



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

Año 2018

XII LEGISLATURA

Núm. 452

Pág. 1

SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 20

celebrada el jueves 1 de marzo de 2018

Página

ORDEN DEL DÍA:

Preguntas del diputado don Jesús María Fernández Díaz, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre:

- **Prestación del servicio de atención primaria de salud en la Ciudad Autónoma de Melilla (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018241). (Número de expediente 181/000659) 3**
- **Construcción del nuevo Hospital Universitario de Melilla (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018242). (Número de expediente 181/000660) 3**
- **Prestación de asistencia sanitaria a personas enfermas procedentes de Marruecos en el hospital comarcal de Melilla (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018243). (Número de expediente 181/000661) 3**
- **Dotación de personal en los servicios sanitarios gestionados por INGESA en la Ciudad Autónoma de Melilla (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018244). (Número de expediente 181/000662) 3**
- **Grado de cumplimiento de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas de los inscritos en la bolsa de trabajo del área de salud de Melilla (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018245). (Número de expediente 181/000663) 3**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 2

— Cumplimiento de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad en los centros asistenciales de INGESA (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018246). (Número de expediente 181/000664)	3
— Cobertura y participación en el programa de cribado de cáncer de mama en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018247). (Número de expediente 181/000665)	3
— Actuaciones para mejorar las condiciones de asistencia sanitaria a pacientes en el Hospital Comarcal de Melilla, así como las condiciones de trabajo y descanso del personal del centro y las condiciones para el acompañamiento de familiares (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018248). (Número de expediente 181/000666)	3
— Casos de agresiones a profesionales de los servicios asistenciales de INGESA en la Ciudad Autónoma de Melilla denunciados en los últimos cinco años, así como medidas para garantizar su seguridad (procedente de la pregunta al Gobierno con respuesta escrita 184/018249). (Número de expediente 181/000667)	3
Proposiciones no de Ley:	
— Sobre la exención de tributación del servicio a la autonomía en el propio hogar. Presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. (Número de expediente 161/001480)	9
— Relativa al fomento de las donaciones de donantes vivos. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de expediente 161/001781)	12
— Relativa al reconocimiento y sensibilización de la ciudadanía sobre la memoria del holocausto gitano. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/001912)	17
— Relativa a establecer la lucha contra los malos tratos a las personas mayores como objetivo prioritario. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002147)	22
— Sobre la inclusión de los sistemas de monitorización continua de glucosa y sistemas de monitorización de glucosa flash en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 161/002531)	27
— Relativa a que se subvencionen todas las tecnologías y tratamientos que mejoran la calidad de vida de las personas con diabetes que lo necesiten. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto. (Número de expediente 161/002915)	27
— Relativa a la alimentación insana. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. (Número de expediente 161/002560)	31
— Relativa a la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE). Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002582)	35
— Relativa a impulsar la disciplina de medicina familiar y comunitaria. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 161/002824)	38
Votaciones	42

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 3

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

PREGUNTAS DEL DIPUTADO DON JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, SOBRE:

- **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018241). (Número de expediente 181/000659).**
- **CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MELILLA (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018242). (Número de expediente 181/000660).**
- **PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS ENFERMAS PROCEDENTES DE MARRUECOS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018243). (Número de expediente 181/000661).**
- **DOTACIÓN DE PERSONAL EN LOS SERVICIOS SANITARIOS GESTIONADOS POR INGESA EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018244). (Número de expediente 181/000662).**
- **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY 53/1984, DE 26 DE DICIEMBRE, DE INCOMPATIBILIDADES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS DE LOS INSCRITOS EN LA BOLSA DE TRABAJO DEL ÁREA DE SALUD DE MELILLA (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018245). (Número de expediente 181/000663).**
- **CUMPLIMIENTO DE LA LEY 51/2003, DE 2 DE DICIEMBRE, DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE INGESA (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018246). (Número de expediente 181/000664).**
- **COBERTURA Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA EN LAS CIUDADES AUTÓNOMAS DE CEUTA Y MELILLA (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018247). (Número de expediente 181/000665).**
- **ACTUACIONES PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA, ASÍ COMO LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y DESCANSO DEL PERSONAL DEL CENTRO Y LAS CONDICIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE FAMILIARES (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018248). (Número de expediente 181/000666).**
- **CASOS DE AGRESIONES A PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE INGESA EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA DENUNCIADOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS, ASÍ COMO MEDIDAS PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD (PROCEDENTE DE LA PREGUNTA AL GOBIERNO CON RESPUESTA ESCRITA 184/018249). (Número de expediente 181/000667).**

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

Como saben, hoy tenemos un día intenso. Antes de empezar les voy a hacer dos propuestas. La primera es que vamos a agrupar las nueve preguntas en un solo turno, con un tiempo de diez minutos tanto para el que pregunta como para el compareciente. Y la segunda es que vamos a agrupar las dos proposiciones no de ley que tienen que ver con la diabetes y la glucosa, que en el orden del día aparecen como puntos 14 y 18. Si les parece bien a los grupos, vamos hacerlo de esta manera. **(Asentimiento)**.

Empezamos por las nueve preguntas. La primera, relativa a la prestación del servicio de atención primaria de salud en la Ciudad Autónoma de Melilla. La segunda, referida a la construcción del nuevo hospital universitario de Melilla. La tercera, relativa a la prestación de asistencia sanitaria a personas enfermas procedentes de Marruecos en el hospital comarcal de Melilla. La cuarta, sobre la dotación de personal de los servicios sanitarios gestionados por Ingesa en la Ciudad Autónoma de Melilla. La quinta, relativa al grado de cumplimiento de la Ley 53/1984, de 26 diciembre, de Incompatibilidades del Personal

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 4

al Servicio de las Administraciones Públicas por parte de los inscritos en la bolsa de trabajo del área de salud de Melilla. La sexta, relativa al cumplimiento de la Ley 51/2003, de 2 diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad en los centros asistenciales de Ingesa. La séptima, sobre cobertura y participación en el programa de cribado de cáncer de mama en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La octava, relativa a actuaciones para mejorar las condiciones de asistencia sanitaria a pacientes en el hospital comarcal de Melilla, así como las condiciones de trabajo y descanso del personal del centro y las condiciones para el acompañamiento de familiares. La novena y última, sobre casos de agresiones a profesionales de los servicios asistenciales de Ingesa en la Ciudad Autónoma de Melilla denunciados en los últimos cinco años, así como medidas para garantizar su seguridad.

Para formular las preguntas, tiene la palabra el señor Fernández, del Grupo Socialista.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ** (don Jesús María): Gracias, presidente.
Doy por formuladas las preguntas.

El señor **PRESIDENTE**: Para su respuesta, tiene la palabra don José Javier Castrodeza Sanz, secretario general de Sanidad y Consumo.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castrodeza Sanz): Gracias, presidente.

Señorías, señor Fernández, asisto a esta Comisión de Sanidad y Servicios Sociales para dar respuesta a una serie de preguntas escritas sobre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que se han transformado en orales. Me consta que usted ha recibido las respuestas por escrito; no obstante, las respuestas que le ofreceré a continuación son más actuales y amplias que las que usted tiene y con ello espero terminar de resolver sus dudas sobre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, al menos las que plantea en esta serie de preguntas, y dejar claro tanto los avances cosechados en los últimos años como los que están por venir gracias a las medidas que estamos impulsando en estos momentos. Sin más, señorías, paso a dar respuesta a las preguntas.

A la primera cuestión que usted formula, señor Fernández, sobre el número de personas asignadas por profesional médico, puedo decirle que, a 1 de enero de 2017, son 1674 personas para medicina de familia y 1339 para pediatría. También pregunta usted sobre la actividad realizada por los profesionales, concretamente para las personas sin tarjeta sanitaria. En Ceuta y Melilla se atiende a todo el mundo que lo necesita, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 ter del Real Decreto 16/2012, y las personas que acuden a recibir asistencia sanitaria sin tarjeta sanitaria proceden fundamentalmente de dos orígenes: residentes del CETI y transeúntes marroquíes. Respecto a los primeros, independientemente de que tengan o no solicitado asilo político, se les atiende fundamentalmente en atención especializada, al estar cubierta en la mayoría de los casos la atención primaria por el personal que tiene el CETI. De este procedimiento se exceptúa a los niños, a los que se asigna a cada uno de ellos un pediatra y una enfermera, y las embarazadas, a las que se asigna una matrona. Los profesionales médicos del CETI pueden derivar a cualquier residente a consultas de atención especializada. En lo que respecta a los segundos, las personas de origen marroquí acuden al servicio de urgencias hospitalarias, donde son atendidos y, dependiendo de su estado de salud, se les da el alta, se les mantiene en observación o son ingresados. En ambos casos, tanto residentes del CETI como transeúntes marroquíes, si la situación clínica lo requiere por urgencia vital son trasladados a la península. He de decirle que la saturación por la que me pregunta se debe esencialmente, como ustedes conocen y usted especialmente porque ha viajado a Melilla, a la situación geopolítica y a la actividad asistencial que ello propicia. En este contexto, el Gobierno trabaja cada día para impulsar medidas para la mejora de la situación. Un ejemplo más que representativo es el incremento de las plantillas de profesionales en los centros de salud, algo que el actual Gobierno ha hecho posible mediante los Presupuestos Generales del Estado del año 2017, a la espera evidentemente de estas inclusiones en la RPT. Otra muestra es la sanidad electrónica. Quiero informarle que la receta electrónica ya alcanza al cien por cien de los centros, lo que redundará en una mayor agilidad y seguridad en la prestación de asistencia tanto para los pacientes como para los profesionales.

En relación con la segunda pregunta, la relativa al nuevo hospital de Melilla, he de decirle que las obras se reiniciaron el pasado día 27 de noviembre, después de la rescisión de contrato con la UTE Vías-Comsa tras múltiples demandas judiciales de la propia UTE contra la adjudicación de la dirección

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 5

facultativa que se realizó en el año 2009, y les recuerdo que eran ustedes los que estaban gobernando entonces. Se ha iniciado el proyecto de demolición y preparación de la parcela por un importe de 2 millones de euros, ejecutado por la empresa pública Tragsa bajo la dirección facultativa de la empresa Isdefe. De acuerdo con lo previsto, el plazo de ejecución de la obra es de treinta y seis meses, en el que se deben programar los diferentes concursos públicos para equipamiento y montaje. Además, el presupuesto global para obra asciende a unos 82 millones de euros, que contempla la reparación de defectos de ejecución anteriores, a los que debemos sumar el correspondiente al montaje y equipamiento, que están previstos más o menos en unos 20 millones de euros. Finalmente, el plan director se sustenta en el realizado en el año 2007 en cuanto a estructura del centro, mejorando el mismo gracias a los estudios realizados por el medio propio de la Administración, Isdefe, en cuanto a circulaciones, espacio e instalaciones que el centro dispondrá.

Paso a la tercera pregunta, la relativa a la prestación de asistencia sanitaria a personas procedentes de Marruecos. De acuerdo con los datos existentes en la Gerencia del área de Melilla, los pacientes de Marruecos atendidos en estos últimos cinco años han pasado de 1900 aproximadamente en el año 2003 —le puedo dar el dato exacto— a 6554 a 31 julio del año 2017, que es el último dato disponible. Estas personas acuden al servicio de urgencias del hospital comarcal por medios propios y en algunas ocasiones en ambulancias procedentes de su país sin previa autorización o comunicación con el hospital de Melilla. También le contesto sobre la dotación de vehículos de transporte sanitario urgente en Melilla, por lo que me preguntaba también. En estos momentos disponemos de una UVI móvil durante 24 horas 365 días al año, cuya base está en la residencia de personas mayores del Imserso; una unidad de soporte vital básico, también durante 24 horas 365 días, cuya base está también en la residencia de mayores del Imserso; otra unidad de soporte vital básico de 8 a 24 horas de lunes a viernes, también con base en la residencia de mayores del Imserso; y una unidad de soporte vital básico también de 8 a 24 horas sábados y festivos en la misma sede.

Con respecto a la cuarta pregunta, dotación de personal en los servicios sanitarios gestionados por Ingesa en la Ciudad Autónoma de Melilla, quiero dejar claro que desde la creación de Ingesa en el año 2002 ningún Gobierno elaboró un plan de ordenación de recursos humanos hasta el actual Gobierno, que lo ha elaborado y está publicado para su consulta en el *Boletín Oficial del Estado* del 30 enero 2017. El plan, que tendrá vigencia hasta el año 2020, contempla directrices en ámbitos como las jubilaciones de profesionales, la cobertura de las jefaturas de unidad y el servicio de las diferentes unidades de atención especializada. Además, permite el establecimiento de criterios uniformes en las áreas sanitarias de Ceuta y Melilla, que hasta este momento eran diferentes en cuestiones como bolsas de trabajo, comisiones de servicio o promociones internas. En lo que respecta a la plantilla de profesionales del hospital de Melilla, a 31 septiembre del año 2017 estaba compuesta por 118 plazas, de las que estaban vacantes 19. Estas vacantes correspondían a anatomía patológica, anestesia, reanimación, cardiología, endocrinología y nutrición, medicina intensiva, microbiología y parasitología, nefrología, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología, psiquiatría, reumatología, traumatología, admisión y documentación clínica. Cuando le dimos respuesta escrita a estas preguntas estaban también vacantes las de pediatría, que ya se han cubierto. En cuanto al cese de contratos, he de decirle que a lo largo de este tiempo se han producido distintos ceses de contratos, desde un facultativo en el año 2013, dos facultativos en 2014 y un facultativo también en el año 2015. Igualmente ha ocurrido en atención primaria, también con un goteo de casos. Finalmente, en lo que respecta a las plazas aprobadas en el presupuesto de 2017, quiero concretarle un aumento de veintiséis efectivos, a los que se sumarán treinta y una personas por consolidación de contratos. En atención primaria corresponde a tres facultativos especialistas de área, cuatro diplomados universitarios de enfermería, una matrona, un fisioterapeuta, tres auxiliares de enfermería, un auxiliar administrativo y siete celadores. A estos efectivos hay que añadir la consolidación de los treinta y uno ya existentes de cinco facultativos especialistas de área, ocho diplomados universitarios de enfermería, una matrona, un auxiliar de enfermería, cuatro técnicos de rayos, tres técnicos de laboratorio, dos celadores y un administrativo.

Respecto de la quinta pregunta, quiero decirle que, como usted sabe, el cumplimiento de la Ley de incompatibilidades es de aplicación en el momento en el que el profesional firma el contrato y no antes puesto que la presencia en una bolsa de trabajo no conlleva vinculación contractual. Asimismo, he de decirle que, en virtud del pacto firmado entre la Administración y las centrales sindicales, el personal de la bolsa trabajo firma en su nombramiento-contrato una cláusula en la que expresa el cumplimiento de la Ley de incompatibilidades.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 6

Continúo, señorías, con la sexta pregunta, referida al cumplimiento de la Ley 51/2003 en los centros asistenciales de Ingesa. Lo primero a tener presente es que la mayor parte de los edificios de Ingesa tienen carácter asistencial y que en los planes estratégicos, en las obras proyectadas y en las reformas iniciadas en los últimos años siempre se han tenido en cuenta, como criterios prioritarios, la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal de las personas con discapacidad. El análisis de estas variables y condiciones fue especialmente exhaustivo el pasado año y será en el presente ejercicio cuando pongamos en práctica el mayor número de medidas para continuar dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 51/2003, por lo que usted me pregunta.

En cuanto a la séptima pregunta, relativa a la cobertura y la participación en el programa de cáncer de mama de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, quiero dejar claro, en primer término, señorías, que la competencia de estos programas de cribado de cáncer es una cuestión de salud pública y corresponde ejercerla a las consejerías de sanidad de las ciudades autónomas. No obstante, Ingesa colabora activamente en este sentido; por ejemplo, en Ceuta colaboramos mediante la realización de mamografías, siendo el ejemplo más representativo la puesta en marcha hace tres años de la unidad funcional de mama, donde trabajan de forma coordinada ginecólogos, cirujanos y oncólogos. Un buen ejemplo de la colaboración impulsada por Ingesa en la ciudad de Melilla es el programa de detección de cáncer de mama, que actualmente tiene una cobertura de aproximadamente el 30 % en tarjeta sanitaria de Ingesa.

Paso a la octava y penúltima pregunta, relativa a las condiciones de asistencia sanitaria, de trabajo y de descanso para los trabajadores y de acompañamiento para los familiares en el hospital de Melilla. Cabe indicar, en primer lugar, que en el año 2010 se hizo un esbozo de plano para adecuar la actual zona de contabilidad como zona de descanso y acometer una posible obra de tres dormitorios. No obstante, no se contrató ningún proyecto básico ni se contactó con ningún estudio técnico de arquitectura para planificar la obra esbozada. Por el contrario, las inversiones realizadas en el hospital de Melilla entre 2013 y 2016 ascienden a casi 4 millones de euros —3,8 millones de euros—, que se han invertido esencialmente en la adquisición de aparataje y equipamiento médico, así como en la mejora y mantenimiento de los sistemas de tecnología de la información. Estos cambios han permitido avances, como la realización de nuevas pruebas de diagnóstico por imagen con medios propios o el impulso de la cirugía mayor ambulatoria, con la consecuente repercusión positiva en la asistencia sanitaria prestada a los pacientes. Quiero destacar que en el año 2015 se invirtieron 200 000 euros para acondicionar la cocina del hospital y que en el año 2016 se destinaron 300 000 euros para adquirir cuatro montacamillas, instalar una nueva torre de refrigeración y habilitar aseos para personas con discapacidad en las tres plantas del centro. Además, en el año 2017 se ha iniciado la obra adjudicada por un importe de 257 400 euros para habilitar en el hospital como anexo a la zona de guardia un área de descanso del personal que presta servicio de atención continuada en régimen de presencia física. En este año, si la realidad presupuestaria nos lo permite, realizaremos una inversión que permita mejorar la zona de trabajo de las urgencias para mejorar tanto la circulación de los pacientes como la actividad propia de la asistencia. También cabe tener en cuenta el horizonte de treinta y seis meses para la finalización del hospital que ha impulsado la actual gerencia a acometer la construcción de un módulo de descanso; este módulo está en fase de ejecución y se finalizará en los próximos meses.

Finalmente, la novena pregunta, es la relativa a las agresiones a profesionales acontecidas en Melilla. En el año 2012 fueron quince; en 2013, diez; en 2014, nueve; en 2015, diecinueve; y en 2016, once. Para hacer frente a esta situación, el ministerio finalizó en diciembre del año pasado, en 2017, el Plan de prevención y atención frente a las situaciones conflictivas sobre la base del Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en las administraciones generales del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella, aprobado por el Consejo de Ministros en ese año. El plan de Ingesa está orientado a crear ámbitos seguros de trabajo, con medidas como la adecuación de las infraestructuras y de los procedimientos de trabajo, la formación de los profesionales en habilidades de resolución de conflictos y otras medidas activas y pasivas para prevenir los actos violentos. Este plan fue presentado el pasado mes de enero a los sindicatos y cerrado ayer mismo en una reunión que mantuvimos con ellos, con sus aportaciones y con un nivel de elevada satisfacción. Se lo presentaremos a los profesionales en las próximas semanas y será publicado en el *Boletín Oficial del Estado*.

Con esto, señorías, doy por concluida esta primera intervención, en la que espero haber dado respuesta a las nueve preguntas que me ha formulado.

Muchas gracias, presidente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 7

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castrodeza. Han sido trece minutos, pero creo que era conveniente que contestase a las nueve cuestiones. Tiene la palabra, señor Fernández.

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

Muchas gracias, señor Castrodeza, por venir y por extender las respuestas a las no nueve sino veintisiete preguntas ya que muchas de ellas englobaban al menos dos, tres o cuatro. Creo que es importante que, aunque haya sido obligado por el retraso en la respuesta a las preguntas, usted esté aquí y responda sobre la situación de la atención sanitaria en Melilla, porque tanto la ciudadanía de Melilla como la situación grave, a nuestro juicio, sobre cómo se está prestando allí la atención sanitaria merece discusión y debate en esta Comisión de Sanidad. Usted está aquí porque este Gobierno tiene un déficit democrático, señor Castrodeza. Están obstaculizando cualquier iniciativa de control de la oposición. Le quiero recordar que tanto usted como la ministra tienen treinta y una comparecencias pedidas y pendientes de responder en esta Comisión de Sanidad —por cierto, catorce del Grupo Socialista— sobre temas importantísimos que no le voy a relatar con exhaustividad, por ejemplo, la financiación autonómica, la política farmacéutica, la composición de ese consejo asesor que más bien podríamos llamar consejo privatizador que ustedes han constituido. Están incumpliendo su obligación de comparecer, están incumpliendo los mandatos aprobados en esta Comisión de Sanidad de muchas PNL que siguen sin llevar adelante y responden tarde y mal a las preguntas que nosotros les formulamos.

