisión para realizar un estudio sobre la aplicación y la sostenibilidad futura del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, del Grupo Parlamentario Socialista.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 36; en contra, 1.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos la creación de la subcomisión para el estudio de tratamientos terapéuticos con cánnabis y derivados, del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 36; en contra, 1.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos ahora el orden en el que queremos que vayan. Lo que haremos será votar cuál prefieren que sea la primera, tal como hemos ido aprobándolas.

Votos para que la primera sea la del análisis del actual sistema de innovación y acceso a medicamentos. **(Pausa)**. Ninguno.

Votos para que la primera sea la de realizar un estudio sobre la aplicación y la sostenibilidad futura del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. **(Pausa)**.

Votos para que la primera sea la del estudio de tratamientos terapéuticos con cánnabis y derivados. **(Pausa)**. Ninguno.

Irá a la Mesa, en primer lugar, la del estudio sobre la aplicación y sostenibilidad futura del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

El señor **AGIRRETXEA URRESTI**: Señor presidente, me gustaría que constara en el *Diario de Sesiones* la explicación de mi voto, porque ha sido negativo a la creación de todas las subcomisiones. Es porque no queremos la creación de ninguna subcomisión más. No es porque estemos en contra del tema



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 33

que se va a tratar en ninguno de los tres casos, sino porque consideramos que es innecesario, ya que estamos saturados de subcomisiones. **(Aplausos.—El señor Igea Arisqueta pide la palabra).**

El señor **PRESIDENTE**: ¿Explicación de voto?

El señor **IGEA ARISQUETA**: Me gustaría que constara la explicación de nuestro voto.

Nos hemos abstenido porque el orden lo fija la Mesa. Este es el acuerdo al que habíamos llegado los partidos antes de la jornada del otro día y nosotros nos hemos ceñido al acuerdo. El que no lo haya hecho, es cosa suya. **(La señora Sibina Camps pide la palabra).**

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

La señora **SIBINA CAMPS**: Señor Presidente, me gustaría que constara en el *Diario de Sesiones* lo mismo que acaba que decir el señor Igea, porque no quedamos así, sino en que se votarían las subcomisiones, pero no el orden. Por eso no hemos votamos. Los grupos acordamos que la decisión sería de la Mesa. **(Rumores)**. Sí, lo acordamos. Si no es así, lo entendí muy mal.

El señor **PRESIDENTE**: Ahí sí que intervengo en nombre de la Mesa y de los portavoces. Efectivamente, dejamos sentado que íbamos a votar la creación de las subcomisiones y que después habría una votación para saber en qué orden quería la Comisión que fueran aprobadas por la Mesa estas subcomisiones, sabiendo que íbamos a ponernos a la cola. Por cierto, les anuncio que no hay tanta cola, porque parece que solo hay una subcomisión por delante de las que nosotros presentemos en el día de hoy. **(La señora Angulo Romero pide la palabra).**

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

La señora **ANGULO ROMERO**: Señor presidente, creo que esto es fruto de todo lo que ocurrió en esa reunión, que espero que no vuelva a suceder. Lo que dijimos fue que esto no es vinculante, que es la Mesa de la Cámara la que al final decide. Mayoritariamente se decidió que aquí se fijaría un orden de prelación. Nosotros, además, insistimos en que esto fuera de otra forma. El que se quedó solo en ese debate fue el Grupo Popular. Lo que espero es que la próxima vez las cosas se hagan con un poco más de orden para que nos entendamos mejor entre todos.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a pasar a votar las proposiciones no de ley.

La señora **ANGULO ROMERO**: Señor presidente, ¿en qué orden quedan las otras dos subcomisiones?

El señor **PRESIDENTE**: Es que las otras dos no han tenido ningún voto a favor. Hemos votado las tres. Si hubiera habido votos suficientes podríamos decir la que ha tenido más votos o menos votos. Es verdad que ninguna ha quedado en segunda posición porque no ha tenido ningún voto a favor.

Votamos si queremos que la del análisis del actual de innovación y acceso a medicamentos sea la segunda.

¿Quién está a favor de que esta sea la segunda en la prelación? **(Pausa)**.

¿Quién está a favor de que la segunda sea la de los tratamientos terapéuticos con cánnabis y derivados? **(Pausa)**.

La de la innovación y acceso a medicamentos ha tenido 16 votos y la del cánnabis ha tenido 14 votos.

### PROPOSICIONES NO DE LEY. (VOTACIÓN):

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a votar las proposiciones no de ley.

En primer lugar, se vota la relativa a impulsar la telesalud a través de las nuevas tecnologías. Se vota una transaccional firmada por el Grupo Parlamentario Popular y por el Grupo Confederal de Unidos Podemos.

#### Efectuada la votación, dijo

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

Votamos la proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a replantearse la consideración de las enfermedades infecciosas como especialidad en lugar de un área de capacitación específica,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 382

28 de noviembre de 2017

Pág. 34

presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. También votaremos una transacción entre el Grupo Socialista y el Grupo Parlamentario Popular.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 28; abstenciones, 9.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Votamos el séptimo punto del orden del día, proposición no de ley relativa a plantear la financiación concreta para la atención primaria de salud, del Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. En este caso votamos la iniciativa original más la enmienda del Grupo Socialista.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 17; abstenciones, 3.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Pasamos a votar la proposición no de ley relativa a la mejora del sistema de donación de órganos. Se vota en sus propios términos.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 2; en contra, 34; abstenciones, 1.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Votamos el noveno punto del orden del día, proposición no de ley relativa a la creación de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente. Votamos una transacción del grupo proponente, el Grupo Parlamentario Popular, más los grupos parlamentarios Ciudadanos y Socialista.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25; en contra, 9.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a votar el décimo punto del orden del día, proposición no de ley relativa a la promoción de espacios específicos para las personas mayores en los medios de comunicación. Se votará una transacción entre el Grupo Parlamentario Popular, que es el proponente, el Grupo Ciudadanos y el Grupo Socialista.

**Efectuada la votación, dijo**

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

Votamos la proposición no de ley sobre el reconocimiento de la carrera profesional de los sanitarios en todo el territorio nacional, del Grupo Parlamentario Ciudadanos. Se votará con la incorporación de la primera enmienda del Grupo Confederado de Unidos Podemos y la enmienda del Grupo Popular, sin la autoenmienda del Grupo Ciudadanos.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 17; en contra, 3; abstenciones, 16.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Finalmente, votamos la proposición no de ley relativa a regular adecuadamente la figura del consumidor vulnerable. Se vota una transacción entre el Grupo Socialista, que es el proponente, el Grupo Ciudadanos y el Grupo Confederado de Unidos Podemos.

**Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 22; en contra, 14.**

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Se levanta la sesión.

**Eran las doce y cincuenta y cinco minutos del mediodía.**

cve: DSCD-12-CO-382