Estas veintisiete preguntas sobre Melilla es un ejemplo de que ustedes tratan a la ciudad de Melilla, y también a la de Ceuta, con desdén. Esconden la realidad de la grave situación de la asistencia sanitaria que se vive en estas ciudades, que sin duda usted debe conocer, al igual que la ministra cuando viajó hace más de un año a Melilla, y que yo personalmente he conocido. No solamente esconden la realidad sino que esquivan cualquier compromiso de mejora de la asistencia sanitaria en estas dos ciudades, concretamente en la ciudad de Melilla, que es la que nos trae hoy a discusión.

Voy a darle una fotografía sobre la situación en Melilla respecto de la asistencia sanitaria. Melilla es la ciudad autónoma con menos profesionales de las autonomías españolas; por cada diez médicos que hay de media en el Sistema Nacional de Salud, en Melilla hay seis, a pesar de que sabemos —usted mismo lo ha reconocido— que la población a la que ha que atender es mucho mayor que la que está censada o registrada. Hay muchísima actividad de médicos, enfermeros y demás profesionales, tanto en el hospital como en la atención primaria, que no está recogida. Yo le he hecho una pregunta sobre cuál es la asistencia sanitaria a personas extranjeras en los centros de salud de Melilla, a la que no me ha respondido ni por escrito ni oralmente. En la respuesta que me dieron, ustedes han cifrado en 47 000 el número de personas extranjeras —la inmensa mayoría marroquíes— que vienen a Melilla a recibir asistencia sanitaria, la mayor parte de ellas atención hospitalaria. Es una carga de trabajo enorme para la cual los servicios sanitarios del hospital y de la atención primaria no están preparados. Usted simplemente me responde diciendo que aplican el Real Decreto-ley 16/2012, cuando la realidad de los menores no acompañados, de las 30 000 personas que cruzan la frontera diariamente —algunas a recibir atención sanitaria— o los que son trasladados con situaciones de salud más graves para ser atendidos en el hospital es algo que no se puede esconder.

Melilla es líder en agresiones sanitarias. El riesgo de que un profesional sanitario tenga una agresión en Melilla es ocho veces mayor que en el resto de España. La cobertura del cribado de cáncer de mama es del 30 %, según la respuesta que ustedes me dan. ¿Sabe cuál es la media de la cobertura del cáncer de mama en España? El 80 %. No es justificación que haya mucha población de mujeres extranjeras, porque la media del cribado de cáncer de mama en mujeres extranjeras que viven en España es del 54 % en el resto de comunidades autónomas. Algo pasa que no funciona bien en la asistencia sanitaria en Melilla en los programas de cribado de cáncer, y desde luego en el de mama. Melilla es la última comunidad autónoma en incorporarse al cribado de cáncer de colon. Ustedes acaban de firmar un protocolo, pero es que hace cinco años que se aprobó la inclusión del cribado de cáncer de colon en la cartera de servicios; ustedes simplemente han empezado ahora y además en una población solamente de sesenta y cinco a sesenta y nueve años, cuando la población diana de este programa es, como usted sabe, de cincuenta a sesenta y nueve años.

Melilla es una de las cinco últimas autonomías sin receta electrónica interoperable. Hace poco supimos que las otras tres comunidades autónomas que faltan van a ser interoperables dentro de poco; por tanto, Melilla, junto con Ceuta, será la única comunidad autónoma sin interoperabilidad de su receta electrónica.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 8

Los médicos de Melilla son los únicos que no pueden acreditar su formación continuada porque el Gobierno de la ciudad autónoma no organiza los sistemas necesarios para poder acreditar esta formación continuada; no sabemos si es que, de esa manera, lo que ustedes quieren es restar méritos a los profesionales sanitarios de Melilla para evitar que se puedan trasladar al resto de la península. Con este déficit de profesionales y estas necesidades de asistencia sanitaria que tiene Melilla, ustedes mantienen sesenta vacantes en la plantilla de Ingesa tanto en Ceuta como en Melilla. El personal de guardia no dispone en el hospital comarcal de áreas de descanso dignas y la unidad de psiquiatría —no sé si usted la habrá podido visitar— es, perdóneme la expresión, tercermundista. Todavía no dispone Melilla de un hospital de referencia donde se puedan evacuar y trasladar los pacientes que requieran atención sanitaria que no se pueda resolver en la propia ciudad de Melilla, cuando esto mejoraría mucho la continuidad de cuidados y también las oportunidades de formación y de investigación del personal sanitario del hospital. Las obras del Hospital Universitario de Melilla siguen paralizadas, señor Castrodeza. Ustedes solamente han encargado los trabajos de demolición y de limpieza del solar donde tiene que ir el hospital universitario, pero las obras siguen paralizadas, y se lo voy a demostrar con cifras. Estamos en un círculo vicioso: pocos profesionales, altísimas cargas de trabajo, malísimas condiciones de trabajo, falta de reconocimiento y de oportunidad a su formación, con lo cual menos profesionales quieren ir a Melilla, más profesionales se van de Melilla, más déficit, etcétera. Es un círculo vicioso que hay que cortar de raíz y ustedes no lo están haciendo. No solamente es el Partido Socialista de Melilla o este grupo parlamentario quien lo dice, se lo están diciendo —repare la hemeroteca de los medios de comunicación de Melilla de los cuatro últimos meses— el Colegio Oficial de Médicos, el Satse, el Sindicato Médico, CSIF, UGT, SAE, Comisiones Obreras... Todos ellos denuncian la situación y, ¿sabe lo que hacen los directivos de Ingesa? Matar al mensajero, decir que mienten, pero no ponen la solución a esta situación.

La ministra viajó a Melilla hace catorce meses —creo que fue el 26 de enero de 2017— y prometió tres cosas: un plan estratégico de atención sanitaria para Melilla y para Ceuta, iniciar las obras del hospital universitario y poner en marcha la interoperabilidad de la información clínica. Ninguna de las tres se ha cumplido, ninguna de las tres. El hospital sigue paralizado.

En la comparecencia de presupuestos —voy finalizando— les dije que no solo lo que presupuestan para inversiones en Melilla es escaso, sino que no lo ejecutan. Ustedes, en el año 2016, presupuestaron 10 millones en total para Ingesa y ejecutaron el 53 %. Este año se han superado: tienen 13 millones de presupuesto de inversión para Ingesa y, según los últimos datos publicados por su Gobierno sobre la ejecución de los presupuestos de inversión de Ingesa acumulado en noviembre de 2017, solo han ejecutado el 21 %. De los 13 millones de inversión que tienen, ustedes tienen comprometidos 2,77, pero es que en obra nueva, de los 8 millones que tienen, ¿sabe cuánto han invertido o comprometido? Tan solo 520 000 euros, el 6,52 %. Estas cifras, señor Castrodeza, bastarían para que usted, tal como sale de la Comisión, cesara a los directivos de Ingesa. Usted, señor Igea, que quiere centralizar, volver a los tiempos del Insalud y que dice que las comunidades autónomas gestionan tan mal, puede ver cómo sus socios de Gobierno gestionan la sanidad de las comunidades autónomas donde tienen todavía la responsabilidad de gestionar.

Cumpla, señor Castrodeza, con sus obligaciones y compromisos con la población de Melilla. Ceuta y Melilla son dos ciudades españolas con muchísimas dificultades, son la frontera africana de España. Es necesario tomarse en serio las condiciones de vida de nuestra población en estas ciudades. Espero que esta comparecencia, además de para vernos las caras en esta Comisión, en la que estamos deseando volver a verle cuanto antes para que responda al resto de preguntas, sirva como una nueva llamada de atención para que ustedes, en el Ministerio de Sanidad, se pongan a trabajar de verdad en lo que es la mejora de la asistencia sanitaria en Melilla, porque es de justicia y porque hay una razón de Estado para hacerlo.

Muchísimas gracias. Creo que he cumplido con mi tiempo.

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

Tiene dos minutos, señor Castrodeza, por tanto, condense bien la respuesta.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO** (Castrodeza Sanz): Gracias, presidente.

Señor Fernández, voy a condensar. Creo que he dado respuesta a las preguntas a las que había que dar respuesta porque me gusta ser riguroso en mis comparecencias; otra cuestión es que haya otras preguntas que se pueden formular, como sabe su señoría, a través de los cauces normales. Segundo, hay

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 9

un compromiso absoluto del Gobierno de España con la sanidad de Ceuta y Melilla. Es más, es el Gobierno que más ha invertido en recursos humanos —basta con que consulten los incrementos del capítulo 1—; además, es el Gobierno que ha resuelto la obra faraónica, extraña y rara que originó el Partido Socialista con la obra del hospital de Melilla y, si quiere, señor Fernández, le cuento todo el relato desde 2008 hasta 2018 para que usted se dé cuenta, aunque no me dará tiempo para ello el señor presidente. **(Risas)**. Yo creo que usted afirma de una forma un poco ligera que no se ha hecho nada en Melilla. Tercer aspecto, no es cierto que los compromisos de la señora ministra no se hayan cumplido. Hay una obra en funcionamiento, se está trabajando en la interoperabilidad y Melilla tiene un plan estratégico para Ceuta y Melilla, con un plan de recursos humanos que este Gobierno ha puesto después de quince años. Creo que son valores que hay que tener en cuenta.

En cuanto al tema de las lesiones y de las dificultades de los profesionales, le recuerdo que la ministra, en su comparecencia hace unos días en el Senado, ha expuesto las trece medidas que se van a llevar al consejo interterritorial para resolver el problema —que no es específico de Melilla, está más distribuido por el Sistema Nacional de Salud— de la dificultad del desempeño de sus funciones de algunos profesionales que vayan allí. Por lo tanto, no comparto lo que usted dice, yo creo que son dos visiones totalmente distintas.

En el ámbito de las agresiones a profesionales, el Ingresa ha elaborado un plan con todos los representantes de los trabajadores, que han valorado muy positivamente y han ayudado a crear con sus aportaciones. Este plan lleva desde revisiones y actuaciones del sistema antipánico, muy comunes en todas las comunidades autónomas, pasando por actualizaciones de protocolo y circuitos de atención al trabajador, hasta coordinación con el Cuerpo Nacional de Policía mediante la figura del interlocutor en los servicios de salud, que ha supuesto una mejora considerable en la obtención de la respuesta inmediata; y, por supuesto, un esfuerzo de vigilancia en centros de salud.

Comparto con usted la preocupación y la apuesta decidida para que todos los grupos políticos trabajemos conjuntamente en beneficio de las ciudades de Ceuta y Melilla y de que tengan la mejor sanidad. No aporta gran valor este discurso de cuántas cifras, etcétera, si no tenemos todos la conciencia y la constancia para ofrecer a nuestras dos ciudades españolas del norte de África, que tienen unas dificultades especiales, la mejor asistencia sanitaria posible. Espero contar con su colaboración y con la de todos los grupos parlamentarios que están aquí.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Castrodeza, por su presencia y por sus respuestas. Le esperamos para otras reuniones de esta Comisión.

Treinta segundos para empezar con las proposiciones no de ley **(Pausa)**.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— SOBRE LA EXENCIÓN DE TRIBUTACIÓN DEL SERVICIO A LA AUTONOMÍA EN EL PROPIO HOGAR. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA. (Número de expediente 161/001480).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de las proposiciones no de ley. Les recuerdo que son siete minutos para el grupo que presenta la propuesta, cinco minutos para quien tiene enmiendas y tres minutos para fijar posiciones.

Empezamos con la proposición no de ley sobre la exención de tributación del servicio a la autonomía en el propio hogar, del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana. Para su defensa, tiene la palabra el señor Olòriz.

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

Sin duda la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes fue un gran salto adelante. Pero han pasado once años, hemos vivido una crisis económica muy dura, pero esta crisis no explica que la cartera de servicios se haya quedado vieja, desfasada, con enormes lagunas.

En este periodo las comunidades autónomas han intentado en sus propias carteras de servicios superar algunos de estos problemas, y hasta no hace demasiado tiempo hemos contado con la complicidad de la Administración del Estado para asegurar que estos beneficios que van a parar a los más dependientes no tengan problemas en la tributación. De hecho estamos hablando de una prestación —seguro que hay otras en otras comunidades autónomas— que de 2008 a 2016 no ha tenido problemas;

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 10

es decir, Hacienda acepta las alegaciones y no queda sujeta a IRPF. Pero en una reunión en 2016, sin duda como resultado de un mayor rigor en todos los aspectos tributarios, se decide en una lectura a mano alzada de que a partir de ese momento no se hará así y se tendrá que tributar.

Hay que decir en beneficio de los inspectores que ellos mismos sugieren la alternativa. Es decir, clarificar, sea en la cartera de servicios estatal —esto ya es más complejo— o al menos en el decreto de aplicación de cada año, que este tipo de prestaciones se correspondan con las otras prestaciones que tiene el Estado, porque los requisitos son los mismos. Es decir, los beneficiarios han de haber pasado por los controles oportunos de la Ley de dependencia. Por lo tanto, desde un punto de vista político y siempre beneficiando al más débil, a aquel ciudadano que necesita esta prestación, pedimos que esta Comisión, a través de esta proposición no de ley, haga llegar a aquellos que pueden hacer esta pequeña modificación, que la hagan. Podría ser perfectamente en 2018 haciendo un añadido que diga: donde pone tal cosa, se añadirá tal otra. No sería nada más que un problema de voluntad política; pero sin duda tiene mucho más efecto que una mayoría, si puede ser muy amplia o total de esta Comisión, haga este trayecto a quien le corresponde.

Muchas gracias.

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

No hay enmiendas a este punto. Por lo tanto, para fijar su posición por tres minutos, tienen ahora la palabra los grupos, empezando por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, señor Clemente.

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

Señorías, miembros de la Mesa, antes de empezar mi corta intervención sobre esta iniciativa, quiero decirle al Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana que me congratula enormemente que la hayan traído. Se nota —y lo digo desde el mayor respeto y admiración intelectual que le tengo al señor Olòriz— cuando se ponen a trabajar en serio y no con iniciativas como las famosas cruces de San Andrés de los cazas de combate. Como ha dicho en el diagnóstico sobre la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, sabemos que esta supuso un gran avance en materia de servicios sociales y del Estado del bienestar y doce años después de aprobarse esta norma hemos podido observar sus virtudes, pero también sus limitaciones. Hemos visto cómo la falta de financiación por parte de la Administración General del Estado, las amplias listas de espera en algunas comunidades para la valoración de los dependientes y los amplios plazos para el inicio del disfrute de estas prestaciones, suponen a día de hoy quizás sus principales problemas.

Esta Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, contempla la asignación de un servicio: una plaza residencial, teleasistencia, ayuda a domicilio o una prestación económica, dinero para cubrir la atención que requiere el beneficiario. En este último caso, en el que se incluye la ayuda en la declaración de la renta especialmente en las prestaciones para familiares y cuidadores, según el último informe del Imsero —la agencia estatal que gestiona la dependencia—, superan las 370 000 personas.

En mi grupo parlamentario somos favorables a que el servicio de apoyo a la autonomía en el propio hogar no deba tributar. Primero, porque era una cuestión que llevábamos en el programa electoral. Segundo, porque es sensato, coherente y de justicia. Es una prestación que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y sustraer parte de esa cuantía, ya baja de por sí en numerosos casos, no hace más que precarizar y limitar la ayuda que los dependientes pueden obtener. Hablamos de que el artículo 7 de la Ley del IRPF lo deja claro y concretamente el 7.3 de la Ley de dependencia abarca el nivel adicional de protección que pueda establecer cada comunidad autónoma.

Queremos dar seguridad jurídica para que todas las ayudas públicas vinculadas a dependencia queden exentas de IRPF. Por todo ello, apoyaremos esta iniciativa.

Muchísimas gracias.

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

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

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

Voy a ser muy breve, señor presidente; no voy a necesitar los tres minutos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 11

Vemos muy necesaria esta proposición no de ley y agradecemos al grupo proponente que la haya traído. Creo que hay que volver a poner otra vez el foco de atención en la necesidad urgente de aumentar la financiación de la Ley de atención a las personas en situación de dependencia, y agradecemos al grupo proponente de nuevo esta iniciativa.

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

Es el turno del Grupo Parlamentario Socialista. Señora Guinart, tiene la palabra.

La señora **GUINART MORENO**: Gracias. Buenos días.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, se aprobó en 2006 siendo presidente José Luis Rodríguez Zapatero, con un amplio consenso, tras meses de trabajo de las fuerzas políticas parlamentarias y contó además con la participación de comunidades autónomas, entidades locales, agentes sociales y del movimiento asociativo. El despliegue de esa ley, que debía efectuarse de manera gradual hasta 2015, se vio interrumpido por el proceso de desmantelamiento llevado a cabo por el PP, iniciado en diciembre del 2011 con un real decreto-ley.

Unas 400 000 personas con dependencia moderada vieron, ya entonces, recortados sus derechos. Posteriormente, en los Presupuestos Generales del Estado para 2012, el Gobierno eliminó otra partida de cerca de 300 millones y modificó el calendario de implantación. Mediante otro Real decreto-ley, el de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, se introdujeron numerosas modificaciones en la ley: recortes, menos prestaciones, se eliminaron las cotizaciones de las personas cuidadoras y un largo etcétera de pasos atrás. En los Presupuestos Generales del Estado de 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 hubo nuevos recortes a la dependencia. Tomando como referencia las cantidades destinadas por la Administración General del Estado a financiar el sistema, nivel mínimo y concertado, en 2011, el recorte en la etapa del Gobierno del Partido Popular supera los 2000 millones de euros, todo ello sin obviar el cuantioso incremento del copago para las personas usuarias del sistema que supuso la resolución del 13 de julio de 2012. Todo esto es sabido, pero es bueno refrescar la memoria para no olvidar de dónde venimos y dónde estamos, y por qué y por culpa de quién, señora ministra, Dolors Montserrat.

Esta proposición no de ley que presenta hoy Esquerra nos parece coherente y lógica y, por supuesto, la votaremos a favor. Si hasta hace año y medio no se planteaban problemas por la tributación del servicio a la autonomía en el propio hogar, debería seguir siendo así y, en todo caso, podría resolverse, como se apunta, con una modificación normativa.

Dicho esto, el Gobierno de Cataluña, del que en los últimos años viene siendo corresponsable Esquerra Republicana, tampoco puede sacar pecho en términos de dotaciones presupuestarias dedicadas a la dependencia ni tampoco en su gestión. El pasado año compareció en el Parlament, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, José Manuel Ramírez, presidente de la Asociación de directores y gerentes de servicios sociales de España y director del Observatorio nacional de Dependencia. Ramírez aseguró que el sistema de dependencia catalán está paralizado desde 2012 y que ha reducido las prestaciones para 20 000 personas, hasta el punto de que Cataluña es la segunda comunidad autónoma con el mayor porcentaje de personas desatendidas, después de Canarias, con un gasto por habitante en dependencia inferior a la media estatal. Según el último dictamen el Observatorio de la dependencia, se han perdido 3000 puestos de trabajo directos en Cataluña, la mayoría de mujeres, por la mala aplicación de la ley que ha realizado el Gobierno de Junts pel Sí.

El servicio de apoyo a la autonomía en el propio hogar debería estar, en justicia, exento de tributación. Hasta ahí, de acuerdo, pero si finalmente forman gobierno, hagan ustedes el favor de revertir la situación que describió José Manuel Ramírez y eviten que cada hora muera en Cataluña una persona con dependencia sin recibir ayuda.

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

Por último, para fijar la posición del Grupo Parlamentario Popular, la señora Navarro tiene la palabra.

La señora **NAVARRO LACOPA**: Muchas gracias, presidente.

Señor Olòriz, ¡vaya propuesta con la que se descuelga usted esta mañana! El Grupo Parlamentario Popular no puede salir de su asombro, tal y como manifestaba también el Grupo Ciudadanos. Con ustedes todo es posible, pasan del independentismo más radical a la solidaridad con el resto de comunidades autónomas. Es sorprendente que en el *petitum* de forma pueril incluyan su prestación de servicios de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 12

apoyo a la autonomía en el propio hogar de su ley catalana de servicios sociales con el resto de otras comunidades autónomas para que estén exentas del IRPF. ¿Y saben por qué? Porque ustedes saben que no están exentas de tributación y pretenden con ello dos cosas: engañar a sus vecinos catalanes diciéndoles que qué malo es papá Estado, que nos hace tributar por los 6000 euros de subvención que les damos desde el Gobierno de Cataluña, y mientras, con aquello de incluir a otras comunidades autónomas, se hacen el mártir y vuelven a poner la mano abierta, porque ustedes reclamarán mucho la independencia, pero desde luego reniegan de España. Y lo saben bien porque su fantasía de autogobierno y autogestión es eso: fantasía.

Saben que la ley del IRPF declara exentas las prestaciones vinculadas al servicio del catálogo de la Ley estatal de la dependencia y no otras, porque también están las que ofrece la Mutualidad general del Estado de funcionarios, que no tributan en el impuesto sobre la renta de las personas físicas. Las prestaciones económicas públicas vinculadas al servicio para cuidados en el entorno familiar y asistencia personalizada que deriven de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de la dependencia son las únicas que están exentas. Sin embargo, otras ayudas adicionales que concede la Mutualidad de funcionarios, Muface, a prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia sí tributan, y lo dice la Agencia Estatal de la Administración Tributaria, en consulta que se formula al efecto, conforme a lo dispuesto en el artículo 81.1 de la Ley General Tributaria del año 2003. Además, esta respuesta es vinculante. Su prestación es suya, y han jugado a hacer la ley y hacer la trampa: pido al beneficiario que esté valorado, claro que sí, y así es una subvención de concurrencia competitiva, y usted elige los requisitos con los que quiere establecer el baremo. Pero estar valorado por la dependencia no le hace acreedor de estar exento del IRPF porque no está incluido en el catálogo de prestaciones de la Ley de la dependencia.

Por otro lado, en la exposición de motivos de la PNL ha aludido usted a la votación a mano alzada que hacen los delegados de Hacienda. Mire usted, es que son funcionarios de Hacienda, que está sometidos a la ley y que cumplen sus funciones con gran vocación de servicio. Claro que, como ustedes esto no lo entienden, piensan que aquí vale la anarquía administrativa y la discrecionalidad, y al que no piensa como yo quiero, lo ceso y pongo uno de mi cuerda. Y eso no es así, están sujetos a la Constitución y a la Ley General Tributaria los funcionarios de Hacienda. Además, todavía tiene margen de mejora para la financiación de la dependencia, que tiene dos vías: la finalista y la que va por financiación vía autonómica. Porque ustedes no emplean estos recursos en mejorar la atención de los dependientes, los están destinando a otras cosas y a sufragar otros gastos que todos los que estamos aquí sentados conocemos...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Navarro, tiene que concluir ya.

La señora **NAVARRO LACOPA**: ¿Por qué no se sientan a negociar la financiación autonómica? Tienen la oportunidad de hacerlo. Me alegro de que con esta iniciativa transmitan la preocupación que tienen por sus ciudadanos catalanes, que ya bastante están sufriendo con la pérdida de empleo, la pérdida de turismo, la pérdida de la Agencia Europea de Medicamentos...

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Navarro. Su tiempo ha concluido de sobra.

— RELATIVA AL FOMENTO DE LAS DONACIONES DE DONANTES VIVOS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS. (Número de expediente 161/001781).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos ahora a debatir la proposición no de ley relativa al fomento de las donaciones de donantes vivos, del Grupo Parlamentario Ciudadanos. Para su defensa tiene la palabra el señor Igea.

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

Lamento que no esté aquí el señor Fernández para explicarle la diferencia entre un socio de Gobierno y un Gobierno con un apoyo a la investidura. Socios son la gente que vota juntos, y cuando uno vota junto con el PP mociones como el copago, el cannabis, las pseudociencias, etcétera, parece que son más socios ustedes mismos que nosotros. Pero, bueno, pasaremos al tema que nos ocupa.

España lidera el trasplante en el mundo y lo hace un año más con una cifra de casi 49 donantes por millón, más de 100 trasplantes por millón; una cifra récord en la historia de España y en la historia mundial. Somos, sin duda, un país generoso y un país que tiene una Organización Nacional de Trasplantes

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 13

centralizada, con un buen sistema de incentivación, con resultados, que funciona centralizadamente muy bien. Por eso ninguno de los que estamos aquí tenemos intención de cambiarla.

Sin embargo, en nuestra Organización Nacional de Trasplantes hay algunos déficits que debemos subsanar, y uno de ellos es cómo tratamos a las personas más generosas dentro del Sistema Nacional de Trasplantes, que son aquellos que arriesgan su salud y que arriesgan su vida para donar vida para otros, habitualmente familiares —hijos o hermanos—, a los que les donan una parte del hígado o un riñón en vida. Eso conlleva complicaciones entre el 20 % y el 40 % de las intervenciones y no está exento incluso de mortalidad. Esta generosidad, sin embargo, no se ve recompensada a veces por la sociedad. La Asociación española de familiares de trasplantados de hígado nos dice que de unas 150 familias a las que se ha asesorado, el 60 % se ha topado con problemas laborales serios y el 10 % incluso ha llegado a perder el trabajo.

Es esta situación la que nos ha llevado a nosotros y a otros grupos a proponer esta proposición no de ley para que el Gobierno se haga cargo de cambiar la legislación para proteger a las personas más generosas dentro del sistema más generoso de trasplantes del mundo. No sería muy razonable que continuáramos permitiendo que personas que arriesgan su vida para salvar la de otros se vean perjudicadas por un acto de generosidad como este.

Las enmiendas que presenta el Grupo Socialista son razonables y las vamos a aceptar sin ningún problema. Espero que por una vez a lo largo de esta Comisión en el día hoy, por lo menos, esto no sea motivo de discusión y encontremos un acuerdo unánime.

Muchas gracias.

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

Precisamente para defender las enmiendas presentadas, tiene en primer lugar la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Alconchel.

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

Tal y como ha dicho el señor Igea, España es referente a nivel mundial en el campo de los trasplantes y donaciones de órganos. Tenemos unos grandes profesionales, un gran sistema y, por supuesto, muchísima solidaridad de muchos donantes en vida. Por eso resulta contradictoria la falta de protección laboral y social para los donantes vivos, con el fin de evitarles que esa decisión altruista les conlleve perjuicios. Los trasplantes entre vivos tienen muchísimas ventajas para el receptor y para el sistema. Los resultados son mejores que cuando los órganos proceden de un fallecido y suponen una respuesta eficaz a la siempre escasa disposición de órganos de fallecidos. Por ello la donación entre vivos tiene que ser promovida y protegida desde los poderes públicos y la propia Organización Nacional de Trasplantes ha asumido su impulso como uno de sus objetivos.

La norma vigente señala que se debe proporcionar al donante vivo asistencia sanitaria para su restablecimiento y que se facilitará su seguimiento clínico en relación con el proceso de donación, pero nada regula sobre la asistencia y protección sociolaboral y patrimonial y son muchísimos los obstáculos con los que se van encontrando los donantes vivos. Las asociaciones de donantes denuncian cómo se hace una interpretación restrictiva de los requisitos de la incapacidad temporal, entendiéndolo que el donante, al no estar enfermo previamente ni haber sufrido un accidente, no pueda acceder a la misma y, por tanto, no tienen derecho ni a la baja laboral ni a las prestaciones económicas correspondientes. La mayoría de los donantes vivos se ven obligados a hacer uso de sus vacaciones, de días libres, de pedir excedencia para poder someterse a todo el proceso que conlleva la donación, y en muchas ocasiones estas ausencias en el trabajo incluso conllevan represalias por parte de la empresa. Por eso, pedimos en nuestra enmienda que la extracción de un órgano para donación entre vivos se contemple expresamente como una causa específica de incapacidad temporal para el trabajo, con todos los derechos y prestaciones que ello conlleva, abarcando todo el ámbito temporal del proceso hasta la recuperación de la plena capacidad laboral.

Por otro lado, las asociaciones denuncian que el 70 % de los familiares que optan por donaciones en vivo para sus hijos han tenido problemas laborales, incluso el despido. La tónica general es que el despido, después declarado procedente o improcedente, no sea declarado nulo; por tanto, lo máximo a lo que se puede enfrentar la empresa es a que tenga que pagar una indemnización por despido improcedente, pero no a tener que readmitir al trabajador. En este sentido, nuestra enmienda pide que se impulsen las modificaciones normativas necesarias para que nunca una incapacidad laboral por donación en vida pueda ser causa de despido.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 14

A todos nos impactó la denuncia de un padre que fue despedido por su empresa por pedir la baja, además de sus vacaciones, para poder donar hígado a su hija. Esto conllevó una importante recogida de firmas y reacción de la Organización Nacional de Trasplantes, que pidió más amparo a los donantes vivos. La actual ministra de Sanidad reconoció esta situación injusta y se comprometió a estudiarla y darle una solución. El Grupo Popular en el Senado, aunque argumenta que la donación entre vivos es causa de incapacidad temporal, presentó una moción también en este sentido y por supuesto mi grupo la apoyó porque ya desde mayo de 2011 venimos presentando iniciativas para mayor protección en el ámbito social y sanitario del donante vivo y hemos presentado en esta legislatura también otra proposición mucho más ambiciosa. En distintos parlamentos también se han aprobado iniciativas socialistas con el mismo objeto y el Partido Popular, aunque con algunos matices, siempre las ha apoyado. Por tanto, las palabras de la ministra, la moción en el Senado, lo que se ha dicho públicamente ha dado mucha esperanza a muchísima gente que se siente frustrada por la inacción del Gobierno porque no se ha hecho nada, no se ha modificado la legislación y la verdad es que sorprende que con lo rápido que se hizo la reforma laboral para recortar derechos se tarde tanto para proteger los derechos laborales de los donantes vivos.

En nuestra enmienda también queremos abordar las consecuencias patrimoniales que suele sufrir el donante en vida tras la donación y los posibles cambios en su salud como consecuencia de la misma. Es frecuente que se le plantee un aumento de las primas en los seguros de asistencia sanitaria, de vida o en préstamos bancarios. Por tanto, la inacción del Gobierno y la dejadez de la ministra en esta materia se traducen en muchas trabas y en falta de estímulo a la donación altruista entre vivos, que es muy necesaria en España. Señorías, no es justo que el donante en vida se encuentre con unas claras repercusiones negativas por llevar a cabo un acto tan noble como es el de donar un órgano o parte de él. Por eso, agradecemos que se acepten nuestras enmiendas por parte del grupo proponente y, sobre todo, esperamos que el Grupo Popular también las apoye y que el Gobierno deje de permanecer indolente ante esta grave situación.

Muchas gracias.

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Blanco.

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

En relación con la iniciativa que nos presenta hoy Ciudadanos, tal y como también ha recordado la portavoz del Grupo Socialista, hace ahora un año, en el mes de abril, el Senado ya debatió y aprobó por una amplia mayoría una iniciativa del Partido Popular con un objetivo muy similar al que hoy pretende alcanzar Ciudadanos. Les puedo asegurar que ha sido un año que ha servido a este Gobierno para trabajar. Ese es el compromiso que adoptó el Gobierno del Partido Popular hace un año en el Senado y les puedo asegurar que a lo largo de este año este Gobierno ha estado trabajando. La portavoz del Grupo Socialista hablaba de inacción del Gobierno; inacción la del Gobierno socialista porque ustedes estuvieron ocho años gobernando y creo que no modificaron absolutamente nada para beneficiar a los donantes en vida.

Como decía, ha sido un año que le ha servido a este Gobierno para trabajar en la elaboración conjunta de una propuesta normativa con unos objetivos muy claros: ampliar la protección al donante vivo, así como superar todas las barreras existentes en el ámbito de la donación y el trasplante de órganos para consolidar y desarrollar también el modelo altruista, solidario y anónimo que tenemos en España; un modelo, por cierto, como también nos ha recordado el portavoz de Ciudadanos, que nos está permitiendo ser durante muchos años de manera ininterrumpida —hablamos en concreto de veintiséis años— líderes mundiales. Teniendo en cuenta también que cada trasplante que realizamos es un examen a todo el Sistema Nacional de Salud, sin lugar a dudas lo hemos superado con éxito, lo que ratifica que nuestro Sistema Nacional de Salud es uno de los mejores del mundo y del que debemos por supuesto sentirnos muy orgullosos.

Dicho esto, quiero dejar claro que para el Gobierno de España la protección de los trabajadores es una cuestión prioritaria, y lo es más si cabe cuando hablamos de salud. En el caso de un donante vivo de órganos, y de acuerdo con nuestra legislación, quiero recordar a la portavoz del Grupo Socialista que el acto de donación tiene la consideración de enfermedad común. Se reconoce la situación de incapacidad temporal cuando el donante que trabaja está impedido para el trabajo y, por lo tanto, tiene acceso al subsidio de la Seguridad Social correspondiente si reúne los requisitos de alta o de alta similar y de cotización previa exigible. Pero sabemos, y somos conscientes de ello, que esto no es suficiente y que es

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 15

necesario continuar trabajando en la línea de dotar, de dar una mayor protección sociolaboral al donante vivo, teniendo en cuenta además que el trasplante de órgano de donante vivo ha experimentado un gran aumento y a día de hoy es una práctica muy consolidada que salva numerosas vidas en la actualidad.

Por lo tanto, se debe avanzar en las medidas necesarias para ampliar la protección de las personas que de forma voluntaria y altruista se sometan a una intervención quirúrgica para, en muchos casos, salvar la vida de otra persona y, en todos los casos, sin lugar a duda mejorar su calidad de vida. Este Gobierno está de acuerdo en poner en marcha medidas encaminadas a mejorar esa protección sociolaboral del donante vivo, señorías. Este es el compromiso del Ministerio de Sanidad, este es el compromiso del Ministerio de Empleo y también de las sociedades científicas.

En este sentido, hemos presentado una enmienda con el objetivo simplemente de mejorar la propuesta que nos hace Ciudadanos, repito, un año más tarde de haber sido aprobada nuestra iniciativa en el Senado, la cual recoge en su punto uno precisamente el texto aprobado en el Senado y hemos añadido un segundo punto con la clara idea de incrementar la protección del trabajador donante durante todo el proceso. Desde mi grupo también esperamos que podamos llegar entre todos a un acuerdo porque de lo que se trata es de mejorar y regular la condición del trasplante del donante vivo. Este es nuestro objetivo y por supuesto también les puedo asegurar que es el objetivo del Gobierno del Partido Popular.

Muchas gracias.

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

Pasamos ahora al turno de fijación de posiciones, empezando por el Grupo Mixto. Tiene la palabra el señor Martínez Oblanca.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Muchas gracias, señor presidente. Muy buenos días a todos.

Plantea el Grupo Parlamentario Ciudadanos una proposición no de ley para instar al Gobierno a dar un paso más allá en nuestro extraordinario modelo de donación de órganos, que, como ya se ha repetido, coloca a España como referencia mundial; el *spanish model*, como lo califica y distingue todo el mundo desde hace décadas.

Con esta iniciativa se plantea resolver por vía legislativa los problemas laborales derivados de la donación de donantes vivos, cuestión que ha venido provocando incidencias para los trabajadores donantes hasta el punto de que se han dado casos y episodios de pérdida de puestos de trabajo. Probablemente el objetivo final de esta iniciativa sea una cuestión que competa más a la Comisión de Empleo y Seguridad Social, pero vericuetos parlamentarios al margen es una llamada al Gobierno que busca dar solución y carácter homogéneo a la regulación laboral sobre la materia y que urge abordar. Algunas comunidades autónomas han tratado de afrontar estos problemas. Es el caso de la Comunidad de Madrid, donde ya se vienen aplicando desde hace casi un año medidas para el ingreso hospitalario de día y así evitar que el donante vivo pueda tener contrariedades laborales en tanto se realizan todas las pruebas previas de compatibilidad, por ejemplo. Con esto añaden, además, criterios de rapidez, eficacia, eficiencia y seguridad para los trabajadores donantes, además de fomentar la conciliación con su vida sociolaboral, según las explicaciones para justificar la adopción de medidas que, por otro lado, viene reclamando desde hace mucho tiempo la Organización Nacional de Trasplantes a través de su propio director, el señor Matesanz, al que todos consideramos una autoridad incontestable en los temas de trasplantes.

Asimismo, es oportuno señalar que la Asociación Española de Ayuda a Niños con Enfermedades Hepáticas y Trasplantados Hepáticos, HEPA, viene solicitando desde hace mucho tiempo que se adopten medidas de protección para quienes deciden realizar una donación en vida. Su petición ha sido respaldada por más de 150 000 firmas. Conviene recordar también que más de 400 personas se convierten en donantes vivos cada año en España, y que las que son trabajadoras sufren perjuicios laborales derivados de la voluntariedad y generosidad de su acto. Hay estadísticas que elevan al 60 % los donantes vivos que han sufrido incidencias laborales, un 10 % con pérdida del puesto de trabajo, y que son derivadas del proceso de la donación de órganos por tratarse de un acto voluntario que aún no tiene el reconocimiento normativo y que carece de cobertura dentro de la Seguridad Social.

Al hablar de donantes vivos aprovecho para resaltar que en Asturias tenemos problemas derivados de su escasez. El pasado 2017 su unidad de trasplantes renales apenas llegó a 10 intervenciones, lo que contrasta con las 3000 mil que se realizan en toda España, cifra esta que es mejorable, ya que se ha producido un bajón respecto a años anteriores que algunos atribuyen a que los procesos de donación se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 16

alargan en el tiempo y una de las complicaciones viene derivada precisamente de las repercusiones laborales del donantes.

Señor presidente, las modificaciones legales que aquí se plantean son imprescindibles y, puesto que hablamos de salud y de proporcionar calidad y esperanza de vida, yo añadiría que son urgentes. Así que, junto con mi voto favorable, hago también una llamada al Gobierno para que se aplique a su puesta en marcha.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Martínez Oblanca.

Para fijar la posición del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, el señor Olòriz.

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

Resumiría en una frase por qué estoy de acuerdo con la propuesta de Ciudadanos: no hay que penalizar la generosidad. Por tanto, es urgente y necesario que el Gobierno cumpla esta proposición no de ley. Como tengo tiempo, no caeré en la tentación de hablar de la Cruz de San Andrés del Ejército del Aire creado en 1909, no; y menos caeré en esa Cataluña que se está hundiendo en medio del Mediterráneo por culpa del iceberg republicano independentista, porque ni una ni otra existen y, como este diputado es muy polivalente, tendré otros ámbitos para explicar largo y tendido una cosa y otra.

Muchas gracias por la generosidad del presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, pero después de las digresiones varias que hemos tenido, espero que a partir de ahora unos y otros nos atengamos al asunto que concierne a los puntos, unos y otros.

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

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

Señorías, vaya por delante que nuestro grupo va a votar a favor de esta iniciativa y que ni siquiera ha presentado ninguna enmienda. Eso vaya por delante. Se trata de un planteamiento muy obvio, muy generalista y que no ahonda en ningún tipo de detalle técnico en materia de derechos laborales. También pensamos que esta iniciativa debería haberse tratado quizá en la Comisión de Empleo, pero la tenemos aquí. Simplemente esta iniciativa expresa su voluntad y nosotras no podemos estar en desacuerdo.

Dicho esto, en primer lugar quiero resaltar, cómo no, el altruismo de la gran cantidad de personas de este país que se vuelcan en este tipo de temas para dar solución a patologías que sin la entrega de estas personas no podrían resolverse de ninguna de las maneras. Esto, a nuestro modo de ver, es lo importante, y a todas ellas nuestro máximo respeto y nuestra gratitud por colaborar exponiendo sus vidas a la curación de personas enfermas que lo necesitan. En segundo lugar, quiero poner de manifiesto que estamos tratando una proposición no de ley, por tanto, una iniciativa que no tiene capacidad de legislar absolutamente nada y que, al igual que la mayoría de proposiciones no de ley, se quedará en un cajón. Sirva esta proposición no de ley, igual que el resto, para manifestar tan solo el posicionamiento de los grupos de esta Cámara, generar algún titular si cabe y poca cosa más, pues tristemente en breves días todo quedará en el olvido. Y, en tercer lugar, queremos pedir a Ciudadanos que no tape sus políticas en materia de derechos laborales con esta proposición no de ley que habla de personas altruistas y preocupadas por la salud de sus familiares, amigos más cercanos y en muchos casos personas totalmente desconocidas.

Sus señorías conocen el programa de Ciudadanos en materia laboral, sus señorías y gran parte de la sociedad. A modo de lobo disfrazado de cordero nos venden ustedes un discurso que parece que va a ser la panacea en materia laboral y donde todos los problemas van a quedar resueltos, pero esto no es así. Para muestra dos perlas de las políticas que ustedes, señores de Ciudadanos, exponen abiertamente haciéndose abanderados de la defensa de los derechos laborales. La primera perla, cómo no, es que están ustedes actuando como bloqueo para desarticular la reforma laboral del PP, que está generalizando la precariedad a todas las personas trabajadoras, devaluando salarios y fomentando la temporalidad y la parcialidad. La segunda perla, perlísima —voy terminando—...

El señor **PRESIDENTE**: Es ir al asunto, no ir terminando.

La señora **SIBINA CAMPS**: Ya termino.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 17

Existen muchas más. Su política de complementos y contratos únicos nos lleva a un marco no solo mucho más precario, sino mucho más perverso. En la práctica renuncian ustedes a combatir los bajos salarios y la precariedad, y nos proponen que nos paguen nosotras mismas nuestra propia miseria, por lo tanto, bienvenida esta proposición no de ley de Ciudadanos. Y al PP queremos decirle que, si tanto van repitiendo que este tema es uno de los objetivos del Gobierno, se pongan a la labor, porque de momento solo escuchamos...

El señor **PRESIDENTE**: Ahora sí que hay que terminar.

La señora **SIBINA CAMPS**: ...palabras, y las palabras, presidente, se las lleva el viento. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Sibina. Es verdad, igual tenía que haber ido a la de Empleo esta propuesta.

Señor Igea, a efectos de votación he creído entender que aceptaba las enmiendas.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Estamos redactando una transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: ¡Ah!, va a haber transaccional. Perfecto.

— RELATIVA AL RECONOCIMIENTO Y SENSIBILIZACIÓN DE LA CIUDADANÍA SOBRE LA MEMORIA DEL HOLOCAUSTO GITANO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/001912).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto, que es la proposición no de ley relativa al reconocimiento y sensibilización de la ciudadanía sobre la memoria del holocausto gitano, del Grupo Parlamentario Socialista.

Para su defensa, tiene la palabra la señora Ramón.

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

El Grupo Socialista trae esta mañana esta proposición no de ley a esta Comisión porque somos conscientes de que durante muchos años los gitanos fueron sometidos en toda Europa, bajo el nazismo, a una política de persecución y exterminio. Miles de gitanos fueron encarcelados, torturados y asesinados entre 1933 y 1945. No hubo tras la derrota de Hitler una condena ni toma de conciencia similar a la que hubo con el pueblo judío para el caso gitano, cuyo genocidio ha sido negado y olvidado sistemáticamente. Gracias a las sucesivas campañas lanzadas por las entidades gitanas de toda Europa, el 15 de abril de 2015 el Parlamento Europeo reconoció en Bruselas el genocidio gitano que tuvo lugar durante la Segunda Guerra Mundial. El Parlamento Europeo pide en su resolución a los Estados miembros que oficialicen ese reconocimiento y apliquen de manera efectiva la Directiva 2000/43, del Consejo de 29 de junio, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas, independientemente de su origen racial o étnico.

Lo primero que considero que hay que aclarar es qué entendemos por genocidio. La palabra genocidio viene de una palabra griega que significa pueblo y de otra palabra latina que significa matar, o sea, matar a un pueblo. Esa palabra la inventó un jurista polaco de familia judía, Raphael Lemkin, impresionado por los asesinatos de miles de armenios en el imperio turco. Pero fue en 1948 cuando se adoptó por la ONU la Convención para la prevención y la sanción del delito de genocidio. En esa convención se entiende por genocidio cualquiera de estos actos: matar a los miembros de un grupo, someterlos a condiciones de vida que les lleven a su destrucción, medidas para esterilizar e impedir nacimientos y traslado por la fuerza de niños o niñas entregándolos a otro grupo étnico para que pierdan la referencia de su propia cultura. Eso fue exactamente lo que pasó con los judíos y los gitanos cuando Hitler se propuso conquistar toda Europa arrasando y destruyendo a todos sus pueblos, a la vez que iba conquistando durante la Segunda Guerra Mundial en su expansión hacia el este.

Para los judíos y los gitanos se puso en marcha una política destructiva de los que consideraban unas razas inferiores, y llegaron a la conclusión de que para mantener la pureza de la raza aria, que tenía como misión conquistar el mundo, lo mejor era borrar a esas razas inferiores de la faz de la tierra. ¿Cómo se llevó a cabo este genocidio? Lo primero que hicieron fue identificarlos con un censo racial. Luego los reagruparon. Los primeros centros de reagrupamiento estaban cerca de ciudades como Colonia, Berlín o

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 18

Frankfurt. Entonces se iniciaron las esterilizaciones sistemáticas. Luego deportaron a los gitanos a los campos de internamiento de trabajos forzados, donde morían de agotamiento, de hambre y de enfermedad. Y luego ya se aceleraron las deportaciones y fueron llevados directamente a campos de exterminio. El más emblemático de estos campos es el de Auschwitz, donde además se creó un campo especial para las familias gitanas. Es digna de resaltar la resistencia del pueblo gitano.

En otros territorios, por ejemplo, los territorios soviéticos más al este como Ucrania, Bielorrusia o Rusia, mandaban unidades móviles que los asesinaban en los bosques y en las cunetas; en Rumanía los deportaron, y murieron de hambre. Así exterminaron unos 500 000 gitanos. El mapa de los campos es terrorífico, sabiendo lo que ahí sucedió, y es así como en algunos países como Chequia, Alemania o Austria, el 90 % de los gitanos y gitanas desaparecieron.

El genocidio gitano es una cuestión histórica y como tal es importante que el pueblo gitano de toda Europa conozca esta historia, su historia, y esta pueda ser transmitida a los más jóvenes para que esto no ocurra nunca más ni aquí ni en Alemania ni en Rumanía ni en ningún otro sitio. También es una cuestión de reafirmación de la dignidad de los gitanos y gitanas que han sabido superar todas estas persecuciones históricas, sean los Roma, los Sinti o Manusen, a lo largo y ancho de toda Europa. Pero también es un tema de conciencia, porque fue tan salvaje que las heridas siguen abiertas y hay sobrevivientes gitanos de aquel drama que están esperando aún que se les haga justicia.

Muchas gracias.

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

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

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

Como inicio de mi intervención, desde nuestro Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea sí que queremos dejar claro que nos sorprende que una PNL de este calado, que trata sobre el reconocimiento del pueblo gitano sobre el genocidio al que fue sometido en la Segunda Guerra Mundial —o, mejor dicho, Porrajmos, que es como realmente llama el pueblo gitano a este hecho histórico—, sea presentada y debatida en esta Comisión, la de Servicios Sociales, y no en la de Justicia. La tarea de luchar contra el antigitanismo no es una tarea propia de los servicios sociales, no porque lo digamos nosotras, sino porque la propia recomendación de la política general número 13, de la Comisión Europea, sobre la lucha contra el antigitanismo y la discriminación contra los romaníes, establece que antigitanismo es una forma específica de racismo, una ideología basada en la superioridad racial, una forma de deshumanización, de racismo institucional alimentado por una discriminación histórica que se manifiesta, entre otras cosas, por la violencia, el discurso del miedo, la explotación y la discriminación en su forma más flagrante. Es una forma de racismo que particularmente persiste, violenta, recurrente y banalizada, y que es necesario combatir a todos los niveles y con todos los medios. Por lo tanto, el reconocimiento institucional del Porrajmos debería ser tratado en la Comisión de Justicia, porque las personas pertenecientes a esta cultura no se enfrentaron al genocidio por su pobreza, por su falta de recursos o por su marginalidad en sí; se enfrentaron a una genocidio por su pertenencia cultural y es una cuestión de justicia que debe ser tratada en los espacios coherentes con el resto de los reconocimientos de la memoria histórica. Tanto la discriminación y la violencia históricas contra las familias romaníes y calíes por su negación institucional contribuyen a su marginalidad institucional, exclusivamente por su pertenencia a una cultura, y de género. Por ello, tratar el reconocimiento de esta memoria histórica en la Comisión de Servicios Sociales en lugar de en la de Justicia nos parece antigitanismo en sí mismo, porque excluye a las personas romaníes y calíes de obtener reconocimientos legales con las compensaciones correspondientes.

Discrepamos del grupo proponente cuando basan su proposición no de ley en solicitar el reconocimiento del día 2 de agosto como fecha de conmemoración del genocidio del pueblo gitano durante la Segunda Guerra Mundial, basándose en la resolución del Parlamento Europeo, de 15 de abril de 2015; parece que desconocen que hay una recomendación posterior, la del 25 de octubre de 2017. Por ello, realizamos una enmienda de modificación que esperamos que sea aceptada. También hemos realizado y presentado diferentes enmiendas que creemos que complementan la PNL que plantea el Grupo Socialista, que va en la línea de la necesidad de formación voluntaria de todos los funcionarios y funcionarias sobre el Porrajmos, de cara a poner en valor lo dispuesto en la resolución ya citada anteriormente. Creemos que es necesario condenar la negación del Porrajmos en todos los niveles y en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 19

todos los medios de comunicación social, porque estos refuerzan directamente el antigitanismo. Creemos que es necesario que todas estas medidas se valoren, que todas estas medidas que a nuestro juicio son de vital importancia —tanto el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación— sean llevados a cabo por personas y organizaciones expertas de la sociedad civil pertenecientes a las culturas roma y calí y especializadas en el reconocimiento de la memoria histórica, con especial atención sobre el Porrajmos.

Para tratar el Porrajmos creemos que es necesario hacerlo desde una perspectiva de género. Es de justicia reconocer que la persecución del pueblo gitano empezó mucho antes que la llegada de los nazis al poder, con las ya conocidas leyes contra la plaga gitana. Más tarde la vigilancia ya se volvió específica y permanente y se continuó con la esterilización, usando a las mujeres judías y gitanas para experimentos de esterilización y otros experimentos humanos inmorales, e incluso se llegó a la prohibición de matrimonios mixtos. Creemos también que es necesario aportar un relato de resistencia que supere el victimismo, ya que a pesar de la barbarie que sufrieron estas personas las familias romaníes consiguieron llevar a cabo diferentes actos de resistencia como desbaratar la vigilancia de los nazis, llevando incluso mensajes y ayudas a fugitivos. El más importante tuvo lugar la noche del 22 de agosto de 1944, a la que se llama la Noche de los Gitanos, donde 2897 mujeres, niños y personas mayores romaníes que quedaban todavía en el denominado campo de los gitanos de Auschwitz se lanzaron a la rebelión sabiendo que tenían una muerte segura. Según los estudios y las publicaciones, la cifra de 500 000 personas muertas que nos plantean en la proposición no de ley no es tal, ya que fueron más de 1 500 000 gitanos los muertos en todo este proceso.

Para concluir, creemos que la discriminación y los prejuicios contra los gitanos y las gitanas no desaparecieron con el nazismo. Lo vemos hoy en día en el acceso a los derechos económicos, sociales, políticos y culturales, a los derechos de las mujeres sobre todo; lo vemos en el funcionamiento de las autoridades políticas institucionales de todas las esferas, en los medios de comunicación y en las propias relaciones sociales. Recordar el Porrajmos es una forma crucial de luchar contra el antigitanismo; significa comprometerse a valorar al ser humano, su dignidad y sus derechos. Pero no basta solo con recordar, señorías, debe hacerse elaborando leyes que protejan la dignidad y los derechos humanos.

Finalizando ya, señor presidente, simplemente decir *dikinimastar* que significa mirar y no olvidar, por lo tanto, señorías, miremos pero no olvidemos.

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

Para defender la enmienda del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Heredia.

La señora **HEREDIA MARTÍN**: Muchas gracias, señor presidente. Buenos días.

A partir del año 2015 el Parlamento Europeo declaró el 2 de agosto como la fecha de homenaje al holocausto gitano. Aquí en España lo conocemos como Samudaripen. Durante la Segunda Guerra Mundial todos sabemos que muchísimos gitanos, medio millón de gitanos —esas son las cifras que tenemos los gitanos españoles— perdieron su vida. Se eligió esa fecha, el 2 de agosto, porque exactamente ese día se produjo una matanza de más de 4000 gitanos en un campo de concentración, el de Auschwitz. Desde ese mismo 2015 el Gobierno de España, del Partido Popular, a través de su Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, rinde un sentido homenaje oficial y conmemora a finales de cada julio estos hechos. Este evento se organiza en la sede del Paseo del Prado, gracias a la inestimable colaboración del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y de las entidades gitanas que vienen de toda España, sin olvidarme de los responsables y funcionarios del ministerio que participan. En él se rinde un sentido recuerdo a los gitanos perseguidos, maltratados y, sobre todo, asesinados a lo largo de la historia, no solamente en la Segunda Guerra Mundial. A esto se suma también todo lo que pasó en España, específicamente en el reinado de Fernando VI, en 1749, cuando incluso se llegó a dictar una orden en España para la prisión general de gitanos, un acontecimiento que se reconoce y conoce como la Gran Redada, donde se encarcelaron entre 10 000 y 12 000 gitanos en nuestro país y que estuvieron en prisión hasta 1765. No podemos olvidar tampoco los abusos que se han producido durante la Guerra Civil y después, durante la Dictadura, incluso muy cercanos a nuestras familias. Por eso celebro que el Partido Socialista y otros partidos se sumen, después de tres años, a esta conmemoración que ya venimos celebrando y en la que venimos participando desde el Partido Popular, sobre todo los que participamos en ese evento tan simbólico, a finales de julio. La verdad, como ya digo, no reconozco que sea un hecho ignorado y silenciado por la sociedad porque se viene denunciando, como ya digo, desde hace bastantes años, no solamente con este evento.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 20

Hemos avanzado, también tenemos que reconocerlo; no podemos ser los que siempre nos quedemos atrás en reconocer lo nuestro. Hemos avanzado también mucho durante estos cuarenta años. Somos un ejemplo como país; España es un ejemplo para muchos países de la Unión Europea, y eso tampoco lo podemos olvidar, porque a algunos parece que nos cuesta reconocer las cosas buenas que tiene nuestro país y eso tenemos que reivindicarlo así. Por todo esto, la iniciativa nos parece, en principio, bien aunque tenemos algunos matices; por eso hemos presentado esta enmienda. Estamos de acuerdo en reconocer, pero también tenemos que decir que, a lo largo de estos años, se han financiado a través del IRPF campañas, actos, publicaciones y revistas que hablan del holocausto y de todo el daño que se hizo a través del Samudaripen.

Tenemos una enmienda al apartado tercero, que creemos importante, porque se copia una propuesta que ya hizo el Partido Popular en septiembre sobre la educación. Para nosotros, los gitanos, es básico que dentro de la historia de España se contemple una amplia reseña del paso del pueblo gitano por nuestro país. Es importantísimo que nuestros niños se sientan reconocidos, que cuando se hable de historia en una escuela el niño gitanito escuche que él también es tan importante como sus compañeros. Por eso ya lo presentó el Partido Popular en septiembre y lo hemos contemplado en nuestra enmienda.

No vemos bien algunas de las enmiendas presentadas por Podemos, tenemos que decirlo así, porque, en nuestra opinión, desvirtúan la propuesta del Grupo Socialista. Si Podemos quiere hacer una serie de aportaciones que no vienen al caso —porque aquí estamos reconociendo el 2 de agosto y el Samudaripen— como investigación, formación pueden hacer una PNL nueva y a eso es a lo que se tienen que dedicar, no solamente a hacer aportaciones y desvirtuar las propuestas de otros. En lo que llevamos de legislatura su grupo no ha presentado ninguna iniciativa sobre el pueblo gitano, al menos no la hemos debatido hasta ahora, por eso les invito a que se sumen a trabajar en este sentido para, repito, no desvirtuar las propuestas de otros.

Para finalizar, señor presidente, me gustaría hacer una reflexión general. Visité hace tan solo un mes la provincia de Castellón, Comunidad Valenciana, y el presidente de la asociación más importante en Castellón, el tío —como le llamo yo— Enrique Jiménez me trasladó una petición para esta Cámara. Me dijo que los niños gitanos están muy discriminados en la educación porque se les está sesgando, se les está obligando a hablar en valenciano y ellos tienen su lengua materna que, aparte de ser o la castellana o la gitana...

El señor **PRESIDENTE**: Tiene que concluir ya, señora Heredia.

La señora **HEREDIA MARTÍN**: Simplemente decirles que se les están poniendo barreras a los niños gitanos obligándolos a hablar en valenciano, llevándolos al fracaso escolar. De ahí la petición desde la Asociación Punjab.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Para fijar la posición de los grupos no enmendantes, en primer lugar, tiene la palabra el señor Olòriz Serra, del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana.

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

No hace demasiado tiempo la portavoz que acaba de hablar en nombre del Grupo Popular presentó una proposición no de ley. En ese momento le dije lo mismo que le voy a decir a la proponente del Grupo Socialista y que también lo ha dicho otro grupo: Este no es el espacio adecuado. Incluso, situarlo aquí genera un cierto elemento de estigmatización. El pueblo gitano no es un problema de servicios sociales, no lo es ni lo ha de ser. Entre otras razones porque lo que pone encima de la mesa esta PNL es un genocidio, y el genocidio es la peor consecuencia del racismo. Se da cuando un Estado o los Estados manipulan el racismo para destruir una comunidad. Históricamente manipular el racismo para conveniencia de Gobiernos y Estados ha sido habitual, y en Europa muy habitual. En España en el siglo XV se expulsó o se obligó a ser cristianos a los judíos, en el siglo XVII a los moriscos y, como bien se ha dicho, en el siglo XVIII el marqués de la Ensenada hizo un plan, aprobado por Fernando VI, para exterminar tan malévolra raza. El conde de Aranda, con Carlos III y Carlos IV, lo volvió a intentar. La historia está llena de manipulaciones políticas para esconder responsabilidades.

Los que hablamos y tenemos relación con comunidades gitanas, hemos visto su evolución y hemos hablado con las nuevas generaciones, y creemos que en el Estado español, todas las comunidades,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 21

tenemos una responsabilidad que aún no se ha cubierto. No solo desde la Comisión de Justicia, sino que desde la misma Presidencia del Congreso tendríamos que encontrar un espacio para que estas comunidades y el conjunto de partidos de esta Cámara propusiésemos este reconocimiento de su sufrimiento y este reconocimiento de la comunidad gitana como una cultura, una cultura más española, pero una cultura, que como la española tiene muchas maneras de comportarse porque la *comunitat gitana de Gràcia parla sempre el català*, y otras comunidades otros idiomas.

Por tanto, aprovechando esta proposición no de ley seamos más ambiciosos y que no se repita el próximo año por parte de otro grupo otra cosa parecida.

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

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

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

Voy a intentar hacer una intervención con ánimo constructivo porque, en esencia, estoy totalmente de acuerdo con parte de los discursos que he escuchado. Gracias al Grupo Parlamentario Socialista por traer esta iniciativa y a la señora Ramón por su exposición. Es verdad que coincido con que este no es el foro adecuado porque es un tema de tanto calado que no solo es de justicia, aunque no creo que, como ha dicho la compañera de Podemos, traerlo aquí sea antigitanismo.

Quiero aprovechar mi intervención y centrarme en la filosofía que pretende esta proposición no de ley que, si no recuerdo mal, se presentó en la X Legislatura pero ni siquiera se llegó a debatir. Precisamente, aunque tenga tanto calado, supongo que por cuestiones de cupo agradezco que el Grupo Parlamentario Socialista lo haya traído aquí, a Servicios Sociales. Como anécdota, sobre la posible obsolescencia que tiene esta proposición no de ley, es verdad que existe una resolución posterior a la nombrada del 15 de octubre de 2015, la del 25 de octubre de 2017, pero creo que no es relevante el tema de cuál es la fecha a conmemorar. Yo si fuese el Grupo Socialista en relación con algunas proposiciones de las enmiendas de Podemos o las aceptaría o intentaría hacer una enmienda transaccional. También es cierto que la estimación actual es de más de 1,5 millones de víctimas de este terrible genocidio.

Lo lógico es centrarse en lo que se propone, sobre todo en un tema de tanto calado que, en mi opinión, admite hasta —aunque lleguemos tarde— una declaración institucional con un texto acordado entre todos los grupos. Por eso le quiero decir al compañero Olòriz que el marqués de la Ensenada o el Conde de Aranda —cuando los ha mencionado para tratar de utilizarlos históricamente para intentar denostar lo malo que ha sido a lo largo de la historia el Estado español (**El señor Olòriz Serra pronuncia palabras que no se perciben**)—, que yo sepa no militaban en el Partido Popular.

Voy a intentar dar datos concretos sobre el holocausto. La persecución del pueblo gitano sabemos que no comenzó en Alemania, pero durante la II Guerra Mundial y en sus años previos se incrementó de forma sustancial. Se promulgó la ley de la protección de la sangre y el honor, coloquialmente conocida como ley de Nuremberg y, a causa de ella, se prohibió el matrimonio entre arios y no arios. Los criterios que definían quién era gitano eran exactamente dos veces más estrictos que aquellos que definían cualquier otro grupo. La segunda ley de Nuremberg, la ley de la ciudadanía del Reich, despojó de ciudadanía a las personas negras y no arias; los gitanos, así como los judíos, perdieron su derecho al voto el 7 de marzo de 1936. También se ha comentado la esterilización de los gitanos que empezó en 1933. En ese mismo año los nazis establecieron campos para encerrar a gitanos en Dachau, Diesselstrasse, Marzahn y Vennhausen; no solo en Auschwitz como se ha dicho.

Dicho esto, además le daré la razón a la ponente del Partido Popular cuando ha dicho que en la resolución del Parlamento Europeo del 15 de abril de 2015, en su recomendación séptima, pide a los Estados miembros y a la Comisión que a la hora de aplicar el marco europeo de estrategias nacionales de integración de los gitanos consideren a los niños como una prioridad. Por eso lo que pido, aparte de que esto es recoger un mandato del pueblo...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Clemente, le ruego que concluya.

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: ... que se haga el esfuerzo de que haya unanimidad y una transaccional.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Pues ahora lo veremos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 22

Señora Ramón, a efectos de planificar las votaciones, ¿acepta enmiendas? ¿Va a haber alguna transacción?

La señora **RAMÓN UTRABO**: Vamos a ir viéndolo.

El señor **PRESIDENTE**: De acuerdo.

— RELATIVA A ESTABLECER LA LUCHA CONTRA LOS MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES COMO OBJETIVO PRIORITARIO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002147).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, que es la proposición no de ley relativa a establecer la lucha contra los malos tratos a las personas mayores como objetivo prioritario. Es una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular y para su defensa tiene la palabra la señora Marcos.

La señora **MARCOS MOYANO**: Señor presidente, señorías, buenos días.

En España más de 8,5 millones de personas, el 18,60 % de la población, tiene 65 años o más. La esperanza de vida al nacer en la actualidad se sitúa en 83 años frente a los 77 del año 1990, lo que hace que la población española se encuentre en los puestos de cabeza a nivel mundial en el ámbito del envejecimiento. Además se prevé que la cifra de 8,5 millones de personas mayores aumente hasta los 17 millones en 2050.

Nos encontramos ante una realidad demográfica que, junto a la deuda de la sociedad española con sus mayores, hace necesarias políticas públicas específicas y ambiciosas a favor de las mismas. Por este motivo, en esta legislatura, pero también en los anteriores años de Gobierno del Partido Popular, la atención a las personas mayores ha sido prioritaria. De hecho, permítanme que haga un breve ejercicio de memoria. Cuando el Partido Popular llegó al Gobierno en 2011 se encontró con las pensiones congeladas por decisión de los socialistas. En consecuencia, una de las primeras medidas adoptadas por el Ejecutivo de Mariano Rajoy en sus primeros consejos de ministros fue precisamente descongelar y aumentar las pensiones, que se han ido revalorizando a lo largo de los años. Como siempre, a algunos les parecerá poco, pero recuerdo que estas pensiones estaban congeladas, repito, estaban congeladas. Se ha reforzado también la atención a personas mayores en situación de vulnerabilidad a través de las subvenciones del IRPF, con casi 200 millones de euros en los últimos tres años. Asimismo, en materia de salud se aprobó, en 2013, entre otros instrumentos, la Estrategia de Promoción de la Salud y la Prevención en el Sistema de Salud, con acciones dirigidas a prevenir enfermedades, lesiones y discapacidades. Se ha planteado también la reforma de la dependencia, alcanzando por fin un sistema justo y solidario que garantiza la calidad así como la equidad y la sostenibilidad. También se está trabajando con las comunidades autónomas en un marco conjunto de atención sociosanitaria, un gran reto para una sociedad que cuenta —como ya me referí anteriormente— con una de las mayores esperanzas de vida al nacer del mundo.

Pero es verdad que, a pesar de estas y otras medidas en beneficio de las personas mayores, existen situaciones a las que se enfrentan que requieren una respuesta urgente por parte de los poderes públicos, como es el caso de los malos tratos. El maltrato a las personas mayores es un grave problema de salud pública, pero sobre todo un profundo problema social, un problema sobre el que ya debatimos en 2013, también a iniciativa de mi grupo parlamentario, y que entonces algunas de sus señorías decidieron votar en contra, dando la espalda a un problema que, por supuesto, hay que solucionar pero que, sobre todo, hay que visibilizar. Desgraciadamente, se trata de un problema oculto. De base, es muy complicado cuantificarlo, porque se dispone de cifras que seguramente están lejos de la realidad, ya que los afectados, las víctimas en este caso —como ocurre en otros tipos de violencia—, sienten vergüenza y miedo a denunciarlo, en muchas ocasiones porque tienen dependencia de sus agresores, pero también por su incapacidad física o mental, que en muchas ocasiones imposibilita que denuncien los hechos. Cuando hablamos de malos tratos nos referimos a maltrato físico, abuso sexual, maltrato psicológico, abuso económico, falta de cuidados y atención. Estos malos tratos a las personas mayores pueden conllevar lesiones físicas que en el caso de los mayores, debido a su deterioro, pueden ser más graves; sus huesos son más frágiles, lo que les puede producir fracturas con mayor facilidad, entre otras cuestiones médicas. Pero es que además estas situaciones pueden producir también secuelas psicológicas, como la depresión o la ansiedad. Además, hay que tener en cuenta que muchos mayores están aislados por la pérdida de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 23

capacidades físicas o mentales y por la pérdida de familiares y amigos, lo que hace que sean aun más vulnerables.

Por este motivo y conscientes de que todavía hay mucho por hacer en este campo y de que el Gobierno está trabajando en una estrategia nacional de personas mayores, el Grupo Parlamentario Popular, el Partido Popular, que es el partido de las personas —porque nos preocupan las personas con mayúscula, que son nuestros mayores— ha presentado esta PNL, una iniciativa que esperamos sea bien acogida por todos los grupos, especialmente por el Grupo Socialista, ya que acaba de registrar una proposición sobre el mismo asunto.

Sin más, ruego a sus señorías que los diferentes grupos apoyen esta iniciativa por una sociedad sin violencia y por nuestros mayores.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Hay cuatro grupos que han presentado enmiendas. Para su defensa, empezamos por el Grupo Parlamentario Mixto, señor Martínez Oblanca.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Muchas gracias, señor presidente.

Esta es una iniciativa que acredita sensibilidad por un asunto de gran importancia para la sociedad española del siglo XXI, el cuidado de las personas mayores; un asunto que además cobra cada día mayor relevancia porque paulatinamente se está profundizando en nuestra crisis demográfica, que en el caso concreto de Asturias, mi comunidad de origen, ya ha adquirido cotas de vertiginosa alarma, hasta el punto de que ostentamos el dudoso honor de ser la región más envejecida de Europa. Sin embargo, siendo muy adecuados los propósitos que se señalan en esta proposición no de ley del Grupo Popular, consideramos que deben ser enmendados al alza, porque se desperdiciaría la oportunidad para instar aun más al Gobierno sobre una tarea ineludible, la lucha contra los malos tratos, en los contenidos de lo que será la primera estrategia nacional de personas mayores, anunciada ya hace más de un año y que también tendrá como objetos principales la atención sociosanitaria a los mayores y el acompañamiento para mitigar su soledad. Tampoco deberíamos desperdiciar el aprovechamiento de su experiencia para que no se ponga punto final a una trayectoria profesional o para que no se cercenen sus inquietudes intelectuales cuando se llega a la edad de jubilación. Hace unos días nos maravillamos ante la noticia de un anciano de Valencia que se marcha de Erasmus a Italia para completar, a sus ochenta años, los estudios de historia.

Señorías, este es un asunto donde no cabe el borrón y cuenta nueva. Por eso considero necesario revalorizar el papel que asumimos en España cuando fuimos anfitriones en 2002 de la importantísima II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, precisamente aquí en Madrid, y repetimos iniciativa, también de ámbito mundial, con la organización y celebración en León en 2007 de la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento, organizada conjuntamente por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (CEPE) y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Ambos acontecimientos alcanzaron importantes acuerdos políticos en favor de las personas mayores y singularmente contra los malos tratos. Producto de esa especial inquietud española es que tenemos actualmente en vigor el denominado Marco de Actuación para las Personas Mayores, que fue aprobado hace tres años y medio y que contiene un conjunto de medidas para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores. Es muy interesante cuando hablamos de malos tratos examinar los diferentes apartados y medidas que se recogen en este documento y lo que cabe preguntarse es si la sociedad del siglo actual está sensibilizada ante los diferentes tipos de malos tratos que pueden sufrir nuestros mayores y que van desde los físicos a los psíquicos, pasando por la violación de derechos, los económicos o los abandonos. La respuesta es, mucho me temo, negativa, porque en todos los países, desarrollados o no, se está constatando un creciente desapego hacia los ancianos, si bien hay iniciativas políticas muy llamativas; hace escasamente un mes que en el Reino Unido se creó el Ministerio de la Soledad.

En todo caso y siempre con el ánimo de mejorar esta proposición no de ley, he presentado una enmienda de adición para instar Gobierno: en primer lugar, a incorporar en la futura estrategia nacional de personas mayores el cumplimiento de la declaración política y del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobados por la Asamblea Mundial de la ONU en Madrid en el año 2000; en segundo lugar, a desarrollar campañas especializadas para concienciar socialmente sobre el maltrato de las personas mayores; y en tercer lugar, a elaborar objetivos e indicadores para analizar periódicamente los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 24

progresos en el proceso de aplicación de las medidas del actual Marco de Actuación para las Personas Mayores y, una vez aprobada, de la futura estrategia nacional de personas mayores.

Como señalé antes —y con ello concluyo, señor presidente— nuestra sociedad necesita ser más sensible ante los malos tratos a nuestros mayores, un creciente problema de salud pública y social que exige y exigirá políticas decididas y decisivas de todas las administraciones y también el mayor compromiso de la propia sociedad.

Agradezco a la diputada del Grupo Popular, a la señora Marcos, que tenga en cuenta las aportaciones de Foro a su iniciativa parlamentaria, incorporándolas en el texto transaccional, que, como es lógico, tendrá mi voto favorable.

Muchas gracias.

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

Para defender las enmiendas del Grupo Parlamentario Ciudadanos, señor Igea.

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

He de reconocer que agradezco que se traiga este tema a la Comisión, porque es un tema que para mí es especialmente repugnante. Y es especialmente repugnante porque en este país se dan con frecuencia —solo hay que repasar las noticias aparecidas en la prensa— situaciones de maltrato a nuestros mayores, a la gente que ha trabajado para sacar este país adelante, a la gente que ha permitido que nosotros hoy estemos aquí sentados cobrando un sueldo público, a la gente, al fin y al cabo, a la que le debemos todo. Además, esto resulta especialmente repugnante cuando se hace con el objetivo de sacar dinero o de alcanzar otros fines bastante lamentables.

Tengo que decirles que lo que trae el Partido Popular aquí, sencillamente, no es suficiente; no es suficiente porque nosotros, como Estado, como Gobierno o como sociedad, hemos aprobado en este mismo Parlamento hace más de seis meses proposiciones no de ley para evitar situaciones de maltrato público como son las sujeciones en las residencias. Difícilmente podemos hacer campañas contra el maltrato o podemos ganar alguna legitimidad o vamos a tener alguna credibilidad si después de aprobar en este Parlamento, y en otros muchos, la eliminación progresiva de las sujeciones la gente ve que seguimos tratando a nuestros mayores igual, que las sujeciones siguen existiendo y que no hemos hecho nada por mejorar esa situación de maltrato evidente que suponen las sujeciones mecánicas en nuestro país. Por eso, en nuestra enmienda pedimos que esto se considere una situación de maltrato evidente. Lo pedimos nosotros, lo piden las asociaciones de mayores, lo pide la Fundación Cuidados Dignos y lo pide una gran cantidad de gente que se dedica a cuidar a nuestros mayores.

Ustedes vienen aquí y dicen que son el partido de las personas y Podemos dice es el partido de la gente, pero lo que hay que hacer es demostrarlo. No hay que presumir de las cosas sino hacer medidas legales efectivas. Lo que han hecho al introducir las pensiones en la discusión del tema de hoy, cuando es una cuestión tan candente, es bastante lamentable, es una medida de demagogia bastante barata. Discutir aquí si unos van a subir las pensiones un euro y otros seis euros —que es más o menos lo que se está discutiendo cuando unos hacen una propuesta y otros hacen otra— a la vez que se habla de malos tratos me parece sencillamente lamentable, porque lo que deberíamos hacer si de verdad queremos ocuparnos de las pensiones y de nuestros mayores es ir al Pacto de Toledo y proponer medidas concretas contra la precariedad que nos permitan tener una Seguridad Social que sea capaz de afrontar sus obligaciones y no andar tirándonos unos a otros los ancianos a la cara.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

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

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

Lo cierto es que nosotros no tenemos ninguna intención de lanzarnos a las personas mayores a la cara, ni muchísimo menos, pero desde luego, y coincidiendo en que este es un tema que entristece y que preocupa —y en este caso lo digo pudiendo ser nieta—, nos gustaría que esta iniciativa sirviera para algo. Sin embargo, creemos que en realidad lo que esconde es la misma actitud política que ha mantenido el Partido Popular, que es el partido que sustenta al Gobierno, con el Pacto de Estado contra la violencia de género, que es: Vamos a hablar de justicia social pero sin poner encima de la mesa ninguno de los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 25

mecanismos que permitirían que se hiciera en realidad esta justicia social. Yo recomiendo a toda la gente del Partido Popular que se lea un debate maravilloso que hubo en los años noventa entre Nancy Fraser y Judith Butler que hablaba precisamente de cómo muchas veces la mención de las cosas no implica que haya políticas públicas para que estas cosas cambien. Esto les lleva constantemente a tener posiciones políticas, la verdad, muy cínicas y muy insoportables, como, por ejemplo, estar en la cabecera de la manifestación del Día del Orgullo LGTBI y después presentar esa enmienda a la totalidad que vaciaba de contenido la ley.

Nosotras pensamos que para que no haya ese maltrato contra las personas mayores, como mínimo, como mínimo —queremos lo mismo para las mujeres maltratadas— deberían tener unas condiciones económicas dignas, cuando —y esto lo reconoce el propio Ministerio de Hacienda— más del 60 % de las personas que están jubiladas en este país no llegan a los 12.000 euros anuales. Nosotras pensamos que es muy difícil vivir en este país con esta cantidad de dinero. Hoy por la mañana ha habido una discusión en la Cadena Ser entre la persona que es ahora mismo portavoz de la plataforma de pensionistas y una persona de UGT. La persona que representaba a la plataforma de pensionistas decía a esta persona de UGT y a la presentadora que, por favor, dejásemos de hablar de lo que había sucedido en 2011 y en 2013. Yo también se lo recuerdo a las señorías del Partido Popular. Lo siento muchísimo, estamos en 2018 y han pasado un montón de cosas desde que se iban turnando del Partido Socialista y el Partido Popular (**Rumores**). Han pasado tantas cosas en las últimas décadas en España que hay un montón de cuestiones que tendrían que ser solucionadas.

Nosotras sí estamos poniendo soluciones encima de la mesa, por ejemplo, el factor de revalorización de las pensiones. ¿Por qué no estamos dispuestas a negociar sobre eso? Porque no estamos discutiendo por seis euros. Es que lo que ha anunciado la ministra como ese gran éxito, ese 0,5% que han subido las pensiones, es en realidad lo que le ha costado mandar las cartas a los pensionistas para comunicárselo. ¡Es una maldita vergüenza! ¿Por qué no hablamos de la situación de la dependencia? ¿Por qué no hablamos de cómo habría que financiar todas las medidas para ayudar a las personas que están en situación de dependencia, muchas de ellas mayores, que no tienen ahora mismo quien les cuide y, al final, quien lo hace lo tiene que hacer porque no le queda más remedio? Por esa situación de vulnerabilidad muchas veces se dan las situaciones de maltrato. ¿Por qué no hablamos de la sanidad, ya que estamos en la Comisión de Sanidad? ¿Por qué no hablamos de cómo en realidad estamos yendo a un sistema cada vez más privatizado y más precario que hace que las personas no estén cuidadas como se merecen?

Estas son las verdaderas cuestiones que nosotras pensamos que tienen que ser contadas cuando queremos hablar del maltrato de los mayores, por no hablar, por cierto, del tema de la eutanasia, porque creo que también ayudaría que cada uno pudiese disponer de su vida cuando quisiese y no tener que esperar a que otras personas le cuiden. Creo que es sobre estas cuestiones sobre las que nos tendríamos que atrever a hablar en una situación en la que efectivamente muchas personas mayores están siendo maltratadas. Darles una vida digna supone que tengan pensiones dignas, que tengan una sanidad pública digna y que tengan el derecho garantizado a ser cuidados cuando estén en una situación de dependencia. Lo que recoge esta PNL es otra vez papel mojado, y esta vez es mucho más insultante que en otras ocasiones, porque es muy doloroso ver cómo una persona mayor está siendo maltratada día tras día, incluso por sus propios familiares o porque no hay otra manera de hacerlo mejor. Por tanto, compartiendo el análisis inicial de la portavoz del Partido Popular que ha defendido la iniciativa, porque efectivamente estamos ante el envejecimiento de nuestra población y la crisis demográfica es enorme —también en mi país, también en Galicia—, lo que tendríamos que hacer son políticas públicas, pero unas políticas públicas que atendiesen, como decía antes, a esa solución que dieron Judith Butler y Nancy Fraser al debate. Estas políticas tienen que ser un reconocimiento para todas estas personas que están en una situación de vulnerabilidad, pero también tiene que ser una redistribución de los recursos, para que haya justicia social y para que puedan tener vidas dignas. Una persona que cobra 400 euros al mes no puede tener una vida digna a día de hoy en este país, no puede tenerla. Por tanto, no podemos tener la cara dura de venir a esta Comisión a pedir que se haga un papelito para decir que no queremos maltratar a nuestros mayores y luego estar dispuestos a seguir pagándoles esa miseria. ¡Debería darles vergüenza, señores del Partido Popular!

Gracias.

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

Para defender las enmiendas del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Sahuquillo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 26

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

El Grupo Parlamentario Popular plantea una proposición no de ley con poca concreción y vaga en su planteamiento, por lo que desde el Grupo Parlamentario Socialista hemos presentado una enmienda encaminada a elaborar un plan concreto de prevención y erradicación de maltrato a personas mayores en el que participen las propias organizaciones en defensa de sus derechos y que se evalúe y revise periódicamente en función de los resultados y de las conclusiones que se extraigan a raíz de la elaboración de una estadística actualizada, completa y fiable, pues como la propia proponente reconocía, las cifras de las que se dispone son poco seguras, faltan datos y, por consiguiente, dista mucho de la realidad. A modo de ejemplo, en España no disponemos de esos datos ni de los tipos de maltrato en diferentes entornos, lo que supone un obstáculo para comprender su magnitud. La propia OMS ha alertado de la poca información y de la escasez de datos rigurosos sobre el número de casos y los tipos más frecuentes de maltratos.

Los malos tratos a las personas mayores constituyen un problema importante de salud pública que incluye el maltrato físico, sexual psicológico y emocional, la violencia por razones económicas o materiales, el abandono, la negligencia y el menoscabo grave de dignidad y falta de respeto. Según la Red internacional para la prevención del abuso y del maltrato en la vejez, el maltrato a las personas mayores es cualquier acto único o repetido por falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza y que causa daño o angustia a la persona mayor. En 2002, la OMS consideró el maltrato a las personas mayores como una violación a los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación y planteaba que enfrentarse a ese maltrato y reproducirlo requería de un enfoque multisectorial y multidisciplinar. El propio Imsero reconoce que solo uno de veinticuatro casos de maltrato a personas mayores se notifica y que en ocasiones los afectados pueden sufrirlo y ni siquiera saberlo, y cuando son conscientes de ello, no saben cómo denunciar o no quieren causar problemas por temer las consecuencias que esa posible denuncia supondría. Y si además de ser mayor el afectado presenta discapacidad, el riesgo de sufrir situaciones vejatorias se multiplica por diez, y de ahí que lo hayamos incluido en nuestra enmienda.

Existen numerosas formas de maltrato, tanto en el ámbito doméstico como en el institucional. De hecho, recientemente hemos conocido casos alarmantes en distintas residencias de mayores; preocupante, por cierto, la concentración de graves episodios en la Comunidad Autónoma de Madrid, de los que los medios de comunicación se hicieron eco por los propios familiares y que todo el mundo conoce. No me resisto a incluir un inciso en este relato, por lo chocante que me ha parecido, como es que en la exposición de motivos que aquí se nos plantea el grupo proponente ponga en valor medidas impulsadas y desarrolladas por Gobiernos socialistas, que en estos años de mayoría absoluta del Gobierno del Partido Popular han sufrido una política de recortes brutales —las pensiones, el turismo social o el termalismo que mencionaba—, aunque obvian otros, que también han sido penalizados por el Gobierno de Rajoy, como la teleasistencia o la merma de fondos destinados a la Ley de dependencia, entre otros, sin olvidar el famoso copago farmacéutico, este sí exclusivamente suyo y que probablemente podríamos incluir en el epígrafe de maltrato psicológico del Gobierno del PP a esas personas mayores con las que —como usted decía en su intervención— la sociedad española tiene una deuda. Pues poco están haciendo para saldarla, ¿verdad?

Y no mientan más sobre las pensiones, ya vale. En siete años del Gobierno socialista de Zapatero, 2004-2011, las pensiones subieron como nunca antes. **(Rumores)**. Sí, como nunca antes. En 2004, la pensión mínima de jubilación con cónyuge a cargo era de 484 euros y siete años después se incrementó hasta en 258 euros, 742. En siete años de Gobierno de Rajoy, 2012-2018, solo han subido un 6 %, pasando de 742 euros a 788 euros. Le hablo con conocimiento de causa porque, desgraciadamente, es la pensión de mis padres.

Termino, señorías. Lo que nos ocupa es el maltrato a personas mayores, pero como usted ha introducido ese tic, tenía que responderle. Hay que concienciar a la sociedad de la vulnerabilidad de parte de la población para cambiar el maltrato por protección a la persona mayor; de ahí nuestra propuesta mediante la enmienda presentada, que espero que sea considerada.

Muchas gracias.

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 27

Para fijar la posición del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

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

Vivir más años es un salto cualitativo que la medicina nos ha proporcionado. Vivir más años con dignidad es la asignatura pendiente del Pacto de Toledo y también de la protección de aquellos ancianos y ancianas que están más desprotegidos por enfermedad o por otras situaciones y que reciben malos tratos.

El título de la PNL es correcto. Nos habla de objetivo prioritario —sería peor si pusiese «implementar», que es una cosa habitual—, pero luego lees la propuesta y es que no hay nada. Es decir, sí, el Gobierno hace todo lo que puede, a lo mejor puede hacer un poco más y qué mal estaba antes. Si no se aceptan enmiendas en el sentido de concretar esta propuesta, nuestro voto no puede ser favorable, porque sería un poco, cómo diría yo, hacer lo contrario de lo que prometes. La responsabilidad de los legisladores nos tendría que llevar a un salto cualitativo: dejarnos ya de PNL sobre este tema y pasar a un rango superior. A lo mejor yo, con mi visión provinciana catalana, puedo complementar a los que tienen más diputados y una visión de Estado y nos podemos poner de acuerdo en este objetivo que es común.

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

Señora Marcos, ¿acepta algunas enmiendas o va a haber transacción?

La señora **MARCOS MOYANO**: Lo estamos viendo y se hará llegar a la Mesa.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien, se supone que va a haber una transacción.

- **SOBRE LA INCLUSIÓN DE LOS SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA Y SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA FLASH EN LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 161/002531).**
- **RELATIVA A QUE SE SUBVENCIONEN TODAS LAS TECNOLOGÍAS Y TRATAMIENTOS QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES QUE LO NECESITEN. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO. (Número de expediente 161/002915).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos ahora al punto 14 que, como habíamos dicho, se acumula con el 18. No solo se va a acumular el debate sino que hay un texto que han elaborado los dos grupos proponentes y que ha sido repartido. Por tanto, ese va ser el que genere la discusión y la posterior votación.

Para defender el mismo, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Martín.

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

Quizá la diabetes sea una enfermedad de las más conocidas por la mayoría de los ciudadanos, pero eso no quiere decir que la información sobre la misma sea satisfactoria ni que todos los ciudadanos sepan la gravedad de las complicaciones de la enfermedad a largo plazo. La diabetes *mellitus* es una enfermedad metabólica que afecta aproximadamente al 14 % de los adultos, unos 5,5 millones en nuestro país. De todos ellos, alrededor de un 5 % padecen diabetes tipo 1, que aparece en edades tempranas. Se estima que casi la mitad de los diabéticos desconocen que padecen la enfermedad y en nuestro país se estima que puede haber 2 millones de pacientes sin diagnosticar. Desde hace bastantes años se vienen aplicando programas de detección precoz por los profesionales de atención primaria, en farmacias o incluso en las asociaciones de pacientes. Siguen siendo necesarias campañas informativas para toda la población, para que puedan ser diagnosticados y evitar las complicaciones multiorgánicas futuras.

La diabetes, una vez diagnosticada, se controla más y mejor —lógico— en los países desarrollados. La calidad de vida para una persona diabética ha mejorado considerablemente, pero no se está libre de complicaciones crónicas que pueden traducirse en un deterioro importante. Retinopatía, nefropatía, cardiopatía y un largo etcétera provocan que los costes directos de la enfermedad asciendan a 5800 millones de euros anuales, de los que 2143 son debidos a las complicaciones asociadas a la enfermedad; cifra preocupante, ya que el 8,2 % del presupuesto sanitario se destina al tratamiento de la diabetes y sus

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 28

complicaciones. Una vez diagnosticada la enfermedad, es fundamental mantener unos niveles de glucosa adecuados de forma permanente. Las personas diabéticas aprenden a medir estos niveles de forma sistemática, con frecuencia variable en función de su respuesta y sensibilidad a los tratamientos, y saben que de esos controles depende la aparición de complicaciones secundarias que condicionarán el futuro de su vida. Los pacientes son muy conscientes de que el 16 % de las causas de ceguera o el 70 % de las amputaciones no traumáticas vienen provocadas precisamente por una diabetes no controlada.

Desde hace unos años se pueden medir y monitorizar los niveles de glucosa de forma constante. El avance tecnológico facilita la vida del paciente diabético pero, sobre todo, facilita una mejor evolución de su enfermedad. La Sociedad Española de Diabetes, la Sociedad Española de Endocrinología, la Federación Española de la Diabetes, el Centro de Investigación Biomédica en red de Diabetes, así como las guías clínicas internacionales consideran adecuados los dispositivos de monitorización continua, así como los sistemas *flash*, por su coste/efectividad, por su sencillez de uso, porque no causan las molestias de las lancetas, pero sobre todo por el mejor control de los niveles de glucemia y por la detección de tendencias hipoglucémicas y demás complicaciones. En este momento, el coste de los dispositivos está en 1500 euros al año, 120 euros al mes, costeado íntegramente por cada paciente. Ya son muchos los países que han incluido los dispositivos en su financiación pública y creemos sinceramente que podemos incluirlos en la cartera común de servicios, así como su financiación en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Algunas comunidades autónomas ya han avanzado que incluirán entre sus catálogos de servicios esos dispositivos para algunos grupos de pacientes. No podemos crear desigualdades territoriales, y por eso el Grupo Parlamentario Socialista ha traído esta propuesta. Creemos que se deben acordar criterios comunes en el seno del Consejo Interterritorial de Salud sobre las indicaciones de los dispositivos en los diferentes grupos de pacientes y pensamos que el ministerio debe arbitrar las decisiones junto con las comunidades autónomas y asumir la financiación, pero también estamos convencidos de que una negociación justa con la industria puede hacer el coste mucho más asequible para todos. Creemos que la diabetes no entiende de niveles económicos de los pacientes y pensamos que los pacientes se merecen lo mejor, vivan en el territorio en el que vivan.

Para finalizar, quiero agradecer a Esther y a Leyla, dos compañeras nuestras, diabéticas, toda la información que nos han facilitado sobre los sistemas que ellas utilizan y que costean. Espero que esta propuesta del Partido Socialista no caiga en saco roto. Han sido nueve las comisiones en las que se han debatido proposiciones no de ley en esta Comisión, la ministra lleva catorce meses en su cargo y ha venido dos veces a esta Comisión. Por tanto, esperamos que tanto respecto de las PNL como de su nueva incorporación a esta Comisión y nuestra petición para que venga a resolver todas las comparecencias que hemos pedido, no caigan en saco roto.

Muchas gracias.

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

El otro grupo proponente es el Grupo Parlamentario Mixto. Tiene la palabra la señora Sorlí.

La señora **SORLÍ FRESQUET**: *Gràcies, president.*

No voy a reiterar los argumentos ya presentados por la compañera porque estamos frente a dos PNL muy parecidas, en algunos aspectos complementarias, y no quiero reincidir en los argumentos que ya se han dado. **(La señora vicepresidenta, Hernández Bento, ocupa la Presidencia)**. Pero hay que tener claro que tanto la intención de la PNL del Grupo Parlamentario Socialista como la del Grupo Parlamentario Mixto es mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes e incluir todas las nuevas tecnologías en el trato directo de la diabetes. Eso incluye la medición continua de glucosa, el sistema integrado que incluye bombas de insulina más medición continua, y la medición intermitente de glucosa. Pero cada caso necesita un tipo de atención y necesitamos avanzar e incluir a estas nuevas tecnologías en el tratamiento de la diabetes. Debemos tener en cuenta que estamos frente a una afección de las más importantes, de la que más personas están afectadas en el mundo y por lo tanto debemos dar respuesta a esa necesidad enfocada siempre a la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen diabetes tanto en la atención a pacientes, como estaba explicando, como también teniendo en cuenta la financiación de estos medicamentos y estas necesidades de cara a las comunidades autónomas, que al final serán quienes prestarán este servicio y tendrán que financiar este tipo de tratamientos.

Por eso es importantísimo reconocer e integrar esa financiación para que las comunidades autónomas puedan hacer frente a dispensar todas estas nuevas tecnologías que facilitan la atención de las personas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 29

con diabetes y mejorar la calidad de vida tanto en la comodidad del trato con la diabetes como en la economía personal y familiar pues genera un gran gasto para las personas con esta enfermedad. Dicho esto, doy por defendida la enmienda del PDeCAT, también del Grupo Parlamentario Mixto, ya que no intervendrá. Y comentarle a la Mesa que estamos trabajando en un texto conjunto, también con el Grupo Parlamentario Popular, para refundir todo. En el texto que hemos hecho llegar en un principio habíamos refundido el texto del Grupo Parlamentario Socialista con el del Grupo Parlamentario Mixto; pero quiero dejar claro que estamos intentando trabajar en un texto conjunto también con el Grupo Parlamentario Popular.

Gracias.

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

A continuación, para defender el turno de enmiendas, por parte del Grupo Parlamentario Ciudadanos tiene la palabra el señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: Muchas gracias, señora presidenta.

Bueno, esto es un ejemplo de cómo estamos manejando la política sanitaria en este país y del grado de despropósito al que estamos llegando. Miren, cuando un presidente de una comunidad autónoma se levanta una mañana y dice que va a cubrir estos dispositivos hasta los 18 años; otro presidente dice que hasta los 7 años; otro presidente no dice nada..., lo que estamos generando es una vez más una situación de inequidad en la cual los españoles, depende de dónde residan, tienen o no tienen derecho a cubrir una serie de prestaciones. Por eso es necesario, efectivamente, que se legisle y que haya una manera de igualar la cartera de prestaciones, como ya propusimos en su día en el Pleno con escaso éxito, entre otras cosas porque el Partido Socialista y el Partido Popular votaron en contra, esos que dicen que no son socios.

Lo que se propone ahora es introducir una prestación sin saber exactamente a quiénes, ni cómo, ni cómo se financia. En España, cuando el Partido Socialista era un partido nacional y creó el Insalud e hizo la Ley General de Sanidad, hizo una cosa bastante bien hecha que fue crear la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que se encargaba de valorar el coste/beneficio de las prestaciones que se introducían. Esto parece que lo hemos olvidado. Si nosotros introducimos las prestaciones de esta manera —1500 euros/cinco millones de diabéticos— a mí me gustaría que alguien hiciera los cálculos y las multiplicaciones; pero, claro, es muy fácil porque luego, acto seguido, también se pide que el Estado aumente la financiación en este campo. Y así hasta el infinito.

Estas no son maneras de enfrentarse con seriedad a la sostenibilidad y a la equidad en la prestación de servicios sanitarios. Comprendo que es más fácil; y que es más fácil hacer seguidismo y que es más fácil manifestarse siempre a favor del bien, pero 1500 millones de más todos los años en el sistema son difíciles de soportar. Por eso nosotros proponemos en nuestras enmiendas que se haga caso a las agencias de evaluación tecnológica y que sean ellas quienes digan en qué casos es coste efectivo o no. Me gustaría que alguien se hubiera leído el informe que ha hecho la Agencia canaria de evaluación tecnológica, en el que dice que el coste por año de vida ganado ronda entre los 300 000 euros y los dos millones y medio de euros (por año de vida ganado). Para el que no sepa muy bien de qué hablamos, le digo que en sistemas como el británico no se financia nada que esté por encima de los 30 000 o 50 000 euros; y nosotros estamos hablando de dos millones y medio según la agencia de evaluación tecnológica de Canarias.

Por lo tanto, nosotros pedimos en nuestra enmienda que se tenga en cuenta la valoración de las agencias tecnológicas, que se meta en cartera de prestación de servicios y que haya una igualdad efectiva. Porque no entendemos por qué los niños catalanes por encima de 7 años no tienen derecho a lo que sí parece que tienen derecho los niños valencianos entre 7 y 18 años. Nosotros queremos que los niños catalanes y los niños valencianos sean iguales. Ya sé que esto es muy facha y muy centralista, pero probablemente a los niños catalanes no les parecerá lo mismo y nosotros queremos que el sistema sea sostenible y que a ser posible el Partido Socialista deje de tener ocurrencias y se sujete a los órganos que ellos mismos crearon para introducir innovaciones y permitir, a la vez, el mantenimiento de la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. Sé que igual esto es mucho pedir, pero, bueno, quizás con sus nuevos socios de gobierno, puedan hacerlo. **(Rumores)**.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Bento): Gracias, señor Igea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 30

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

La señora **CABEZAS REGAÑO**: Gracias, presidenta.

Buenos días, señorías. La diabetes es una patología que afecta a cerca de seis millones de españoles y en comunidades como la mía, Andalucía, supera el millón: más de un 15 % de la población mayor de edad padece esta patología, una prevalencia por encima de la media nacional. En España, la mayoría de los pacientes, el 90 %, tienen diabetes tipo 2, y en relación con la diabetes tipo 1, el 13 % afecta a menores de 15 años, una cifra bastante alarmante y a tener en cuenta para que sigamos trabajando en su prevención.

Señorías, estamos totalmente de acuerdo en que debemos facilitar y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta patología. La diabetes se puede convertir en un condicionante importante en la vida diaria de las personas que la padecen, sobre todo en los menores, que han visto cómo ha cambiado su vida y hábitos. En los últimos años se ha avanzado en nuevos sistemas de monitorización de glucosa gracias a las nuevas tecnologías, ofreciendo métodos innovadores, sistemas que facilitan la medición de la glucosa evitando los temidos pinchazos. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

Las asociaciones de familias, amparadas bajo el paraguas de FEDE-diabetes, comenzaron a recoger firmas en sus comunidades autónomas para pedir la financiación del sistema de medición de pinchazos porque saben que las competencias en sanidad residen ahí. Por lo tanto, a la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, que ha criticado las pocas comparecencias que ha hecho la ministra en esta Comisión, y el portavoz de Ciudadanos, tengo que decir que en Andalucía, mi tierra, la consejera socialista vendió a bombo y platillo hace más de dos años la financiación del nuevo sistema flash. Esto se debió fundamentalmente a una iniciativa del Partido Popular andaluz. No se hizo nada al respecto y, en noviembre de 2017, el Grupo Parlamentario Popular presentó una enmienda a los presupuestos para 2018 solicitando que al menos se comenzara con los niños que padecen diabetes. Pero esta enmienda fue tumbada con el apoyo de Ciudadanos, tanto que ha nombrado el señor Igea a los menores en esta Comisión. Y a día de hoy, no hay nada. Y de pioneros, como decía la consejera, menos, ya que hay comunidades que financian estos nuevos sistemas, como la Comunidad Valenciana o Castilla-La Mancha, que han sido las primeras.

Señorías, el Ministerio de Sanidad y la ministra, concededores de estos nuevos e importantes avances tecnológicos a favor de las personas con diabetes, llevan meses trabajando con la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre los tipos de sistemas de medición de glucosa alternativos a las tiras reactivas y que evitan pinchazos a los usuarios, con el fin de disponer de la evidencia científica que pudiera avalar la seguridad, eficacia y eficiencia de la técnica. En este sentido, estamos a la espera del criterio de la citada comisión para valorar la inclusión del sistema *flash* en la cartera común de servicios. Sobre este sistema se va a tomar una decisión en breve por parte de las comunidades autónomas y el ministerio.

Es por ello que planteamos una enmienda en la que se insta al Gobierno a que, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se tomen los acuerdos pertinentes a la vista de las evidencias. De todas maneras, tengo que decir que estamos trabajando en una transaccional tanto con el Grupo Socialista como con el Grupo Mixto para que sea posible que esta iniciativa tenga el mayor consenso posible. Todos queremos lo mejor para las personas que padecen diabetes, que tengan la mejor calidad de vida posible, que tengan acceso a cuantos dispositivos nuevos aparezcan en el mercado y que favorezcan su día a día.

Muchísimas gracias.

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

Para fijar la posición de sus grupos, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, la señora Botejara.

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

De las dos PNL que nos ocupan, me voy a referir más a la iniciativa del Grupo Socialista porque es más completa, está más documentada y está muy bien detallada, desde la definición de la enfermedad, hasta su referencia a la prevención y tratamiento. Por eso, echamos de menos que no se comente la obesidad, la relación que esta tiene con el 80 % de los diabéticos tipo 2. También echamos de menos en esta PNL el análisis del coste-efectividad, los qaly, que es fundamental. Le iba a decir al portavoz de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 31

Ciudadanos, que esté tranquilo, que yo me he leído el documento de Canarias y, efectivamente, ese dato, que es muy importante, falta en esta iniciativa.

Tenemos tres elementos para analizar este problema. Uno, la calidad de vida de los pacientes diabéticos; dos, el mercado que fabrica las nuevas tecnologías, como son todas las que se han detallado, aunque no se puede decir que esto sea una tecnología nueva porque lleva más de quince años en el mercado aunque no está financiado por el Sistema Nacional de Salud. La industria en el mercado que en este momento está ejerciendo más la venta de la nueva tecnología es Medtronic, que se encarga de comercializar las bombas de insulina, los sensores y muchas otras a las que aquí nos estamos refiriendo. El tercer elemento es la Administración, que tiene que evaluar y financiar estas nuevas tecnologías. ¿Qué sucede? Que en este planteamiento los elementos dos y tres están conectados, porque el director de Medtronic es ahora mismo el vicepresidente del consejo asesor del ministerio, con lo cual, además de estar en la situación de evaluado, es también el evaluador de las nuevas tecnologías. Por tanto, nosotros nos unimos a los colectivos que han pedido la dimisión de la ministra de Sanidad por este hecho. No queremos que venga a esta Comisión, como ha planteado el Grupo Socialista, queremos que se vaya del ministerio porque este hecho es lo suficientemente grave para que lo abandone.

Votaremos a favor de esta PNL para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos, pero también exigimos, por lo aquí expuesto, total transparencia...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Botejara, debe concluir.

La señora **BOTEJARA SANZ**: ... en la valoración y fijación de precios de estas tecnologías. Muchas gracias.

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

Esperamos, entonces, a esa transacción anunciada para la hora de la votación.

— RELATIVA A LA ALIMENTACIÓN INSANA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL DE UNIDOS PODEMOS-EN COMÚ PODEM-EN MAREA. (Número de expediente 161/002560).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la proposición no de ley relativa a la alimentación insana, que es del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Para su defensa, tiene la palabra la señora Bosaho.

La señora **BOSAHO GORI**: Buenas tardes a todos y todas.

En primer lugar, debo dar las gracias a la asociación Justicia Alimentaria Global que, a través de, 'Dame Veneno', llevó a cabo la campaña «Viaje al centro de la alimentación que nos enferma», organización que nos ha ayudado a poder redactar y reunir los datos para esta PNL. Nos explican cuestiones importantes como que el 44 % de la población española no puede seguir una alimentación saludable debido a su coste. Las enfermedades asociadas a una alimentación insana, como son la diabetes, el cáncer, los problemas cardiovasculares, son el primer desajuste de la salud en España, tanto en la salud pública como en la medicina preventiva. La comida procesada supone el 70 % de la alimentación insana. La alimentación es el factor que más influye en la salud de las personas, incluso más que el tabaco con una diferencia en la esperanza de vida que oscila entre los cinco y los diez años. Más del 40 % de los niños y niñas adolescentes en este país padecen sobrepeso.

En cuanto al etiquetado, nos explican que hay un reglamento de la Unión Europea de 2011 sobre información alimentaria, pero en España no existe legislación específica que obligue a identificar con claridad en qué cantidad están presentes los elementos más perjudiciales para la salud —las grasas, los azúcares y la sal—, y es una demanda de los colectivos y asociaciones de la sociedad civil. En cuanto a la publicidad, que es el otro de los ejes importantes que hay que tener en cuenta, el 80 % de la publicidad relativa a los alimentos es de productos procesados e insanos. Gran parte de esta publicidad tóxica tiene como público a la infancia. En España no hay legislación específica en materia de publicidad, más allá de un código voluntario que, obviamente, no está funcionando. Es el Código de regulación de publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a menores.

Por supuesto no todos las personas en este país comemos alimentos de la misma calidad, como en tantas otras cuestiones. En este tema también encontramos la brecha de género y la brecha de clase social. Esto tiene que ver con un hecho más estructural, que es la desigualdad social, económica y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 32

cultural, que sitúa una vez más a las clases populares y a las mujeres en una posición subalterna. El actual sistema alimentario se basa en la industria alimentaria, en la especulación financiera con los alimentos y en el abandono de la presencia comunitaria. Una de las consecuencias más importantes, junto con la destrucción de la agricultura familiar y el comercio de proximidad, es el grave impacto que el sistema actual tiene sobre el medio ambiente: pérdida de biodiversidad, aparición de pesticidas en las aguas superficiales, etcétera.

¿Qué le pedimos al Gobierno con esta PNL? Elaborar planes de educación y lucha contra la obesidad infantil e introducir en el ámbito curricular elementos de la salud y la cocina saludable; regular la publicidad para impedir que la promoción de los alimentos procesados se extienda; crear obligaciones específicas de etiquetado para que los ingredientes más implicados en las enfermedades, como son los azúcares, las grasas y la sal, se tengan en cuenta; garantizar que los centros educativos cuenten con opciones alimentarias saludables, y fomentar el desarrollo de la agricultura y ganadería social y sostenible.

Muchas gracias.

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

Es el turno ahora para la defensa de las enmiendas y, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana tiene la palabra el señor Olòriz.

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

Hace unos quince meses, a propuesta de Esquerra, todos los partidos hicimos una transaccional, menos el Partido Popular, sobre el tema de los azúcares y las campañas oportunas que se debían hacer al respecto. No hemos tenido más noticia, debe de estar en el limbo de las PNL y, por tanto, espero que tenga mayor suerte esta que nos propone Podemos-En Comú Podem-En Marea.

Estamos de acuerdo en lo que dicen, porque en parte se complementa con lo que dijimos hace quince meses y en otros aspectos se amplía. Nos preocupa que a veces en este tipo de PNL no se sitúen las competencias que tiene cada uno y, por tanto, más que añadirlas en cada punto, hemos propuesto un punto final. Si es aceptado, no tendremos ningún inconveniente en votarla a favor.

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

Para defender las enmiendas del Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Navarro.

El señor **NAVARRO FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ**: Partimos de la base de que existe un alto desfase en materia de estudios epidemiológicos de obesidad infantil en España. Los datos en los que el Gobierno basa toda su política son de 2015, provenientes concretamente del Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España, Aladino. Sin embargo, desde 2011 ha habido unas disminuciones estadísticamente significativas del sobrepeso. Es destacable ver también cómo el Gobierno crea nuevos planes y medidas que más que tener impacto relativo son mediáticos y cuando realmente no cumple obligaciones legales en esta materia.

En materia de etiquetado, relativo a lo que propone esta PNL, debemos recordar que España previó ya el término bio para productos —yogures, zumos y postres lácteos— que no procedan de agricultura ecológica y biológica a través de un dictamen del Tribunal de Justicia de la Unión Europea. En noviembre de 2016 esta Comisión ya aprobó una PNL sobre obesidad infantil y etiquetado de productos con alto contenido en azúcar.

Nosotros hemos propuesto una enmienda, que es la que defendemos ahora, en la que, aparte de lo que se propone, incidimos en iniciar las iniciativas legislativas pertinentes para evitar que se fomente el consumo de productos con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares entre la población infantil mediante la publicidad y/o ganchos comerciales, como juguetes, accesorios, adhesivos o pegatinas; iniciar las iniciativas legislativas pertinentes para que los fabricantes, productores y distribuidores deban informar de los ingredientes que contienen sus envases y etiquetas de manera legible y visual; comenzar las iniciativas legislativas pertinentes para que todos aquellos alimentos que por unidad, peso o volumen presenten en su composición elevados contenidos de calorías, grasas o azúcares tengan rotulados de manera claramente visibles expresiones como alto en calorías, alto en grasas o alto en azúcares, según los casos; evaluar la utilización del etiquetado de alimentos con menciones como natural, artesanal y otros que pueden conllevar fraude o inciten a confusión; garantizar que en centros educativos existan opciones saludables de alimentación y un control efectivo de la publicidad de todos estos alimentos con alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 33

sal y azúcares; instar a la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, Aecosan, a realizar un nuevo estudio Aladino con el fin de actualizar la prevalencia de este problema en España y evaluar el impacto de las medidas establecidas previamente para su lucha. Esta es la enmienda que hemos presentado y esperamos la respuesta del proponente.

Muchas gracias.

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

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

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

Señorías, en esta legislatura hemos debatido iniciativas muy parecidas, sin ir más lejos la semana pasada en la Comisión de Derechos de la Infancia y Adolescencia y, como ya saben, el Grupo Socialista sigue las recomendaciones de nutricionistas, asociaciones, la normativa comunitaria y el informe de la Comisión de la OMS, que están a favor de favorecer la responsabilidad social ante la salud de empresas de producción y comercialización de alimentos y bebidas para crear condiciones que favorezcan un consumo saludable, equilibrado y sostenible entre la población, especialmente en la dirigida al público infantil, y mejorar de forma contundente el etiquetado de los alimentos.

En España casi 90 000 muertes anuales se atribuyen a una alimentación no saludable ya sea por el exceso de consumo de grasas, azúcares refinados o exceso de sal; esta alimentación también es responsable del 55 % de las dolencias cardiovasculares, del 45 % de los casos de diabetes, de hasta el 40 % de los casos de cáncer, sobre todo colorrectal y estómago, y de que hasta el 60 % de la población tenga sobrepeso, incluido el 20 % que tiene obesidad. Estamos de acuerdo en que nuestro país necesita una regulación urgente cuando la mala alimentación y las enfermedades asociadas representan hoy el primer problema de salud del Estado español y cuando encabezamos la lista europea de países con mayor obesidad infantil.

Miren ustedes, a los socialistas nos preocupa y nos ocupa y por eso quiero destacar que la Junta de Andalucía ha aprobado un proyecto de ley para fomentar la vida saludable. Es la primera vez que una comunidad autónoma regula con el máximo rango normativo la lucha contra la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria en general, con especial atención a la infancia como colectivo prioritario, además de las mujeres embarazadas, las personas mayores y los grupos de población socialmente más desfavorecidos. Bien es cierto que la industria también tiene que seguir esforzándose, ampliando los compromisos que lleva años asumiendo en torno a aspectos como la información al consumidor, la reformulación de alimentos, la publicidad responsable; sin embargo, todo esto lo consideramos insuficiente. De igual manera estamos de acuerdo en que se adopte una normativa que impida el abuso y la exageración por parte de la industria de la publicidad de los alimentos.

El Reglamento europeo sobre el etiquetado de los alimentos en toda Europa establece que la información que se proporciona al consumidor no debe inducir a error sobre las características del alimento, sobre su naturaleza, cualidades, composición o modo de fabricación. Esta obligación también se extiende a la publicidad y a la presentación de los productos. Sin embargo, como dice la OCU, la industria alimentaria se aprovecha de la falta de una legislación clara para incluir estas alegaciones en sus etiquetas, para hacer más atractivos sus productos al consumidor. Para el Grupo Socialista la mejor contribución que se puede hacer son las políticas de educación y formación que deben ejercer las autoridades públicas. Por eso aprovecho esta oportunidad para pedir a la señora ministra de Sanidad y Servicios Sociales que actúe y legisle porque la obesidad en la salud amenaza el futuro de España.

Nuestro posicionamiento en la presente PNL es la siguiente: Estamos de acuerdo en los puntos presentados uno, ocho y nueve, y nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Pueden los impuestos volvernos más sanos? Las experiencias en otros países muestran que los impuestos sobre bebidas azucaradas tienen capacidad para disminuir su consumo, así como una aceptable capacidad para disminuir la frecuencia de obesidad. No obstante, hay que abordar el efecto que estas medidas tendrán sobre las desigualdades sociales. Existe el riesgo de que se conviertan en medidas regresivas que acaben siendo financiadas por las personas más desfavorecidas, con mayor consumo de estos productos y con menor capacidad de acceder a otras alternativas. Por eso, no estamos de acuerdo en medidas fiscales para ningún alimento. Esperamos que acepten el resto de nuestro texto enmendado porque consideramos que enriquece notablemente la iniciativa.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 34

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

Para fijar la posición de sus grupos, doy la palabra en primer lugar a la Señora Sorlí, por el Grupo Parlamentario Mixto.

La señora **SORLÍ FRESQUET**: *Gràcies, president.*

Estamos de acuerdo con el fondo de la cuestión, pero nos preocupa, como al compañero de Esquerra, el tema competencial. Por tanto, entendemos que su enmienda complementa y garantiza el respeto a las competencias autonómicas, ya que muchos de los puntos que se incluyen en la PNL tocan materias tan importantes como la educación, que es competencia autonómica y por tanto compete también a los Gobiernos autonómicos.

Como decía, estamos de acuerdo con el fondo de la cuestión. De hecho, Compromís también presentó una proposición no de ley que se aprobó en esta Comisión para el correcto etiquetado de todos los productos que contienen azúcares, proposición no de ley que, como muchas otras, sigue en el limbo, como decía el compañero de Esquerra, de las PNL, porque tenemos un Estado totalmente paralizado, con un Gobierno que no tiene capacidad de llegar a acuerdos ni tiene voluntad de llegar a acuerdos con los demás grupos parlamentarios, que no acepta que ya no tiene mayoría absoluta y por tanto no ejecuta todo aquello que se le manda desde la Cámara de representación de la población. Esperamos que esta proposición no de ley se tome en consideración -ya vienen muchas aprobadas en la misma línea- y que este Gobierno y la ministra de Sanidad en especial empiecen a trabajar y a tomarse en serio los acuerdos y los mandatos que se le dan desde el Congreso.

Gracias.

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

Señora Bosaho, ¿va a aceptar enmiendas? ¿Hay una transacción en marcha?

La señora **BOSAHO GORI**: Hay una transacción en marcha.

El señor **PRESIDENTE**: Esperamos la transacción para la hora de la votación.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Torres.

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

De nuevo tenemos que volver a hablar sobre mala alimentación y vida poco saludable. Lamentablemente, las cifras de obesidad son altas y van en aumento no solo en España sino en 127 países. Nuestro patrón de alimentación nos predispone a padecer enfermedades crónicas. Por tanto, estamos de acuerdo en la esencia de esta proposición no de ley. Pero leyéndola me da sensación de que vivo en otro país. ¿Es evidente que la actual situación de crisis impide que muchas familias puedan tener acceso a una variedad completa de productos que le permitan el aporte nutricional diario recomendado? Sí. Pero está totalmente fuera de lugar asociar la alimentación insana a unos costes elevados de los alimentos saludables. Cabe reflexionar que es el ritmo actual de vida, la mala cultura alimenticia, lo que provoca una alimentación no saludable. Debemos saber valorar nuestra dieta mediterránea con productos como el aceite de oliva, el oro líquido de Jaén, que siempre será más barato que muchos alimentos insanos.

En España ha sido un Gobierno del Partido Popular el que, consciente de los malos hábitos que se han ido imponiendo, ha puesto en marcha medidas, como el Plan estratégico de salud escolar y estilo de vida saludable, con un marco de trabajo hasta 2020, que tiene como fin proporcionar información y formación al alumnado, profesores y familias para que puedan desarrollar acciones de vida saludable desde distintas perspectivas; o la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud; o el reciente Plan para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y así mejorar la calidad de los productos, con un marco de acción de hasta 2020, con el objetivo de promocionar hábitos saludables y nutricionales... (**Rumores**).

El señor **PRESIDENTE**: Un momento, señora Torres. No agradecemos ese ruido de fondo, como decía la canción. Cinco conversaciones a la vez son insoportables. Tenemos que oír a quien está interviniendo, a nadie más. Por tanto, un poco de silencio.

Señora Torres.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 35

La señora **TORRES TEJADA**: Hablaba del Plan para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas con el objetivo de promocionar hábitos saludables y nutricionales junto a la práctica del deporte para hacer frente al sobrepeso y la obesidad en la ingesta, por ejemplo, de azúcar. Pero también se están tomando medidas importantes en materia de IVA, porque se aplican tipos impositivos reducidos. Hablamos del 10 % para sustancias o productos animales o vegetales susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados para la nutrición humana o animal, o un tipo impositivo de un 4 % para harinas, leches, quesos, huevos, frutas, verduras, hortalizas, legumbres, tubérculos y cereales que tengan la condición de productos naturales. No se trata de crear más impuestos. Aunque intenten pintarlo tan mal, España ha alcanzado una de las esperanzas de vida más altas del mundo, con ochenta y dos años, aunque otros países de nuestro entorno nos aventajen en la esperanza de vida con buena salud. El objetivo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el objetivo del Partido Popular, es conseguir ganar años de vida en buena salud y libre de discapacidad, y no duden que estamos trabajando en ello.

Estos malos hábitos empiezan ya a cambiar, la cultura de la alimentación sana empieza ya a imponerse en nuestra sociedad, pero no es un proceso rápido y aún queda mucho camino por recorrer. No olvidemos que en materias educativas y sanitarias son las comunidades autónomas las que tienen mucho que decir al respecto, tal como le han recordado el resto de grupos políticos a través de sus enmiendas, pero, claro, a ustedes todo esto no les va a interesar mucho, si se está haciendo o si se está haciendo bien tampoco les interesará, simplemente tratarán de hacer tantas iniciativas como consideren oportunas para dar que hablar en relación con este tema.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Torres.
Esperamos la transacción que se había anunciado.

— RELATIVA A LA DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE). PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002582).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al debate de la proposición no de ley relativa a la desnutrición relacionada con la enfermedad, del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra la señora Angulo.

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

La desnutrición relacionada con la enfermedad es una alteración de la composición corporal producida por un déficit de nutrientes como consecuencia de una enfermedad aguda o crónica que repercute negativamente en la evolución clínica. La desnutrición relacionada con la enfermedad afecta a todos los niveles de la atención sanitaria y tiene una prevalencia elevada. En España existen diversos estudios que evidencian que un 23,7 % de los pacientes hospitalizados están en riesgo de desnutrición, un porcentaje que aumenta entre los mayores de setenta años y que afecta principalmente a pacientes con enfermedades neoplásicas del sistema circulatorio y respiratorias. La DRE, pues, repercute en la calidad de vida de los pacientes, ya que esa desnutrición deteriora el estado funcional de las personas y contribuye a su fragilidad y dependencia. Además, en su aparición interactúan también factores sociales y emocionales. Los pacientes desnutridos tienen un mayor porcentaje de recaídas y de reingresos, las visitas al médico son más frecuentes y las estancias hospitalarias más prolongadas, por lo que esta situación no solo afecta a la persona de manera individual, sino en general al propio sistema.

Sin embargo, a pesar del problema que supone y del interés científico y social que tiene, hasta no hace mucho tiempo el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad no estaba lo suficientemente tratado, en muchos casos no por falta de voluntad, sino quizá por un desconocimiento entre los propios pacientes o sus cuidadores.

El Ministerio de Sanidad, sensible y consciente del problema, trabajó con un grupo de expertos y sociedades científicas en un análisis y estudio de medidas para la mejora del abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad en el Sistema Nacional de Salud, en el que también han trabajado profesionales referentes de esta patología designados por las distintas comunidades autónomas, que entendemos habrá de verse en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Desde el Grupo Parlamentario Popular también hemos adquirido conciencia de la importancia de este problema de salud; por ello, creemos necesario realizar un abordaje integral e interdisciplinar del mismo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 36

Un abordaje centrado en la persona, de carácter no solo sanitario sino también social y a través de la información y la formación de los pacientes y sus cuidadores, de los profesionales y de la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Por eso creímos oportuno promover e impulsar esta iniciativa y con ello la realización de cribados nutricionales que conlleven que se atiendan adecuadamente las necesidades nutricionales del paciente. Creemos que la desnutrición relacionada con la enfermedad ha de abordarse como un elemento transversal y con ello mejorar la prevención y el diagnóstico precoz, el conocimiento y la sensibilidad de todas las personas que trabajan con estos pacientes; promover esos cribados de las personas en riesgo haciendo una valoración adecuada de las mismas para detectar las situaciones de riesgo y efectuar un seguimiento, sobre todo en personas mayores o en aquellos que tienen limitaciones en su autonomía personal; promover la formación de los profesionales y la investigación sobre la DRE y su abordaje, contemplando también los condicionantes sociales, todo ello trabajando de manera coordinada entre los distintos ámbitos asistenciales, incluso en el domicilio, una vez que el paciente recibe el alta hospitalaria.

Creo que hemos podido elaborar una enmienda transaccional entre los grupos que han presentado enmiendas que recoge puntos comunes de todos, porque creo que todos estamos sensibilizados con este problema, pues se trata de un asunto que, aunque quizá no sea tan conocido como otros, tiene repercusiones en la calidad de vida de muchos pacientes, algo de lo que es consciente este grupo, lo es también el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas y estoy segura de que también todos los grupos. Por eso seguramente, señor presidente, le hagamos llegar una transaccional.

Muchas gracias.

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

Para defender las enmiendas que existen a este punto, en primer lugar, tiene la palabra el señor Igea, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

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

Agradezco especialmente al Partido Popular que haya traído esta proposición no de ley. Para mí, no solo como grupo político sino también como profesional de la sanidad que ha trabajado en un hospital durante veintisiete años, es un tema de mucha mayor importancia de lo que la mayoría de la gente piensa; es un problema extraordinariamente frecuente, como se ha dicho, y probablemente el día que tengamos datos estatales veremos que es mayor. Más del 23 % de los pacientes ingresados en un hospital están desnutridos y con la prolongación del ingreso habitualmente esto crece. ¿Qué importancia tiene esto? Les voy a dar algunas cifras de estudios recientes publicados este año. Pacientes sometidos a cirugía abdominal con menos de 3,5 gramos de albúmina por decilitro, que es lo que se considera riesgo de desnutrición, de ochenta y tres pacientes, treinta y tres presentaron complicaciones postoperatorias, mientras que de cuarenta y siete con albúmina normal solamente cuatro. Las complicaciones, habitualmente, son infecciones de heridas, dehiscencia de las suturas y fuga en las anastomosis, en los casos de cirugía abdominal. Esto conlleva postoperatorios más largos, riesgo de morbilidad y riesgo de mortalidad muy incrementado. Ocurre lo mismo con las infecciones de herida quirúrgica en el caso de las operaciones traumatológicas o de las prótesis de cadera; se multiplica por 3,5 el riesgo de infección de un paciente que se somete a una intervención de prótesis de cadera o de prótesis de rodilla en un estado de desnutrición. Esto, siendo tan importante como es —multiplicamos por 3,5 la frecuencia de infecciones—, sin embargo, pasa desapercibido en la mayoría de los casos y en muchas de las guías de evaluación preoperatoria no es tenido en cuenta ni siquiera como una medida a corregir previa a la intervención.

Nosotros, naturalmente, vamos a apoyar esta proposición no de ley, pero hemos presentado enmiendas con las que queremos incidir en la importancia de este hecho en los pacientes hospitalizados, sobre todo en los candidatos a cirugía mayor, y la importancia de realizar estudios prospectivos de morbimortalidad relacionada con la enfermedad para intentar poner en su justa medida la importancia de este problema delante de todos los profesionales de la sanidad. Creemos que es importante introducir estas enmiendas; en cualquier caso, votaremos a favor de la misma, pero nos gustaría que se recalcase la importancia de hacer el cribado, sobre todo en aquellos pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas o a procedimientos invasivos.

Muchas gracias.

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

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 37

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

La señora **BOSAHO GORI**: El Partido Popular nos trae una PNL interesante allá donde las haya y vamos a apoyarla, según si nos aceptan o no las enmiendas, o algunas de las que hemos planteado, porque es un asunto importante tratado en el entorno hospitalario. Como ha dicho el señor Igea, faltan datos para tratar esta cuestión pero es muy importante. Como ya se ha expresado, la desnutrición relacionada con la enfermedad afecta a un gran número de personas y provoca numerosas complicaciones, y es importante la realización de cribados para detectar la propia enfermedad.

Hay que insistir, en primer lugar, en la necesidad de tomar conciencia del problema por parte de todos los profesionales sanitarios y su crucial acción preventiva, además de la acción formativa para todo el personal y trabajadores del Sistema Nacional de Salud. Es importante incluir el cribado, como hemos dicho, en la historia clínica y habilitar correspondientes alertas. Además de informar, se debe disponer tanto en atención primaria como en atención hospitalaria para su puesta en funcionamiento de forma mucho más eficiente que lo que se está haciendo ahora. Se debe disponer de formación suficiente, habilitar protocolos y que estén disponibles las herramientas apropiadas para desplegar adecuadamente los programas de cribado, dotándolos de los medios materiales, técnicos y humanos necesarios. Esta inversión, a la larga, supondría un gran ahorro para nuestro Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, como parte inicial del proceso, creemos que es importante incluir el cribado —como hemos repetido ya varias veces— en la valoración inicial que se realiza en las enfermerías de todos los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud, así como impulsar la implantación del soporte, nutrición clínica y dietética del sistema nacional. Hemos presentado, como dije al inicio de mi intervención, enmiendas que creemos que son razonables y que no distorsionan el objetivo principal de la PNL; tanto el primero como el tercero son adicionales y creemos que completarán el espíritu de la propia proposición. Por tanto, la apoyaremos o no dependiendo de la respuesta que tengamos del grupo proponente.

Gracias.

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

Para la defensa de las enmiendas del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Peña tiene la palabra.

La señora **PEÑA CAMARERO**: Gracias, presidente.

Señorías, desde el Grupo Parlamentario Socialista no parece muy pertinente hablar de la desnutrición ligada a la enfermedad, una realidad que no debe pasar desapercibida. Queremos llegar a un acuerdo, a un consenso, a una resolución aprobada por unanimidad con un documento que queremos completar para hacerlo más efectivo. La desnutrición relacionada con la enfermedad plantea un desafío al Sistema Nacional de Salud y su alta prevalencia y las repercusiones clínicas y sociales nos obligan a tomar decisiones; no precisamente las decisiones que toma este Gobierno, con la ministra a su cabeza, como por ejemplo los copagos que afectan a enfermos mayores y a enfermos crónicos. La desnutrición sí puede ser causa y consecuencia de la enfermedad. El estado nutricional de un enfermo tiene un efecto directo tanto en el pronóstico de la enfermedad como en la calidad de vida del enfermo. Esto no es nuevo, ya lo decía Hipócrates: Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina tu mejor alimento. Porque si bien es cierto que el padre de la enfermedad es más difícil de diagnosticar, la madre de la enfermedad es la mala alimentación. Es una cuestión que preocupa a pacientes y a sanitarios porque muchas veces la desnutrición, además de ser una patología asociada, es una patología en sí misma.

Los estudios lo dejan claro: uno de cada cuatro pacientes hospitalarios padecen desnutrición, lo que tiene consecuencias graves en la recuperación de la salud. Aun con este dato encima de la mesa, hoy no se están atendiendo adecuadamente las necesidades nutricionales de muchos pacientes durante su enfermedad. Falta sensibilización, formación, información, seguimiento y acciones concretas para luchar contra la desnutrición ligada a la enfermedad, y eso que la Estrategia sanitaria de la Unión Europea, del Consejo de Ministros de la Unión Europea y, posteriormente, de la Declaración de Praga, reclaman la necesidad de tomar medidas respecto al cuidado nutricional en los hospitales e implementar actuaciones en prevención y tratamiento. Por todo ello, desde el Grupo Parlamentario Socialista, queremos abordar de manera integral este asunto; queremos hacerlo con el paciente como centro de la acción de salud; queremos hacerlo desde el Gobierno y en colaboración con las comunidades autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias ya que, como saben, la implantación de estos protocolos está siendo desigual en función de cada comunidad autónoma. Para ponerlo en marcha, como decía, de una manera

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 38

integral y sólida, si de verdad pretendemos avanzar y tomar la DRE en serio más allá de las buenas voluntades y la nula acción de este Gobierno, acostumbrado a que el Grupo Popular que le sustenta presente PNL a las que luego no da ningún recorrido en la práctica, hacemos una propuesta porque para nosotros son fundamentales tres apartados. En primer lugar, que se impulse el conocimiento y la capacitación de las personas afectadas y de sus cuidadores; en segundo lugar, que se investigue sobre la desnutrición relacionada con la enfermedad y la formación de los profesionales sanitarios; y en tercer lugar, es imprescindible la coordinación entre los profesionales y los distintos ámbitos asistenciales para proporcionar una atención integral centrada en el paciente.

La desnutrición relacionada con la enfermedad, por tanto, es un problema de salud cuyo abordaje debe ser prioritario por su repercusión en la calidad de vida de las personas y debe ser acordado en el consejo interterritorial para una mejor implementación en cada comunidad autónoma. Por eso, con las personas, con los pacientes en el centro de la acción de salud, hemos presentado estas propuestas concretas que confío sean tenidas en cuenta por el grupo proponente para dar una respuesta coordinada y sólida a esta realidad.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

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

Para fijar la posición del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, tiene la palabra el señor Olòriz.

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

Un tema importante que se ha de debatir y en el que se ha de actuar, pero un hábito propositivo en la PNL que no se compromete a nada. A la espera de la transaccional que concrete más los objetivos y que sea medible si se hacen o no, decidiremos nuestro voto.

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

— RELATIVA A IMPULSAR LA DISCIPLINA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 161/002824).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos, por último, a debatir la proposición no de ley relativa a impulsar la disciplina de Medicina Familiar y Comunitaria, del Grupo Parlamentario Popular. Para su defensa, tiene la palabra el señor De Arriba.

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

Señorías, la Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad médica que abarca el cuidado total de la salud de las personas, las familias y la comunidad, integrando áreas biológicas, clínicas, conductuales y sociales. Clásicamente hemos considerado la atención primaria como la puerta de entrada del sistema sanitario y eje fundamental de nuestro sistema. A este papel tradicional se une el hecho constatado de que la cronicidad se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública y la atención primaria se constituye en el centro de la atención al paciente crónico pluripatológico. En este sentido, la formación de los profesionales de atención primaria repercute de manera directa en beneficio de los ciudadanos y del sistema, fomentando la continuidad asistencial, el control de la historia clínica del paciente y el ahorro en otros niveles, con menos derivaciones, ingresos y urgencias hospitalarias. El marco de trabajo de los especialistas en Medicina de Familia es la atención clínica individual, basada en el trabajo en equipo, en coordinación con otros especialistas que trabajan en un segundo nivel, asistencial o servicios extrahospitalarios, actividades de prevención y promoción de la salud, rehabilitación y reinserción social, práctica médica dirigida a la familia, vigilancia epidemiológica, docencia, investigación y actividades comunitarias. La labor fundamental de estos médicos es proporcionar una atención integral y continuada en el tiempo a individuos, familia y comunidad a su cargo, independientemente de la edad, sexo o enfermedad de la población a la que se atiende.

A pesar de que esta especialidad médica está incluida en el sistema de formación especializada MIR desde el año 1978, año tras año, aunque está mejorando lentamente, no se encuentra entre las más elegidas por los aspirantes con mejor número en la selección de plazas debido, entre otras razones, al desconocimiento de la misma por parte del alumnado que sale de las facultades. Es más, no tienen nada claro el alcance de sus competencias, que tienden a establecer por debajo de la realidad. Esto implica una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 39

falta de información importante acerca de los problemas en salud más frecuentes o prevalentes en nuestra población, dificultando su percepción de la medicina real con una dimensión social, comunitaria y preventiva, así como sobre la necesaria coordinación de la atención primaria y hospitalaria. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad que oferta un mayor número de plazas MIR, constituyendo la base de nuestro sistema sanitario, tanto por el número de profesionales como por la actividad que desarrollan, siendo la especialidad que garantiza la equidad y el acceso a la salud hasta en el hogar más alejado.

En línea con lo expuesto anteriormente, la Medicina de Familia es una de las disciplinas que deben considerarse necesarias y prioritarias en los planes de estudio del grado en Medicina porque su presencia en las facultades es clave para que se formen más vocaciones, para garantizar la continuidad docente entre el grado y el postgrado en la formación de los médicos y creo que pone a la Medicina de Familia en el lugar que le corresponde en nuestro Sistema Nacional de Salud. El reconocimiento académico de la Medicina de Familia y Comunitaria se ha ido produciendo de forma lenta y progresiva en nuestra universidad y, actualmente, se imparte como asignatura en las facultades de Medicina. Este reconocimiento no se ha producido de manera homogénea en cuanto al número de créditos, denominación y carácter obligatorio u opcional de la asignatura, motivo por el cual necesariamente se ha reducido su carga lectiva a menos de lo recomendado.

Haciendo una revisión de la materia en la universidad española, existe un porcentaje significativo de ellas en las que la atención primaria no tiene huella o la tiene de forma simbólica. Llama la atención que en las universidades donde mejor implantación tiene la atención primaria es donde más se la elegido esta especialidad. Existe un escaso número de médicos de familia acreditados por la Aneca como profesores titulares que imparten en la actualidad esta asignatura. Por ello, debe ser un objetivo prioritario la implantación y desarrollo de esta materia en nuestras universidades. La formación en las competencias de Medicina Familiar y Comunitaria es básica para cualquier profesional médico. Por tanto, tiene un carácter transversal para cualquier especialidad que pueda optarse en la formación de postgrado, tal y como refleja una enmienda del Partido Socialista. Además, potencia la visión holística de las necesidades de salud y la necesidad de coordinar las diferentes actuaciones, ampliando la perspectiva, sensibilidad y capacidad de relación con otras disciplinas. De hecho, las encuestas realizadas entre estudiantes de medicina en el marco del programa Atención primaria en la universidad, organizado por la OMC desde el año 2015, muestran que, a criterio de los encuestados, la formación en Medicina de Familia debería formar parte del programa de grado en Medicina. La generación de nuevos conocimientos científicos y algunos aspectos concretos de la investigación tienen un mejor abordaje en el ámbito de la atención primaria. Por ello, es necesaria la formación en metodología de la investigación de los futuros profesionales ya desde los programas de grado.

Señorías, los poderes públicos tenemos la responsabilidad de garantizar que la cantidad de alumnos y la calidad de su formación se adecuen a las necesidades de nuestro país. El relevo generacional que ha de hacerse en un futuro ya muy cercano constituye sin duda un reto pero, a su vez, un gran atractivo profesional. En manos de las administraciones educativas y sanitarias se encuentra la obligación de dotar a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria del protagonismo que realmente merece en nuestra universidad. Debemos incitar a universidades, decanos de Medicina y estudiantes a introducir la Medicina Familiar y Comunitaria en las facultades para conocimiento y mejora de los futuros profesionales del primer nivel asistencial. Por todo ello, nuestro grupo parlamentario, que con una autoenmienda y una enmienda del Partido Socialista hemos hecho una transaccional, queremos instar al Gobierno, a través de la Conferencia General de Política Universitaria y del Consejo de Universidades, a promover la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria en todas las facultades de Medicina; a incluir la Medicina Familiar y Comunitaria como área específica de conocimiento de las facultades de Medicina de la universidad española por su carácter transversal; a impulsar, previo acuerdo favorable de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y de las comisiones mixtas universidad-consejerías de Sanidad, que los médicos de familia y comunitaria puedan incorporarse al cuerpo docente del grado en Medicina, conforme al sistema de acceso a las diferentes formas contractuales de la universidad española en el área de Ciencias de la Salud e impartir dicha disciplina.

Agradezco al señor Cortés y a su grupo sus aportaciones y confío en que el resto de grupos parlamentarios den su apoyo a esta iniciativa que consideramos que es muy importante para la atención primaria y para todos nosotros como usuarios.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 40

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

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

El señor **CORTÉS LASTRA**: Muchas gracias, presidente.

Resulta difícil de entender que en un sistema sanitario como el nuestro, que pivota sobre la atención primaria, todavía tengamos universidades de Medicina en nuestro país en las que algunos alumnos no puedan estudiar esta especialidad porque no se imparte. Teniendo en consideración que desde los años cincuenta en algunos países que podemos poner como ejemplo, como Estados Unidos o Reino Unido, esto está absolutamente normalizado, parece mentira que algunos países como España o Italia sigamos en el tren de cola en este asunto.

Es cierto que el Plan Bolonia ayudó mucho y que varias universidades fueron permeables y aceptaron introducir la atención primaria. Digo que acertaron porque la experiencia de las universidades donde se está implantando o ya se ha implantado esta materia resulta muy positiva y la valoración de todos los alumnos en su conjunto también lo es. En nuestro país tenemos esta especialidad absolutamente desarrollada y solo algunas universidades, creo que ocho, todavía mantienen sus puertas cerradas a la incorporación de la Medicina Familiar y Comunitaria en su temario.

El Grupo Parlamentario Socialista va a apoyar esta PNL, en primer lugar, porque entendemos y consideramos que la Medicina Familiar y Comunitaria debe ser un área específica de conocimiento en todas las facultades de Medicina de nuestro país; en segundo lugar, porque entendemos que los propios médicos de Medicina Familiar deben incorporarse al cuerpo docente del grado en Medicina en las diferentes formas contractuales, como dice la enmienda del Grupo Popular, pero añadiendo que entendemos que se incorporan todos: profesores asociados, interinos, catedráticos, ayudantes y demás.

Espero que el Ministerio de Sanidad y el Partido Popular se tomen en serio esta proposición no de ley transaccionada con nuestro grupo y, definitivamente, espero que la Medicina Familiar y Comunitaria se incorpore como un área específica en el conjunto de las universidades de nuestro país porque un área tan transversal como la Medicina Familiar incorporada al conjunto de nuestras universidades solo puede mejorar la sanidad de nuestro país.

Muchas gracias.

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

En turno de fijación de posición de los grupos. Tiene la palabra el señor Olòriz, en nombre del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana.

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

¿Una PNL para pedir esto? ¿Por qué no tenemos una cierta proporción en lo que es la estructura legislativa de este país? Además, nos metemos en la autonomía universitaria y prejuzgamos que los decanos de las facultades de Medicina son más obtusos que nosotros y que no ven que este ámbito es importante.

La especialidad médica de la que estamos hablando está reconocida desde 1978. Se ha avanzado mucho y hay universidades que incluso tienen un itinerario curricular, no una asignatura. Como máximo hemos de recomendar que la CRUE, que los decanos de las facultades busquen las buenas prácticas y consensúen lo mejor posible. Si solo en ocho universidades de las muchas que tenemos esto es un problema, no matemos moscas a cañonazos. Este es un asunto en el que se necesita sutileza en el trato, en la discusión y en los ámbitos que hemos de trabajar. Nuestro grupo no puede aceptar que digamos que deba ser un área de conocimiento en todas las universidades españolas porque no conozco la realidad concreta de todas las facultades de Medicina en España. Sus razones tendrán, antes les escucharé y veré también qué proyecto de futuro tienen para hacerlo posible.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Igea. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene... Perdón, gracias, señor Olòriz, es que le iba a dar la palabra el señor Igea por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. Como voy tan rápido... Además, tengo que felicitar a todos por el uso del tiempo que hemos hecho en esta sesión porque vamos mucho mejor de lo que esperábamos. Señor Igea, tiene la palabra.

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

No me importaría apellidarme Olòriz, pero, no, me apellido Igea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 41

Señor Olòriz, que usted no esté de acuerdo con una PNL para pedir esto después de que hace una semana usted trajera a este Congreso de los Diputados una PNL para pedir que se quite la Cruz de San Andrés, tiene guasa, pero bueno...

Me alegro de que el Partido Popular haya decidido prestigiar la medicina de familia y me alegro de que traiga esta proposición no de ley para —como ellos muy bien han explicado— dar una asignatura que ayude a prestigiar la medicina familiar y que ayude a que pase de ser de las menos elegidas a ser de las más elegidas en el mir. Pero, don Bienvenido, usted pertenece al Partido Popular, que gobierna por ejemplo en la Comunidad de Castilla y León. Es difícil que en su comunidad la gente elija medicina de familia, por mucha asignatura que pongan, si siguen creando figuras como la de médico de área, en la cual hay 500 médicos de familia que son chicos para todo a los que se les lleva de un lado a otro sin hacer todas esas cosas de las que usted ha hablado tan bonitas: de la atención en equipo, el estudio, la colaboración, la atención integral. La asignatura está bien, pero tratarlos bien ya sería la bomba.

Naturalmente, vamos a votar a favor del bien y en contra del mal una vez más, pero he de decirle que también me alegro de que hayan conseguido convencer al Partido Socialista de que quite de su enmienda el concepto de redefinir los criterios de acceso para la docencia universitaria para los profesionales de atención primaria y favorecer la acreditación del médico de familia en los cuerpos titulares, porque los criterios de acceso para la docencia han de ser iguales para todos, sean médicos de familia, urólogos, digestólogos o lo que sea, han de ser iguales. Ya entiendo que a este Partido Socialista de hoy en día lo de la igualdad le viene un poco grande.

Muchas gracias.

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

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

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

Estamos de acuerdo en la definición tan estupenda de Medicina Familiar y Comunitaria, así como en la descripción que hace de sus funciones en la atención primaria. También estamos de acuerdo en que la implantación de la Medicina Familiar y Comunitaria en las distintas facultades es escasa e irregular. Y también en que los criterios de la Aneca de dar poco valor a la función docente y asistencial hay que modificarlos. Pero hace algunos meses, no muchos, se han actualizado y se han quedado igual o peor, creando el rechazo y las críticas de varios colectivos. Recuerdo al Partido Popular el papel del ministerio en el patronato, que realiza el nombramiento del director general de la Aneca. Creo que estos comentarios quedan un poco al margen porque esta PNL debe ser tratada en la Comisión de Educación, que es lo lógico. Nosotros animamos al Partido Popular a que la lleve allí.

Soy especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, profesora de la facultad de Medicina, tutora de residentes desde hace muchísimos años, lo he sido hasta que llegué a esta casa, y le puedo decir por qué los estudiantes no eligen la Medicina Familiar y Comunitaria. No la eligen porque cuando llegan a las consultas de atención primaria, estas están masificadas, tenemos pocos recursos para resolver los problemas de los pacientes y además están descoordinadas del segundo nivel. Por eso no eligen la medicina de familia, por lo que ven los estudiantes. Y los residentes que acaban la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en muchas ocasiones repiten y eligen otra especialidad, por el trabajo temporal y precario que se les da.

Dicho esto, no entendemos cómo se trae aquí este planteamiento después de que en los últimos años se ha hecho una reducción de la atención primaria en el presupuesto de un 16 % y ustedes han rechazado, junto con el partido Ciudadanos, la PNL. Votaron en contra a pesar de que garantizaba unos recursos mínimos para la atención primaria. Apoyaremos esta PNL, igual con ella convencer a su ministro Montoro para que nuestro país no llegue a mínimos históricos en los presupuestos de Sanidad, que están en un 5,8 % del PIB, que es lo que este señor ha mandado a Bruselas.

Muchas gracias.

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

Hemos acabado los debates, vamos a parar tres minutos —que ya serán cinco— para ver si acabamos de recibir las transacciones prometidas porque no las tenemos todas y, una vez recibidas, ordenar las votaciones. Les anuncio también que, una vez que acabemos, la Mesa y portavoces nos quedaremos tres minutos para resolver cuestiones que tenemos pendientes. **(Pausa)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 42

VOTACIONES:

Comenzamos con las votaciones. Empezamos a votar la proposición no de ley que aparecía en el orden del día con el punto 10.º, sobre la exención de tributación del servicio a la autonomía en el propio hogar, que se vota en sus términos porque no tenía enmiendas.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a continuación a votar el punto número 11, la PNL relativa al fomento de las donaciones de donantes vivos. Se vota una enmienda transaccional del Grupo Parlamentario Ciudadanos con el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dijo

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

Pasamos a votar el siguiente punto del orden del día, que es la PNL relativa al reconocimiento y sensibilización de la ciudadanía sobre la memoria del holocausto gitano. Lo que votamos es una enmienda de transacción entre el Grupo Parlamentario Socialista, que era el proponente, y el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

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

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos ahora a la votación del punto número 13, que es la PNL relativa a establecer la lucha contra los malos tratos a las personas mayores como objetivo prioritario. Se vota sobre la base de una transacción del Grupo Parlamentario Popular con el Grupo Mixto.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; abstenciones, 16.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Ahora pasamos a la votación conjunta de los puntos 14 y 18, que se votan sobre la base de una enmienda transaccional entre el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario Mixto, es decir, entre los dos proponentes. **(El señor Igea Arisqueta pide la palabra).**

El señor **PRESIDENTE**: Señor Igea.

El señor **IGEA ARISQUETA**: ¿Se puede leer?

El señor **PRESIDENTE**: Sí. Un momento.

La enmienda transaccional dice lo siguiente: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a incorporar los nuevos sistemas de monitorización continua de glucosa y sistemas de monitorización de glucosa *flash* en la cartera común de servicios y, por lo tanto, a su financiación por el Sistema Nacional de Salud para aquellas indicaciones que resulten más costeefectivas, avanzando con ello en la equidad y acceso a los avances en diabetes en todas las comunidades autónomas. Que se garanticen las dotaciones económicas oportunas a las comunidades autónomas para hacer frente a este gasto. Proceder de forma inmediata a negociar con los representantes de la industria que fabrica estos dispositivos un precio que mejore la accesibilidad a los mismos, reduciendo el impacto de su financiación pública y una reducción de los precios de venta libre para el resto de personas con diabetes. Y reducir las cargas burocráticas de los visados de inspección, de común acuerdo con las comunidades autónomas.

Esto es lo que vamos a votar.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 19; en contra, 17.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a votar el punto 15, que es la PNL relativa a la alimentación insana, que se vota en sus términos, con la incorporación de la enmienda del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 10; en contra, 9; abstenciones, 17.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 452

1 de marzo de 2018

Pág. 43

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a votar el punto número 16, PNL relativa a la desnutrición relacionada con la enfermedad, que se votará sobre la base de una transacción del Grupo Parlamentario Popular, del Grupo Parlamentario Socialista, del Grupo Parlamentario Ciudadanos y del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

Efectuada la votación, dijo

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

Por último, votamos la PNL relativa a impulsar la disciplina de Medicina Familiar y Comunitaria, sobre la base de una transacción del Grupo Parlamentario Popular, que era el proponente, con el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 35; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta y cinco minutos de la tarde.